



LA HIPOCONDRIA DE LA VIDA COTIDIANA

M^a José Fernández Guerrero.

mjosefg7@yahoo.es

INTRODUCCIÓN

No se escapa a nadie que estamos en la sociedad de la información, en la que podemos acceder a millones de datos en poco tiempo y a golpe de click. Nunca hemos estado tan conectados, aunque medien miles de kilómetros, jamás habíamos podido conocer los avances de la ciencia, los acontecimientos lejanos o la vida de otros de una manera tan sencilla y accesible a la mayoría de nosotros. Pero tampoco habíamos estado tan expuestos.

Este acceso al conocimiento a través de diferentes soportes, tanto físicos como virtuales, es particularmente palpable en temas referidos a la salud, los cuales suscitan un gran interés por ser un asunto que afecta al 100% de la población. De hecho, una elevada proporción de miembros de la comunidad, pacientes y no pacientes, buscan esa información en la red, siendo más frecuente cuanto más ansiedad e impacto genere la enfermedad objeto de preocupación. Así, en la actualidad es el cáncer la búsqueda "estrella" debido a sus altas tasas de incidencia: si ya en 2002 la cifra de pacientes que buscaban información sobre ella en internet se elevaba hasta el 71% (1), suponemos que hoy día esa proporción habrá aumentado.

En el presente trabajo queremos centrar nuestra atención en las consecuencias psíquicas que puede acarrear el exceso de información sobre salud que inunda el mundo virtual. En concreto haremos una reflexión acerca del temor hipocondríaco que puede despertar en la población general y, sobre todo, en grupos vulnerables, la transmisión de tales informaciones. Hemos de tener en cuenta que no son solo los motores de búsqueda tradicionales las fuentes de tales noticias, sino que la propagación de bulos y datos sacados de contexto mediante las redes sociales ejercen un efecto directo que puede quebrar la estabilidad mental.

Continuamente somos advertidos de riesgos para la salud si realizamos tal o cual actividad, cocinamos de una forma u otra o comemos determinados alimentos; estamos puntualmente informados de la conveniencia de realizar revisiones médicas o pruebas de cribado, gracias a las cuales podemos evitar muchas enfermedades o abordarlas en estadios tempranos; ocasionalmente leemos cómo se ha descubierto un nuevo fármaco, una prueba de detección precoz o la posible etiología de una enfermedad; se publicitan una y mil estrategias para combatir enfermedades graves que hacen abandonar tratamientos empíricamente demostrados, poniendo en riesgo la supervivencia de las personas que se adhieren a ellas; seguimos con atención casos mediáticos como ejemplos en los que reflejarnos...

LA HIPOCONDRIA DE LA VIDA COTIDIANA

Obviamente, el acceso al conocimiento de estos temas ha conducido a una mayor responsabilización de los miembros de la sociedad respecto a su propia salud. Este empoderamiento conlleva, asimismo, un cambio en la relación médico-paciente, ya que es habitual que el profesional se encuentre con demandas que proceden de informaciones obtenidas de páginas web, motores de búsqueda o mensajes que se distribuyen en blogs, WhatsApp o portales, algunos de los cuales persiguen más el sensacionalismo que la información veraz.

Aunque la información transmitida por Internet o las redes sociales puede resultar de ayuda, otras veces su uso puede resultar peligroso. Este peligro puede proceder de distintas fuentes (2):

- Información dudosa.
- Información no del todo precisa
- Información difícil de entender por el público no profesional, que se puede malinterpretar, que está sacada de contexto o que utiliza un lenguaje demasiado técnico.
- Información que contradiga las evidencias científicas de las que se disponen.
- Información que aliente a conductas en sí mismas peligrosas (como los blogs "pro-ana" y "pro-mía" o las que publicitan dietas milagrosas, como la llamada "dieta anti-cáncer").

Como señalan Ferreres Bertolín (3) y Catalán Matamoros (4), los medios generan, de manera inconsciente unas veces, consciente otras, falsas creencias, estereotipos y estigmas. No deseamos la idea de los efectos beneficiosos de ciertas informaciones que favorecen hábitos saludables para mejorar la salud de la población, ya que producen un aumento del conocimiento y apuntan directamente a las emociones y conductas de los consumidores. En esta línea, Ferreres Bertolín (3), en su análisis sobre los efectos de los mensajes de salud en los medios de comunicación, nos resalta dos investigaciones en las que se detectó que las noticias de salud que tratan temas sobre eficacia de técnicas o tratamientos son las que se leen y comparten con mayor frecuencia, y aquellas que incluyen más palabras que evocan emociones son más propicias de ser leídas y viralizadas. Esto último se consigue, entre otras formas, mediante la personalización de historias, testimonios de pacientes reales o manifestaciones de personajes famosos que ejercen de altavoz para visibilizar el tema de que se trate. En suma: los medios de comunicación tienen la capacidad de sanar o enfermar a la sociedad, según sea el objetivo o los intereses que promuevan los contenidos publicados o difundidos.

Los motores de búsqueda tipo Google, Yahoo o Bing, los sitios de diagnóstico, las páginas web específicas, las aplicaciones o las apps móviles, las redes sociales... todo ello supone un desafío para la capacidad de asimilar información. La profusión informativa puede desencadenar conclusiones infundadas e importantes dosis de confusión provocando una verdadera

LA HIPOCONDRIA DE LA VIDA COTIDIANA

intoxicación informativa o "infoxicación" (5) y la producción de sintomatología (clínica o subclínica) psíquica. Aunque no se nos escapa que el campo de consecuencias puede ser muy amplio, vamos a centrarnos en el desarrollo de alteraciones que entrarían en el área de la hipocondría, ansiedad por la salud, nosofobia (o fobia a la enfermedad) y cibercondría, cuadros íntimamente relacionados entre sí, fronterizos entre lo somático, lo ansioso y lo obsesivo, que pueden generarse por la excesiva preocupación por el funcionamiento corporal o la percepción de múltiples peligros externos que, presumiblemente, pueden poner en grave riesgo nuestra supervivencia.

ALGUNAS PUNTUALIZACIONES: HIPOCONDRIA, ANSIEDAD POR ENFERMEDAD Y NOSOFOBIA

En el abordaje del tema que nos ocupa nos encontramos con la consideración de varios conceptos que, aun llevando muchos años de recorrido, siguen sin estar perfectamente delimitados. En términos generales, lo esencial del grupo radica en la queja por parte del sujeto de síntomas somáticos o preocupaciones físicas sin que exista una causa orgánica que los justifique: tras someterse a pruebas diagnósticas o haber consultado con diferentes profesionales, la persona sigue sufriendo sus molestias o sigue preocupado por el mal que, seguramente desde su punto de vista, le aqueja.

TRASTORNO POR SOMATIZACIÓN

Tradicionalmente se ha considerado el trastorno de somatización como aquel en el que la persona tiene una historia de múltiples síntomas físicos que no pueden ser explicados por trastornos orgánicos objetivables; si existiera alguna enfermedad orgánica, esta no explicaría la gravedad, persistencia y variedad de las molestias (6,7). Esos síntomas provocan que la persona se preocupe y sienta la necesidad de acudir reiteradamente a consultas de Atención Primaria o especializada, pudiendo recurrir a la automedicación si el profesional médico confirma que no hay nada orgánico que justifique su malestar. La preocupación básica de los pacientes es su molestia, sus síntomas, no lo que ello pueda significar en cuanto a padecer una enfermedad grave. De alguna manera, la queja física es su forma de comunicación y de contacto con los demás.

Los pacientes somatizadores tienen la impresión de que siempre han estado enfermos, que siempre les ha dolido algo y que, de niños, fueron enfermizos o "delicados". Obviamente, cuando acuden al médico y este les informa de que "no tienen nada", se sienten heridos, mal tratados y acusan al doctor de ineficaz, ya que les resulta muy difícil establecer un vínculo entre sus síntomas y los conflictos emocionales que los pueden estar provocando. De hecho, la explicación que se refiere a su padecimiento como la experimentación del malestar psicológico en forma de síntomas somáticos (tal y como lo expresó Lipowski en 1986) se les antoja una especie de insulto.

LA HIPOCONDRIA DE LA VIDA COTIDIANA

En este sentido, el término *trastorno por somatización* ha sido criticado debido a la connotación de enfermedad mental que conlleva y, con ello, por el estigma que puede acarrear, ya que supone la presencia de un trastorno psicológico cuando no se encuentra una causa orgánica que justifique las molestias (8). De hecho, el DSM-5 (9) afirma que "no es apropiado diagnosticar a una persona de trastorno mental solo por el hecho de que no se pueda demostrar una causa médica" (p. 309), cambiando su denominación a *trastorno de síntomas somáticos*. En la misma línea, el borrador de la CIE-11 (10) sugiere llamarlo *trastorno de estrés corporal*, haciendo hincapié en la presencia de múltiples molestias físicas que pueden cambiar en el tiempo, de forma semejante al trastorno de somatización de la CIE-10 aún vigente.

Íntimamente unido al concepto de somatización, la CIE-10 (7) incluye el *trastorno por elaboración psicológica de síntomas somáticos*. Aunque lo sitúa en el capítulo de "trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto", este cuadro también se coloca en la frontera entre lo físico y lo psíquico, por cuanto hace referencia a la presencia de síntomas somáticos que, en su origen, tuvieron una justificación orgánica comprobada. El paciente ha sufrido realmente una enfermedad que provocaba los síntomas que presenta en la actualidad (dolores, molestias, cansancio...); sin embargo, a pesar de la evolución favorable del cuadro, de su mejoría o remisión, los síntomas se perpetúan, producen quejas exageradas y demandas continuas (11). De esta forma, síntomas que estuvieron orgánicamente justificados se convierten en somatomorfos y/o hipocondríacos.

HIPOCONDRIA

Conocida desde la antigüedad y objeto de continuos debates, la hipocondría es un trastorno ampliamente conocido por la población general, aunque, en realidad, su concepto lleva aparejadas diversas controversias, problemas de delimitación y falta de acuerdo respecto a su inclusión en unos u otros grupos sindrómicos. Debido a que algunos matices de su definición entran de lleno en el objeto de atención de nuestro trabajo, nos detendremos algo más en su análisis.

Al paciente hipocondríaco le preocupa padecer una o más enfermedades graves y progresivas, interpreta de forma errónea las sensaciones cenestésicas normales de tal manera que movimientos intestinales, latidos, alguna dermatitis, cambios corporales menores o disfunciones ocasionales, suponen la señal que indica la existencia de un mal que pondrá en riesgo su vida. Si ya padece alguna enfermedad orgánica, su preocupación por ella y sus consecuencias exceden lo razonable, viviéndola con un nivel de ansiedad superior (e incluso cualitativamente diferente) al de una persona psicológicamente sana. Además, este hecho (sufrir una alteración orgánica objetivable) serviría para confirmar su sospecha, utilizando esta coincidencia para demostrar que tenía razón en preocuparse por su salud (12). Así, y a diferencia del trastorno por somatización en su concepción original, lo que resulta preocupante

LA HIPOCONDRIA DE LA VIDA COTIDIANA

no son los síntomas físicos en sí mismos por cuanto suponen un deterioro de la salud y del bienestar, sino que lo provocador de ansiedad es el significado que pueden tener esos síntomas, su importancia y su causa (13), suponiendo un sesgo cognitivo que caracteriza el cuadro.

El temor y la sospecha de estar enfermo conduce a la persona a realizar continuas autoexploraciones de su cuerpo al acecho de un mínimo cambio que sugiera que algo no marcha bien: el espejo se convierte en su aliado para estudiar su rostro o su piel, las palpaciones en busca de bultos pueden ser incorporadas a la rutina habitual... Además, el sujeto hipocondríaco suele acudir con frecuencia a la opinión médica, pues necesita que un profesional le reasegure su sospecha de enfermedad. Si el primer médico al que visita no le confirma sus temores, o no está dispuesto a someterle a más pruebas diagnósticas innecesarias, acudirá a otro, y a otro, a la espera de que alguno le diga "por fin" lo que tiene. Se convierte, así, en un paciente hiperfrecuentador de las consultas de Atención Primaria o Medicina Interna ("*doctor shopping*").

Aunque tradicionalmente se ha definido la hipocondría como "el convencimiento de tener una enfermedad grave", más que convicción es, en realidad, sospecha, a modo de idea sobrevalorada alrededor de la cual gira la vida de la persona (14, 15). Este matiz es importante por cuanto permite la diferenciación entre el trastorno hipocondríaco y el trastorno delirante tipo somático, en el cual la idea de deformidad o enfermedad física es irreductible a la argumentación lógica, mostrando el sujeto un convencimiento firme que no es permeable a las demostraciones en sentido contrario. La persona hipocondríaca (o con "neurosis hipocondríaca") suele quedarse tranquila cuando acude al médico y este le desmiente la existencia de la enfermedad, aunque esta calma le dure poco tiempo y vuelva a interpretar erróneamente sus sensaciones y a sospechar que tiene algo grave (aunque esta nueva sospecha no tiene por qué ser la misma de la vez anterior) (12).

La hipocondría se centra en el presente: el individuo ya padece la supuesta enfermedad en la actualidad, aunque no se haya descubierto aún. Este matiz establece la diferencia con la nosofobia (fobia a la enfermedad), en la que el temor surge ante la posibilidad de padecer una enfermedad en el futuro.

NOSOFOBIA

Como se ha indicado anteriormente, la nosofobia (o fobia a la enfermedad) implica una aversión irracional a las enfermedades o a una en concreto (actualmente es el cáncer el mal que atrae a mayor cantidad de personas fóbicas). Los sujetos buscan cualquier indicio que haga sospechar la presencia del cuadro temido (aspecto que, junto al miedo a la enfermedad, comparten con la hipocondría); no les preocupa que ya esté presente, sino que se centran en la posibilidad de sufrirlo en un futuro. En realidad, la nosofobia encierra el temor a estar expuesto a la enfermedad que temen (16).

LA HIPOCONDRIA DE LA VIDA COTIDIANA

Respondiendo a mecanismos similares a los de una fobia específica, los estímulos fobógenos se sitúan en el espacio externo: ir al hospital, hablar con el médico, escuchar que otra persona ha enfermado, leer noticias que traten de la enfermedad y sus riesgos... Mientras no se anticipe o se enfrente a la situación temida, no se reactivará la sintomatología, aunque, en ocasiones, con solo pensar en ello pueden desencadenarse respuestas de ansiedad. Como estrategia de afrontamiento se ponen en marcha mecanismos de evitación, intentando escapar de cualquier situación que recuerde o actualice su temor básico. En la tabla 1 se plasman los aspectos diferenciales entre la hipocondría y la nosofobia, conceptos que, como ya estamos observando, encierran muchos puntos comunes y solo algunos matices distintivos (15, 16, 17).

Tabla 1: Diferencias entre nosofobia e hipocondría

Nosofobia	Hipocondría
Temor a padecer una enfermedad	Convicción (sospecha) de padecer una enfermedad
Fobia específica	Idea sobrevalorada
Pocos síntomas somáticos Ocultamiento. No hablan de ello.	Frecuentes síntomas somáticos Publicidad. Hablan a menudo de sus síntomas.
Evitación de las consultas médicas	Consultas médicas frecuentes
Mayor <i>insight</i> . Consideran su miedo como irracional Estímulos fobógenos: externos	Menor <i>insight</i> . No consideran sus preocupaciones como irracionales Estímulos fobógenos: internos (cambios corporales o disfunciones menores)
Mientras no haya exposición, la ansiedad no se reactiva Afrontamiento: Evitación	La ansiedad y la preocupación monopoliza la vida Afrontamiento: Conversaciones continuas sobre sus síntomas. Autoexploraciones corporales frecuentes.

A pesar de los elementos que podrían constituir dos entidades separadas, la nosofobia tiende a considerarse como una forma menor de hipocondría, puesto que su rasgo básico (miedo a la enfermedad) es uno de los elementos que definen el trastorno hipocondríaco; no obstante, sería conveniente distinguir entre los pacientes con miedos hipocondríacos a la enfermedad y los que sufren miedos fóbicos, por cuanto el objetivo terapéutico y las técnicas empleadas pueden ser diferentes. De hecho, investigadores clásicos en la teoría de los trastornos de ansiedad y las fobias, como Marks (18) o Salkovskis, Warwick y Deale (19), propusieron que los sujetos con predominio de temores a la enfermedad y conductas de evitación como defensas prominentes, se clasificasen en el grupo de las fobias específicas y no en el apartado de trastornos somatomorfos. Por ende, en el borrador de la CIE-11 (10) la hipocondría está incluida tanto en el grupo de "trastornos ansiosos" como en el de "trastorno obsesivo-

LA HIPOCONDRIA DE LA VIDA COTIDIANA

compulsivo y otros trastornos relacionados”, incluyendo en su definición la neurosis hipocondríaca, la nosofobia y el trastorno de ansiedad por enfermedad.

Al hilo de la consideración de las tres alteraciones contempladas hasta el momento (trastorno de somatización, hipocondría y nosofobia), Díez-Quevedo et al. (15) establecen una relación entre ellas como extremos de un continuo que oscila entre dos polos: en uno se localiza la presencia de síntomas somáticos no explicados médicamente y que constituyen la preocupación máxima del sujeto (representada por el antiguo trastorno de somatización), mientras que la alteración cognitiva y emocional pura que está representada por la nosofobia se sitúa en el extremo opuesto. En un punto intermedio se localiza la hipocondría por cuanto comparte la presencia de síntomas físicos, sesgos cognitivos e implicaciones emocionales. Este continuo quedaría representado en la figura 1.

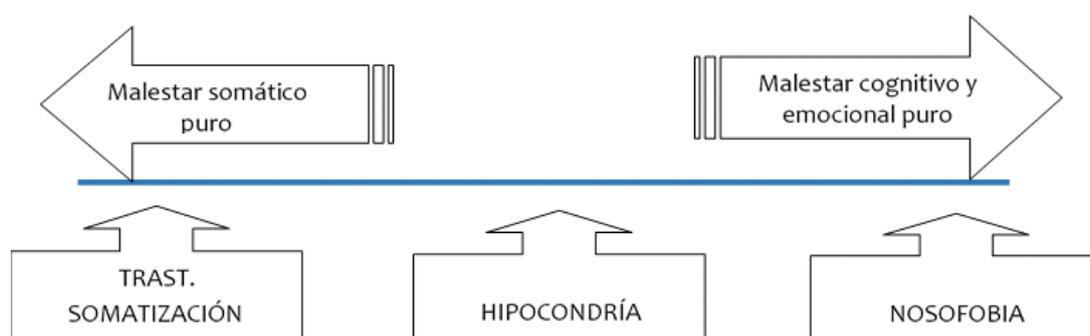


Figura 1: Continuum de trastornos somatomorfos

ANSIEDAD POR LA SALUD – TRASTORNO DE ANSIEDAD POR ENFERMEDAD

Con la intención de esclarecer la delimitación confusa de los trastornos somatomorfos, en la actual 5ª edición del DSM (9) se ha reemplazado la hipocondría clásica por dos nuevos conceptos: el trastorno de síntomas somáticos (al que ya nos hemos referido) y el trastorno de ansiedad por enfermedad, ambos incluidos en el capítulo “trastornos de síntomas somáticos y trastornos relacionados”. El surgimiento de estos dos cuadros es fruto de la reorganización de los diagnósticos de los trastornos somatomorfos del DSM-IV-TR y ediciones anteriores.

Puesto que el DSM-5 ya no considera el trastorno de somatización (o de síntomas somáticos) en base exclusivamente a la presencia de síntomas físicos no explicados médicamente, sino en función de la existencia de quejas físicas y la preocupación por su significado, desaparece el concepto *somatización* tal como era entendido anteriormente, haciéndose más borrosa aún la delimitación. Así, la diferencia entre el trastorno de síntomas somáticos y la ansiedad por enfermedad estribaría únicamente en la presencia de malestar orgánico o no. Por tanto, el concepto clásico de hipocondría estaría asumido por estas dos nuevas etiquetas diagnósticas, ya que, según han establecido los investigadores de la APA, la mayoría de los sujetos hipocondríacos (en torno al 75%) tiene síntomas físicos a partir de los cuales desarrollan sus temores; los que no los presenten (en torno al 25% restante) recibirían el diagnóstico de

LA HIPOCONDRIA DE LA VIDA COTIDIANA

trastorno de ansiedad por enfermedad, puesto que el síntoma relevante sería el temor a padecer o poder contraer una grave alteración (9, 14). Sin embargo, la hipocondría se sigue considerando, aunque no siempre, un grado extremo de ansiedad por enfermedad (20, 21, 22).

Con lo expuesto hasta el momento, y en función de los sistemas clasificatorios al uso, la indefinición y la dificultad de delimitación sigue presente. Sea como fuere, la hipocondría clásica, o el trastorno de ansiedad por enfermedad (o ansiedad por la salud, a partir de ahora AS), lleva consigo dos componentes esenciales: el miedo a la enfermedad y la convicción (o sospecha) de enfermedad (14). En función de estos dos componentes y según adquiera más fuerza uno u otro, se pueden diferenciar dos tipos de sujetos (9):

- Con solicitud de asistencia: Son los que buscan cuidados, atención y reaseguramiento, aquellas personas que acuden con frecuencia a los servicios médicos o buscan reiteradamente información sobre la enfermedad que les preocupa en ese momento. Este tipo parece estar más vinculado con las personas que sospechan que ya tienen la enfermedad (hipocondría clásica), tengan o no molestias físicas acompañantes.
- Con evitación de asistencia: Más asociado con el temor a contraer una enfermedad en el futuro (la fobia a la enfermedad antes descrita), evitando la exposición a informaciones relativas a la salud o a la enfermedad temida, huyendo de las consultas médicas o de los procedimientos diagnósticos.

En el desarrollo de la AS se han detectado cuatro cogniciones que parecen determinarla (23):

- Percepción de que existe la posibilidad de contraer o haber contraído una enfermedad.
- Percepción de que tener una enfermedad es algo horrible.
- Percepción de incapacidad para afrontar una enfermedad.
- Percepción de que los recursos médicos son ineficaces para tratar su enfermedad.

En la misma línea, Torales (13) considera como características centrales del cuadro la *atribución errónea* y la *interpretación catastrófica*. La *atribución errónea* hace referencia al sesgo por el cual los pacientes ligan las sensaciones somáticas a causas patológicas, casi siempre graves. Esta idea estaría vinculada al concepto de amplificación somatosensorial desarrollado por Barsky (24), según el cual el malestar psicológico lleva a tener mayor sensibilidad a los síntomas físicos o, incluso, a tener una mayor reactividad fisiológica. De acuerdo con ello, la extrema sensibilidad al malestar corporal da lugar a auténticos síntomas somáticos, los cuales activan esquemas cognitivos acerca de que el sujeto está enfermo. Estos esquemas provocan que otras sensaciones corporales benignas (previamente no percibidas o ignoradas, como latidos, frecuencia de deposiciones o mareos ortostáticos) sean reinterpretadas como evidencias de la enfermedad que se intuye. El cuadro surge, por tanto, de la interacción entre las percepciones corporales (fisiológicas o mínimamente patológicas) y

LA HIPOCONDRIÁ DE LA VIDA COTIDIANA

la atribución patológica que les otorga el paciente (13, 15). De esta forma se produce una alteración que induce a que la atención se focalice en lo corporal, excluyendo del campo (o minimizando) el resto de los estímulos, en la línea de la inatención o pseudoaproxexia.

En cuanto a la *interpretación catastrófica*, siguiendo a Salkovskis et al. (19, 25), estos sesgos cognitivos potencian las expectativas negativas asociadas a los síntomas, reduciendo la esperanza de superación y, con ello, aumentando la sensación de falta de control. El sujeto afectado considerará seriamente la posibilidad (rayana en la certeza cuando esté próxima a lo delirante) de que la enfermedad será grave, lo espantoso que va a ser padecerla, la imposibilidad para superarla y hacerle frente, las complicaciones que va a sufrir y, por ende, que los médicos no van a poder hacer nada por él.

Esta conjunción de aspectos que dan lugar al fenómeno hipocondríaco queda reflejada en la figura 2.

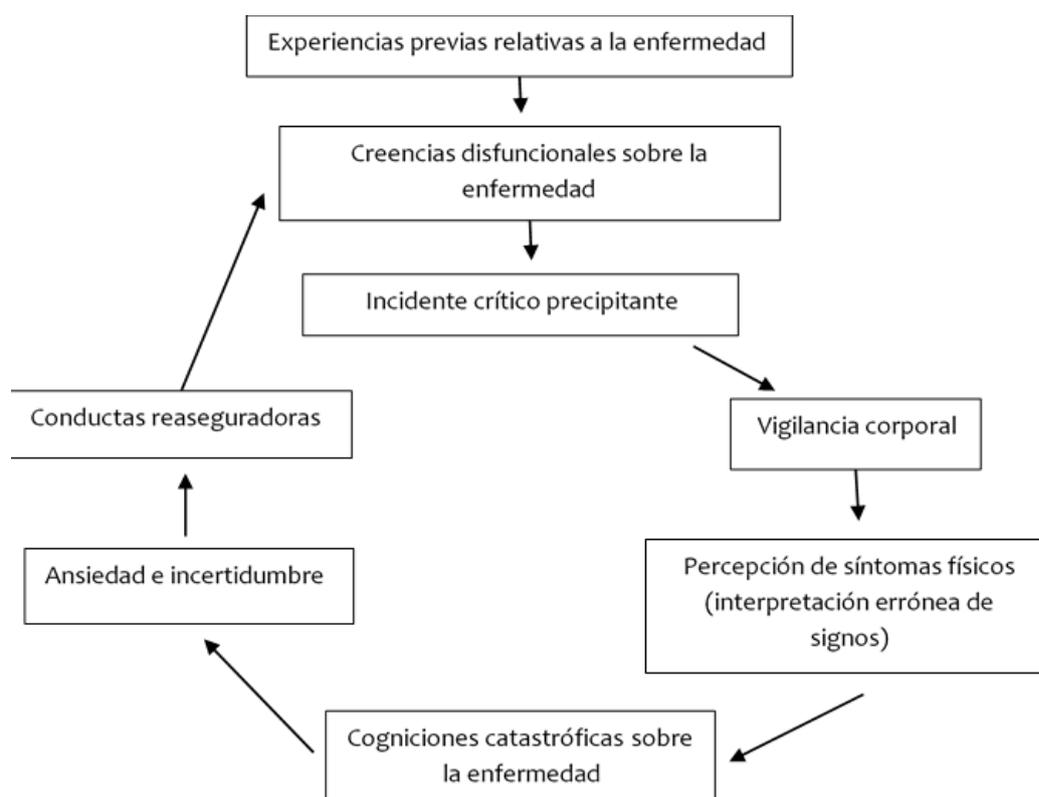


Figura 2: Desarrollo de la hipocondría (modificado)

La hipocondría o AS (con sus componentes de sospecha, miedo y/o somatización) no acaba de encontrar su sitio dentro de las grandes agrupaciones nosológicas. Tradicionalmente ha sido encuadrada en los trastornos somatomorfos (o por síntomas somáticos) por su relación con lo físico/orgánico, aunque sus características básicas pueden solaparse con otros grupos sindrómicos. Ya comentamos anteriormente cómo el temor a padecer una enfermedad futura

LA HIPOCONDRIA DE LA VIDA COTIDIANA

(predominio nosofóbico), sin que exista sospecha de enfermedad ni somatización, podría ser considerado más una fobia específica que un trastorno somatomorfo.

Otros autores han vinculado el cuadro al espectro obsesivo-compulsivo (10, 17, 26), reparando en el hecho de que los sujetos hipocondríacos se ven compelidos a realizar maniobras de reaseguramiento, comprobaciones corporales, investigaciones sobre la enfermedad y búsqueda de ayuda que, de forma semejante a las compulsiones, son irresistibles, excesivas y tienen el fin de aliviar la ansiedad. Además, suelen estar presentes las intrusiones mentales a modo de ideas obsesivas, rumiaciones o imágenes de la enfermedad, que pueden provocar una grave interferencia en sus vidas. De hecho, las intrusiones se podrían considerar una variable transdiagnóstica a diversos cuadros, entre ellos el trastorno obsesivo-compulsivo y la hipocondría, lo que podría contribuir a explicar las similitudes en algunos aspectos de estas entidades (27).

Asimismo, se ha propuesto la existencia de una *personalidad hipocondríaca*, constituyendo más un rasgo que un estado (28). Esta personalidad estaría caracterizada por determinadas actitudes respecto a la salud, la enfermedad, el cuerpo y/o los síntomas físicos, con la creencia de que los síntomas son siempre peligrosos ya que se supone que la salud es un estado sin ningún síntoma ni sensación extraña, a modo de ideas sobrevaloradas egosintónicas.

BÚSQUEDA ACTIVA DE INFORMACIÓN SOBRE SALUD: LA CIBERCONDRIA

Como apuntamos al inicio de nuestra exposición, la era tecnológica en la que nos encontramos trae consigo múltiples ventajas, pero también consecuencias nocivas entre las que se hallan las llamadas *tecnopatologías* o *enfermedades 2.0*, como las denomina M. Navarro (29). La *nomofobia* (el temor a dejarse olvidado el móvil), la *apnea del Whatsapp* o *síndrome del doble click* (padecido por quienes necesitan comprobar una y otra vez su móvil para ver si alguien se ha puesto en contacto con ellos), el *síndrome FOMO* (*Fear of Missing Out*, temor de la persona de estar perdiéndose algo en sus redes sociales) o el *síndrome de la llamada o mensaje imaginario* (oímos o sentimos vibrar el teléfono sin que esto haya ocurrido) son solo ejemplos de los nuevos trastornos que el mundo virtual trae consigo.

En relación con el tema que nos ocupa, la *cibercondría* alcanza un puesto importante entre las tecnopatologías antes mencionadas. La *cibercondría* (hipocondría virtual o *compucondría*) es definida como "la búsqueda en línea excesiva o repetida de información relacionada con la salud, la cual es impulsada por la necesidad de aliviar la angustia o la ansiedad en torno a la salud, pero que, en cambio, da como resultado su agravamiento" (21, 30). Es una forma de hipocondría relacionada con Internet o, en algunos casos, provocada por él, que supone una conducta de búsqueda de tranquilización, pudiendo formar parte de los síntomas de la AS a los que hemos dedicado la primera parte de nuestro trabajo; de hecho, una de las herramientas con las que hoy cuenta el paciente hipocondríaco para su intento de reaseguramiento es el ordenador o su smartphone, desde donde puede acceder a sus motores de búsqueda favoritos

LA HIPOCONDRIA DE LA VIDA COTIDIANA

para localizar aquellos síntomas que le preocupan y ubicarlos en una entidad nosológica que se adecue a sus expectativas de gravedad. Y puesto que estas expectativas no suelen verse satisfechas, los clicks a distintas páginas se multiplican, convirtiéndose en una obsesión devastadora. No resulta sorprendente que se hable de la actualidad como “la era de la cibercondría” (31). En este sentido, algunos autores consideran esta entidad casi como un diagnóstico formal, otros equiparan la cibercondría con la hipocondría, y otros apuntan que la cibercondría es la hipocondría del siglo XXI. Incluso se han detectado variantes específicas, como la cibercondría *by proxy* (20), definida con un razonamiento similar al trastorno facticio por poderes.

No está claro cuándo se acuñó el término. En 1999, Ann Carns, periodista del *Wall Street Journal*, publicó un artículo titulado “En Internet las enfermedades se descontrolan, jugando con los temores de los hipocondríacos”, donde hacía referencia a los avances tecnológicos y la necesidad de los medios de comunicación de crear una buena historia con repercusión mediática. Pero, quizá, la idea de que la cibercondría es una nueva entidad digna de consideración se propuso en 2001, en un artículo del periódico británico *The Independent*: “Un nuevo trastorno, la cibercondría, se extiende por Internet”.

La primera investigación relevante sobre este asunto la realizaron en 2008 dos investigadores de Microsoft. En su trabajo titulado “Cibercondría: Estudio sobre la escalada de preocupaciones médicas en las búsquedas en la Web” (32) propusieron la primera definición formal del concepto: “escalada infundada de preocupaciones que pueden generar determinados síntomas comunes, como resultado de la revisión de literatura médica disponible en la Web”. Tras un estudio longitudinal con 515 individuos, apuntaron la posibilidad de que la utilización de motores de búsqueda en la Web ocasione un aumento de los temores por la salud.

A partir de ese momento se han extendido las definiciones del concepto, como la que se refiere a la tendencia de algunas personas a creer que tienen la enfermedad sobre la que leen online, o la que conceptualiza el cuadro como la ansiedad por la salud exacerbada por la exposición a información de Internet (21). No obstante, y para llegar a un consenso, hay que reparar en los rasgos básicos que esta conducta lleva implícitos:

- Es una conducta que se basa en la búsqueda on line de información sobre salud.
- Es una conducta excesiva, lo cual puede implicar que la persona invierte mucho tiempo en ella, que es recurrente, o que accede a demasiada información.
- No es una actividad placentera: las personas no realizan esta actividad para entretenerse o para satisfacer una curiosidad, sino que, por el contrario, está asociada a efectos negativos y ansiedad que va aumentando conforme la búsqueda continúa. Por tanto, cualquier definición de cibercondría debe tener en cuenta esa producción o aumento del malestar y ansiedad.
- No es un diagnóstico en sí mismo, sino que se produce como parte de los síntomas de la hipocondría o la ansiedad por la salud.

LA HIPOCONDRIA DE LA VIDA COTIDIANA

En 2014, McElroy y Shevlin (33) desarrollaron un instrumento específico de 33 ítems para la valoración del cuadro: la *Cyberchondria Severity Scale* (CSS), dando carta de presentación a la valoración multidimensional de la cibercondría, compuesta de cinco escalas: compulsión, malestar, exceso, reaseguramiento y desconfianza de los profesionales médicos. Sucesivos análisis factoriales confirmatorios han mostrado la consistencia interna de los índices, además de la correlación con la AS (malestar, exceso y desconfianza de los médicos) y síntomas obsesivo-compulsivos (búsqueda de seguridad y compulsión) (34, 35).

Aunque las búsquedas se realizan inicialmente en motores clásicos como Google o Yahoo, a medida que la indagación continúa las personas pueden acudir (o pinchar en el enlace) a sitios web que den información específica, a otros que den apoyo a personas que ya sufren esas enfermedades, o, también, a plataformas que proporcionen una lista de posibles diagnósticos para síntomas concretos que, por ende, suelen ser utilizadas para el autodiagnóstico. De estas páginas web tenemos ejemplos en todos los países y, obviamente, en el nuestro hay constancia de su existencia. Con frecuencia, la conducta cibercondríaca es solitaria, pero también puede basarse en la consulta a otras personas vía chats, fórums, plataformas de afectados o redes sociales, con el fin de poder confirmar (o no) el diagnóstico a través del testimonio de personas "reales" que padezcan esa enfermedad que sospechan tener.

Aunque las personas con AS busquen en la red información que les ayude a aliviar sus temores, la información que encuentran tiende a incrementar esos miedos, ya que Internet no está programado para calmar ansiedades. Tras estos resultados ansiógenos, algunas personas evitan reanudar las búsquedas sobre sus síntomas, de la misma forma que evitan ir al médico o a un hospital, poniendo en marcha, así, el mecanismo fóbico de la evitación (recordemos el concepto de nosofobia o miedo a la enfermedad antes expuesto).

Sin embargo, otras personas, a pesar del notable incremento del malestar que la indagación les está produciendo, continúan con ello pese a la experiencia negativa, mostrando el patrón conductual que se ajusta a la definición de cibercondría. No hemos de olvidar la existencia de otro grupo de personas que se preocupan por su salud de una manera natural, puesto que es una cuestión respecto a la cual todos nos sentimos concernidos; estas personas pueden buscar información en el mundo virtual de una manera responsable, sin involucrarse en ninguna espiral de angustia que perpetúe el círculo cibercondríaco. Así, aceptan los resultados de una búsqueda ocasional sin consecuencias negativas para su estabilidad psíquica, únicamente con el afán de conocer o simple curiosidad (Figura 3). En este sentido, hemos de estar alerta para no catalogar de cibercondríaco a cualquier persona que busque noticias sobre salud en la web, ya que correríamos el riesgo de patologizar una conducta normal.

LA HIPOCONDRIA DE LA VIDA COTIDIANA

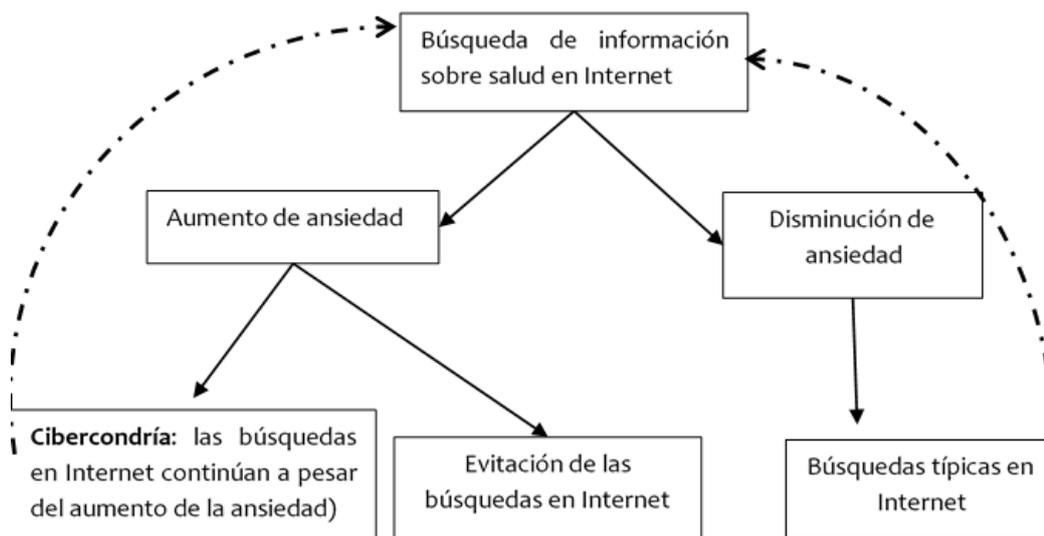


Figura 3: Resultados de la búsqueda de información sobre salud (21)

Una de las razones para que el ciclo cibercondríaco se perpetúe radica en la misma tecnología de Internet: los usuarios suelen (solemos) hacer click en los resultados que figuran en los primeros puestos del motor de búsqueda, manteniendo, a su vez, el posicionamiento de la página en cuestión. Puesto que a veces se confunde el posicionamiento de la página con la calidad de esta (en nuestro caso, con la probabilidad de que esa página aborde perfectamente la enfermedad buscada), la escalada comienza. Así, si la investigación ha partido del término “dolor de cabeza”, es más probable que se entre en sitios que hablen de tumores cerebrales (pongamos por caso) que en aquellos que apunten al cansancio laboral o a la gripe, ya que los temas más fascinantes, que provocan intriga o, incluso, atemorizantes son los que atraen más visitas y, por tanto, aparecerán en los primeros puestos del motor de búsqueda elegido.

Otra razón para que los temores continúen e, incluso, aumenten, se localiza en el hecho de que, con gran frecuencia, las plataformas y las páginas específicas sobre salud utilizan un lenguaje al que no están habituados quienes no tienen formación médica. Pero, en línea con la atracción por lo intrigante antes comentada, cuantas más palabras extrañas se utilicen, más fiable parece la fuente, aunque gran cantidad de la información que circula por la red sea confusa, no fiable, basada en hechos anecdóticos e, incluso, errónea, pudiendo confundir a los sujetos (ansiosos y no ansiosos). Aún más problemática es la viralización de estos contenidos no seguros: en una investigación puesta en marcha por Aiken et al. en 2012 (31) observaron que más de la mitad de los participantes se mostraban dispuestos a compartir con otros la información obtenida.

De esta forma, y a modo de resumen, la escalada se relaciona con la cantidad y distribución de los contenidos vistos por los usuarios, con la terminología confusa y alarmante utilizada, y/o la predisposición hacia los contenidos preocupantes en vez de buscar explicaciones más lógicas al malestar que padece el individuo (31, 36).

LA HIPOCONDRIA DE LA VIDA COTIDIANA

Asumiendo que la necesidad de buscar información sobre salud en Internet es mayor en personas con AS que en población no ansiosa, formando parte de sus maniobras comprobadoras, Baumgartner y Hartmann (22) llevaron a cabo uno de los primeros estudios que exploraban empíricamente la relación entre AS y la búsqueda online de este tipo de información. Para ello propusieron cuatro hipótesis:

- La AS se relaciona con un aumento de las búsquedas online de información sobre ello.
- La AS se relaciona con la adopción de un papel activo por parte del sujeto, publicando, a su vez, información online.
- La AS se relaciona con respuestas más negativas ante la información obtenida online
- La AS se relaciona con respuestas negativas dependiendo de si la información procede de fuentes fiables o menos fiables. Esto es, los efectos de la información obtenida por los individuos ansiosos están moderados por la credibilidad de la fuente.

Las conclusiones a las que llegaron confirmaban mayoritariamente las hipótesis planteadas: se observó que las personas con AS se involucran más en búsquedas online y que estas tienen consecuencias más negativas, concluyendo que, al comparar sujetos AS con no-AS, los primeros reflejan mayores niveles de preocupación y temor ante la información obtenida en la red, sobre todo si esta procede de una fuente fiable.

En 2016 se realizó una investigación similar, de corte longitudinal (37), que volvió a mostrar cómo los individuos con mayor AS buscan información online sobre salud más frecuentemente que aquellos sin AS, lo cual confirmaba hipótesis anteriores (22, 38).

Con lo visto hasta el momento, parece evidente que la utilización de la web para estos fines y, con ellos, para el autodiagnóstico, suele aumentar la ansiedad en sujetos hipocondríacos (en el amplio uso del término). De esta forma, la exposición a la que se someten las personas sin formación en ciencias de la salud está sujeta a una terminología compleja y descripciones médicas detalladas que se distribuyen por todos los medios de comunicación y que, incluso, aparece ante los ojos sin apenas buscarla.

Como hemos ido observando, la cibercondría lleva consigo aspectos que la ponen en relación con la hipocondría y con síntomas obsesivo-compulsivos, vínculos que siguen siendo investigados en la actualidad (39, 40, 41). Respecto a la primera, se muestran vínculos con el componente afectivo (preocupación por la salud) de la hipocondría, lo que apunta a su conexión, sobre todo respecto al deterioro funcional y la utilización de los servicios de salud. De hecho, en la definición DSM-5 del trastorno de ansiedad por enfermedad pueden identificarse características de la cibercondría, lo que la vincula al cortejo sintomático del síndrome (criterio D). No obstante, también pueden determinarse aspectos diferenciales, lo que apunta a la idea de que no son conceptos que se deban superponer.

LA HIPOCONDRIA DE LA VIDA COTIDIANA

Con el trastorno obsesivo-compulsivo no parece existir una asociación tan estrecha, si bien se observan áreas de solapamiento por cuanto que la búsqueda de información sobre salud llevada a cabo por estos sujetos tiene un claro componente de compulsión (conducta irrefrenable e inevitable) y de maniobra amortiguadora de la ansiedad, aunque estos intentos amortiguadores no sean eficaces. En una investigación realizada por Norr et al. (39) en 2015 con una muestra de 468 participantes no clínicos, se observó que cuanto mayor era el grado de cibercondría, más síntomas obsesivos se detectaban, aventurando la relación potencial de la cibercondría con otros trastornos de ansiedad y, en concreto, con los obsesivos.

Así, en conclusión, aunque debemos considerar internet y las redes como un recurso útil para tomar las riendas de nuestro bienestar físico, también es una fuente de ansiedad para sujetos susceptibles que hallan en la red su instrumento de reaseguramiento a golpe de teclado.

INUNDACIÓN PASIVA DE INFORMACIÓN: INFOXICACIÓN COMO GENERADORA O MANTENEDORA DE ANSIEDAD POR LA SALUD

Íntimamente relacionado con lo visto en las páginas anteriores, y para concluir este trabajo, vamos a dirigir nuestra mirada, siquiera brevemente, a la inundación involuntaria a la que estamos sometidos respecto a información sobre salud, para reflexionar sobre las consecuencias que parece estar produciendo según observamos en la clínica y en los contactos cotidianos. Ya algunos autores están comprobando el aumento de casos de AS inducidos por búsquedas en Internet, planteándose el papel significativo que parece ejercer la tecnología digital a la hora de inducir fenómenos psicopatológicos (38, 42).

Resulta evidente que cualquiera de nosotros podemos redactar cualquier tipo de contenido sin tener conocimientos suficientes sobre la materia y subirlo a la red. A partir de ahí, dependiendo de su repercusión, intención o momento, este contenido puede expandirse sin control, sea cual sea su fiabilidad, entrando a formar parte de esa maraña informativa a la que todos estamos expuestos.

En este sentido, las constantes informaciones transmitidas por los medios formales o informales, en papel o virtuales y, sobre todo, las omnipresentes cadenas de whatsapp, Facebook y demás redes sociales, despiertan los temores y miedos acerca del peligro externo que permanece latente en los más diversos elementos y que, curiosamente, ninguna autoridad médica confirma (según cierta mentalidad conspiratoria y paranoide, cuyo análisis excede la temática del presente trabajo): probablemente alguno o alguna de ustedes ha recibido un mensaje de WhatsApp que advierte del peligro que entraña para nosotras, mujeres, las radiaciones que emite el aparato que nos hace las mamografías, las cuales provocarán cáncer de tiroides; o hemos leído titulares como "la sustancia que provoca cáncer de la que es imposible escapar" (refiriéndose a la contaminación ambiental), "los ocho alimentos que provocan cáncer y que comes todos los días", "comer pescado con mercurio aumenta un tipo de esclerosis", "la vacuna triple vírica es causa directa del autismo", "¿tomar el té muy caliente

LA HIPOCONDRIA DE LA VIDA COTIDIANA

provoca cáncer?" y tantos mensajes que circulan ante nuestros ojos a diario (por discreción no citamos las fuentes). Como ya se comentó al principio de esta exposición, oncología es el área más afectada por este fenómeno por la alarma que suscita, por la elevada incidencia y por el miedo a la incertidumbre que genera, pero también nutrición, pediatría y dermatología estética son objeto frecuente de bulos y noticias alarmistas (43).

La mayoría de las noticias o mensajes de la red tienen un punto de verdad, aunque es la distorsión y la manipulación sensacionalista del contenido o de los títulos lo que las hacen peligrosas y provocadoras bien de alarma social, bien de esperanzas infundadas y, en algunos casos, de abandonos de tratamientos eficaces empíricamente comprobados a favor de un zumo de limón o pepitas de manzana que, según se propagó en determinado momento, tienen la misma eficacia anticáncer que la quimioterapia. Es esa manipulación lo que las convierte en *fake news* (viralización de noticias falsas, o más bien, falseadas o adulteradas) y entra en el ámbito de la *posverdad*, por cuanto no se basan en datos objetivos, sino que apela a las emociones o creencias del público. Es ese falseamiento el que está contribuyendo, en parte, al incremento de trastornos, al menos subclínicos, en la población general y, sobre todo, en población emocional y/o coyunturalmente vulnerable. Así, la nosofobia a la que antes hemos hecho referencia encuentra en esta propagación indiscriminada su caldo de cultivo, que crece exponencialmente a medida que el mensaje en cuestión sigue circulando por las redes y lo seguimos "enviando a nuestros contactos". De forma secundaria, esa nosofobia (como tal fobia) está ocasionando conductas de evitación (de lugares, de alimentos o, incluso del contacto con otras personas), un aumento de actitudes ortoréxicas, de rituales de limpieza y/o purgación de los tóxicos supuestamente ingeridos. Cada vez conocemos a más adeptos a la dieta vegetariana o vegana, o al consumo exclusivo de alimentos ecológicos, amantes de la vida sana o seguidores de una dieta "anti-algo". Obviamente, el hecho en sí de seguir unas pautas saludables o adherirse a una doctrina concreta no supone que esa conducta sea patológica (si así fuera todas las personas vegetarianas, por ejemplo, tendrían un problema psíquico): el problema no es lo que se hace, sino por qué se hace.

Como nos señalaba en 2006 la Sociedad Catalana de Medicina Familiar (44), "aunque vivimos más y mejor, vivimos con más angustia y miedo y nos sentimos más vulnerables". Hay un clima de inseguridad y alarma, un estado que podríamos llamar *hipocondría social*, *ansiedad colectiva por la salud* o *nosofobia grupal*: la hipervigilancia ante cualquier cambio corporal, el estado de alerta ante los mensajes en las redes que nos transmiten la necesidad de evitar alimentos, aire y contacto, el miedo cuando alguien nos habla de su enfermedad...guarda un singular parecido con los conceptos antes comentados. Esto nos lleva al planteamiento de que, quizá, no sean solo las personas individuales las afectadas, sino que sea la sociedad en general la que debería recibir ese diagnóstico.

En el ámbito de la salud, la función de los medios de comunicación consiste en llenar el vacío que existe entre el mundo de la investigación y el público en general, traduciendo a un

LA HIPOCONDRIA DE LA VIDA COTIDIANA

lenguaje común los resultados de manera que se hagan comprensibles para los no expertos. Sin embargo, los consumidores se ven envueltos en una maraña de informaciones, recomendaciones a veces contradictorias, mensajes que contienen errores o que informan sobre resultados parciales. Hace pocas fechas saltó a los medios una noticia que informaba acerca de que el consumo de alimentos ultraprocesados está relacionado con un mayor riesgo de contraer cáncer. Al día siguiente teníamos otro titular que apuntaba al cuestionamiento de la investigación acerca del potencial carcinogénico de los alimentos ultraprocesados. ¿Con qué información se queda el lector de a pie? Los periodistas de salud o las personas que cuelgan determinadas informaciones intentan presentarlas de tal forma que llamen la atención, redactándolas de manera que los titulares vendan o se pinchen más veces. Como resultado, la ciencia se sensacionaliza, los titulares se tergiversan o proporcionan informaciones que atrapan, las investigaciones se presentan como excepcionales y novedosas y se infla su importancia, impacto y posibilidades futuras (45, 46). Con todo ello lo que se consigue es desinformar al lector en aras de un titular impactante, repercutiendo sensiblemente en la AS y aumentando las preocupaciones sobre los peligros cotidianos. Así, como apuntó C. Andradas en la Jornada Medes 2017, "lo peor que puede pasar es que la posverdad llegue al ámbito científico" (47).

Si todas estas informaciones, vengan por el canal que vengan, pueden producir una hipocondría social, como apuntábamos anteriormente, las consecuencias para quienes que ya padecen AS, hipocondría o nosofobia son aún más peligrosas: las personas que entran en la espiral de búsqueda compulsiva de la cibercondría hallarán motivos progresivamente más alarmantes para que la ansiedad los inunde; las personas con fobia a la enfermedad cada vez tendrán menos posibilidades de evitar el estímulo fobógeno, ya que nada más encender el ordenador, mirar su smartphone o conectar la TV, las noticias sobre salud se estarán reproduciendo sin control y, con ello, su nivel de ansiedad se disparará.

¿Podemos solventar este problema? ¿Hay alguna forma de parar esta infoxicación que tantas consecuencias negativas trae a determinado sector de la población? En realidad, no. Pero se están desarrollando iniciativas que intentan poner freno al descontrol informativo y, sobre todo, a los bulos que se distribuyen por la red. Desde hace años se están creando instrumentos que permiten a los consumidores valorar la calidad de la información que llega a sus manos:

- DISCERN (*Quality Criteria for Consumer Health Information*), desarrollado en el Reino Unido en 1999.
- El sello HONcode (*Health On the Net*), fundado en 1995 en Suiza, propone una serie de principios de seguridad para las páginas web con contenidos de salud; de hecho, el portal de salud mental patrocinador de este Congreso Virtual, www.psiquiatria.com, obtiene desde hace años el certificado HONcode, que garantiza el cumplimiento de los criterios éticos propuestos.

LA HIPOCONDRIA DE LA VIDA COTIDIANA

- El sello WAPA (Webs y Aplicaciones de Psicología y Psiquiatría Acreditadas), proyecto nacido de www.psiquiatria.com, es otra garantía que tiene como objetivo asegurar la credibilidad y fiabilidad de las webs mediante criterios específicos.
- El Proyecto ACSI (Acreditación de Contenidos Sanitarios en Internet), patrocinado por la Organización Médica Colegial (OMC), también se postula como una etiqueta de fiabilidad.

Con ligeras diferencias entre los diferentes sellos e instrumentos de calidad expuestos (y otros que no hemos mencionado por no extendernos más en esta descripción), el público general debería hacerse unas sencillas preguntas ante una información médica o una página web:

- ¿Dónde está publicada esta información?
- ¿Quién o quiénes son los autores?
- ¿Cuál es su objetivo?
- ¿Se citan las fuentes de información?
- ¿Están basadas en evidencias científicas?
- ¿Describe claramente los beneficios y/o riesgos de un tratamiento?
- ¿Es la página web accesible y de fácil comprensión?
- ¿A qué usuarios va dirigida la información?

De entrada, será falsa aquella información que proponga una solución rápida y sencilla a una enfermedad que lleva intentando solucionarse sin éxito desde hace mucho tiempo. Lo que deberíamos preguntarnos nosotros, profesionales de la salud mental, es si las personas con cibercondría, hipocondría o en riesgo de sufrirla, van a detenerse en averiguar estos supuestos ante una información impactante y de interés vital para ellos.

Recientemente se han desarrollado plataformas para denunciar los bulos en la red y, obviamente, también los de salud. En 2017 nació *Maldito Bulo*, una iniciativa presente en Twitter y en Facebook que se encarga de analizar las noticias que se han hecho virales en Internet y, si es el caso, desmentirlas. La Asociación de Investigadores en eSalud (AIES) ha desarrollado en enero de este año 2018 la web [//saludsinbulos.com](http://saludsinbulos.com), iniciativa para erradicar la distribución de noticias falsas en Internet. Aunque la red más utilizada por todos, WhatsApp, no ha tomado ninguna medida al respecto, últimamente se ha recibido la noticia de que va a avisar a los usuarios sobre los mensajes que han sido reenviados para, por un lado, que no se sigan difundiendo y, por otro, controlar los bulos y las noticias falsas. No olvidemos que las cadenas de WhatsApp son cíclicas, muchas con contenidos alarmantes y cuyo origen se desconoce, con lo que encierran el potencial de ejercer un daño incalculable.

Y es que los bulos juegan con la inocencia de los usuarios y utilizan la vulnerabilidad de algunos sectores para que el impacto sea mayor. Ya hemos comentado anteriormente que una información sorprendente, polémica, impactante o atemorizante llama la atención, y si esta información es sobre salud o medidas terapéuticas, encontrará el campo abonado entre los sujetos hipocondríacos (clínicos o subclínicos) quienes, al no pararse a comprobar la veracidad,

LA HIPOCONDRIA DE LA VIDA COTIDIANA

contribuirán a propagar esas noticias falsas con el clásico "reenvía este mensaje a tus contactos", "pásalo" o "la única petición es que mantengas esto circulando, por la memoria de alguien", una forma de apuntar directamente a los sentimientos, los motores más poderosos de la viralización, en conexión con la era de la posverdad en la que vivimos (48).

Antonio Manzanero, director del Grupo de Psicología del Testimonio de la Universidad Complutense, ha sacado a la luz en 2017 los resultados del primer estudio sobre el impacto de las *fake news* en España. En este trabajo de investigación nos resalta cómo, aunque el término se acuñó en la campaña electoral de Donald Trump, la historia de las noticias falsas tiene una vida larga: la propaganda falsa dirigida por Goebbels durante la dominación nazi, el NO-DO, la censura... pero aun con su larga trayectoria, Internet está facilitando las cosas sobremanera. En general, los resultados de la investigación podrían resumirse en los siguientes puntos:

- El 60% de los entrevistados en el estudio se creyeron alguna vez un bulo.
- Si las noticias falsas afectan a los sentimientos es mucho más fácil que se crean y se distribuyan.
- La falta de conciencia de la repercusión que pueden tener (más allá de la supuestamente informativa) es lo que lleva a su distribución.
- La creación y difusión de noticias falsas tiene gran trascendencia ya que afecta a la capacidad para tomar decisiones.
- Difundir determinadas ideas puede crear un estado de opinión favorable o desfavorable respecto a determinados temas.
- La facilidad de manipulación facilita la aceptación de información falsa: cuando los hechos son antiguos, la información se repite a lo largo del tiempo y por distintas fuentes, y cuando carecemos de conocimientos para valorar críticamente la información aportada, el contenido será más fácilmente manipulable y, por ello, con más capacidad de influir.

CONCLUSIONES

El mundo virtual ha logrado -y sigue logrando- avances inimaginables hace tan solo unos pocos años, como el acceso a conocimientos que antes solo estaban disponibles para unos pocos que podían tener libros y enciclopedias donde consultar sus dudas sobre salud. La universalidad de la información ha ido edificando un progresivo empoderamiento de la sociedad, cuyos miembros en algún momento habremos de adoptar (o ya habremos adoptado) el rol de pacientes de los profesionales de la medicina; además va consiguiendo una responsabilización cada vez mayor de nuestro bienestar y del mantenimiento del estado de salud, haciéndonos ver que parte de este depende de nuestros hábitos saludables. Pero en la actualidad los médicos de Atención Primaria o de cualquier otra especialidad se enfrentan a desafíos que implican rebatir o, quizá, mostrar conformidad, con lo que el paciente ha leído en Google, ese "Doctor Google que está haciendo tanto daño" (43). En algunas personas, este

LA HIPOCONDRIA DE LA VIDA COTIDIANA

empoderamiento puede conducir a asumir riesgos innecesarios por abandonos de tratamientos, a la adopción de conductas antiterapéuticas, a la adhesión a pseudoterapias o, simplemente, a enrarecer la relación médico-paciente, la cual puede estar mediatizada por la creencia del paciente de que sabe más que el médico, que ha leído en Internet cosas que no le ha dicho, o que no tiene ni idea de lo que padece, convirtiéndose el empoderamiento en un arma peligrosa de manejar.

Internet no solo ha supuesto un incremento de las enfermedades que los sujetos hipocondríacos pueden imaginarse que sufren, también favorece que aquellas personas predispuestas a sufrir una hipocondría puedan caer en ella, aunque, en realidad, hay pocos estudios empíricos que comprueben objetivamente esta relación. La infoxicación en temas de salud a la que estamos expuestos causa estragos en personas vulnerables, incrementando los miedos hipocondríacos o nosofóbicos. Puede que estemos ante una especie de histeria colectiva en forma de hipocondría social, ansiedad colectiva por la salud o nosofobia grupal. Así, en esta tesitura, cabría preguntarse "¿puede 'Doctor Google' cumplir la máxima hipocrática de '*primum non nocere*'?" (31)

Pensamos que la cuestión no tiene visos de solucionarse, el mundo 2.0 se seguirá extendiendo y las personas con AS seguirán siendo vulnerables a sus efectos; mientras sigamos "reenviando a nuestros contactos", el fenómeno continuará *in crescendo*; mientras pinchemos en los enlaces más impresionantes, estos seguirán posicionándose en los puestos superiores.

Este trabajo ha pretendido acercarse al tema de los efectos psicopatológicos que se pueden derivar de la inmensa cantidad de noticias sobre salud que circula por la red; como tal acercamiento, somos conscientes de que hay aspectos que no hemos podido abordar con más profundidad, y de que se han planteado hipótesis que, a día de hoy, no han sido constatadas empíricamente. Ambas cuestiones, y más que pudieran surgir, podrán ser objeto de futuras líneas de investigación.

BIBLIOGRAFÍA

1. Carnicero, J. (coord.). Luces y sombras de la información de salud en Internet. Informe SEIS. 2002.
2. Salmerón Sánchez, P.; Giménez García, C.; Nieto Luna, R. La promoción de la salud: claves para su práctica. Barcelona. UOC; 2016.
3. Ferreres Bertolín, M. El periodismo de salud en España. Fuentes de información, periodistas y efectos de los mensajes publicados. [Tesis Doctoral] Universidad de Vic. Facultad de Ciencias de la Salud y el Bienestar, 2016.
4. Catalán-Matamoros, D. Periodismo en salud: análisis de los públicos, formatos y efectos. Panace@, 2015; XVI (42): 217-224.

LA HIPOCONDRIA DE LA VIDA COTIDIANA

5. Navas-Martín, M.A.; Albornos-Muñoz, L.; Escandell-García, C. Acceso a fuentes de información sobre salud en España: cómo combatir la infoxicación. *Enfermería Clínica*, mayo-junio 2012; 22(3): 154-158.
6. American Psychiatric Association. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. 4ª edición, Texto Revisado (DSM-IV-TR). Barcelona: Masson; 2002.
7. Organización Mundial de la Salud. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10). Trastornos Mentales y del Comportamiento. Madrid: Meditor; 1992.
8. Sirri, L.; Grandi, S. Illness Behavior. *Advances in Psychosomatic Medicine* 2012; 32: 160-81. Doi: 10.1159/000330015
9. American Psychiatric Association. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. 5ª Edición (DSM-5). Madrid: Médica Panamericana; 2013.
10. Organización Mundial de la Salud. ICD-11 Beta Draft. 2018. Disponible en <https://icd.who.int/dev11/lm/en#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fcd%2fentity%2f767044268>
11. Lobo, A. Manual de Psiquiatría General. Madrid: Médica Panamericana; 2013.
12. Yllá, L. Los conflictos psicológicos inconscientes en algunas enfermedades psiquiátricas y corporales. Bilbao: Universidad del País Vasco; 2011.
13. Torales, J. ¡Ayúdeme doctor, estoy muy enfermo! Una actualización de la clásica hipocondría al vigente trastorno de ansiedad por enfermedad. *Rev. Virtual Soc. Parag. Med. Int.* Marzo 2017; 4(1): 77-86. Doi: 10.18004/rvspmi/2312-3893/2017 .04(01)77-086
14. Starcevic, V. Hypochondriasis and health anxiety: conceptual challenges. *BJ Psych* 2013; 202, 7-8. Doi: 10.1192/bjp.bp.112.115402
15. Díez-Quevedo, C.; Rangil-Muñoz, T.; Sánchez Planell, L. Situación actual de la hipocondría. *Psiqu Biol* 2003; 10(3): 87-95.
16. Benítez Hernández, M.M.; Rodríguez Testal, J.F. Trastornos somatoformes. En J.F. Rodríguez Testal y P.J. Mesa Cid. Manual de Psicopatología Clínica (77-106). Madrid: Pirámide; 2011.
17. Ramos Ríos, R.; Espiño Díaz, I.; López Moríñigo, J.D.; Varela Casal, P.; García Mahía, M.V. Hipocondría: Nosología y modelos explicativos. Revisión histórica y de las controversias actuales. 9º Congreso Virtual de Psiquiatría. Interpsiquis febrero 2008. Descargado de <https://psiquiatria.com/bibliopsiquis/hipocondria-nosologia-y-modelos-explicativos-revision-historica-y-de-las-controversias-actuales>
18. Marks, I.M. Miedos, fobias y rituales. Vol 1. Los mecanismos de la ansiedad. Barcelona: Martínez Roca; 1991.
19. Salkovskis, P. M., Warwick, H. M. C., Deale, A. C. Cognitive-Behavioral Treatment for Severe and Persistent Health Anxiety (Hypochondriasis). *Brief Treat Crisis Interv*, 2003; 3:353-367.

LA HIPOCONDRIA DE LA VIDA COTIDIANA

20. Aiken, M.; Kirwan, G. The Psychology of Cyberchondria and 'Cyberchondria by Proxy'. En A. Power y G. Kirwan (eds). *Cyberpsychology and New Media. A Thematic Reader* (p. 158-169). London: Psychology Press; 2014.
21. Starcevic, V.; Berle, D. Cyberchondria: towards a better understanding of excessive health-related Internet use. *Expert Rev. Neurother*, feb 2013; 13(2): 205-213. Doi: 10.1586/ern.12.162
22. Baumgartner, S.E.; Hartmann, T. The Role of Health Anxiety in Online Health Information Search. *Cyberps Beh Soc Net*. May 2011: 1-6. Doi: 10.1089/cyber.2010.0425.
23. Gingras, P. Viewer anxiety and TV health talk shows: What factors play a role in cultivating anxiety about personal health and wellness? *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 2016; 76(12-B) (E).
24. Barsky AJ. Amplification, somatization, and the somatoform disorders. *Psychosomatics* 1992, 33:28-34.
25. Chorot, P.; Martínez Narvaez, P. Trastornos somatoformes. En A. Belloch, B. Sandín, F. Ramos. *Manual de Psicopatología*. Vol. II (pp. 177-211). Madrid. McGraw-Hill; 2010.
26. Olatunji, B.O.; Deacon, B.J.; Abramowitz, J.S. Is hypochondriasis an anxiety disorder? *BJPsych* 2009; 194:481-482. Doi: 10.1192/bjp.bp.108.061085
27. Pascual-Vera, B; Roncero-Sanchís, M.; Belloch-Fuster, A. Are unwanted mental intrusions a transdiagnostic variable? *Psicothema*, 2017; 29(2): 166-171. Doi: 10.7334/psicothema2016.199
28. Tyrer, P.; Fowler-Dixon, R.; Ferguson, B.; Kelemen, A. A plea for the diagnosis of hypochondriacal personality disorder. *J Psychosom R.*, 1990; 34(6):637-42. Doi: 10.1016/0022-3999(90)90107-F
29. El auge de las tecnopatologías, las nuevas enfermedades asociadas a tecnologías y redes sociales. Europa Press, 8 de febrero de 2018. Descargado de <https://psiquiatria.com/trastornos-infantiles-y-de-la-adolescencia/el-auge-de-las-tecnopatologias-las-nuevas-enfermedades-asociadas-a-tecnologias-y-redes-sociales/>
30. Starcevic, V.; Aboujaude, E. Cibercondría, ciberacoso, ciber-suicidio, cibersexo: ¿"nuevos" trastornos mentales para el siglo XXI? *World Psychiatry (Revista Oficial de la Asociación Mundial de Psiquiatría, ed. Esp)* 2015; 13(1):97-100. Doi: 10.1002/wps.20195
31. Aiken, M.; Kirwan, G.; Berry, M.; O'Boyle, C. The Age of Cyberchondria. *RCSIsmj Rev* 2012; 5(1): 71-74.
32. White, R.; Horvitz, E. Cyberchondria: Studies of the Escalation of Medical Concerns in Web Search. November 2008; Microsoft Research. Disponible en <https://www.microsoft.com/en-us/research/wp-content/uploads/2016/02/TR-2008-178.pdf>
33. McElroy, E.; Shevlin, M. The development and initial validation of the Cyberchondria Severity Scale (CSS). *J Anx Dis*, Mar 2014; 28(2): 259-265.

LA HIPOCONDRIA DE LA VIDA COTIDIANA

34. Fergus, Th. A. The Cyberchondria Severity Scale (CSS): An examination of structure and relations with health anxiety in a community sample. *J Anx Dis*, Aug 2014; 28(6): 504-510.
35. Norr, A.M.; Allan, N.P.; Boffa, J.W.; Raines, A.M.; Schmidt, N.B. (2015). Validation of the Cyberchondria Severity Scale (CSS): Replication and extension with bifactor modeling. *J Anx Dis*, April 2015; 31: 58-64. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2015.02.001>
36. Pérez Pérez, S.M. Cibercondría: la hipocondría virtual. *Ágora Enf*, sep 2016; 20(3): 104-110.
37. Poel, F.T.; Baumgartner, S.E.; Hatmann, T.; Tanis, M. The curious case of cyberchondria: A longitudinal study on the reciprocal relationship between health anxiety and online health information seeking. *J Anx Dis*, Oct. 2016, 43: 32-40. Doi: 10.1016/j.janxdis.2016.07.009
38. Muse, K.; McManus, F.; Leung, C.; Meghreblian, B.; Williams, J. Cyberchondriasis: Fact or fiction? A preliminary examination on the relationship between health anxiety and searching for health information on the Internet. *J Anx Dis*, Jan 2012, 26(1): 189-196. Doi: 10.1016/j.janxdis.2011.11.005
39. Norr, A.; Oglesby, M.E.; Raines, A.M.; Macatee, R.J.; Allan, N.P.; Schmidt, N.B. Relationships between cyberchondria and obsessive-compulsive symptom dimensions. *Psych Res*, Dec 2015, 230(2): 441-446.
40. Fergus, T.A.; Russell, L.H. Does cyberchondria overlap with health anxiety and obsessive-compulsive symptoms? An examination of latent structure and scale interrelations. *J Anx Dis*, March 2016, 38:88-94. Doi: 10.1016/j.janxdis.2016.01.009.
41. Mathes, B.M.; Norr, A.M., Allan, N.P.; Albanese, B.J.; Schmidt, N.B. Cyberchondria: overlap with health anxiety and unique relations with impairment, quality of life, and service utilization. *Psychiatry Res*. 2018, 261: 204-211. Doi: 10.1016/j.psychres.2018.01.00
42. Starcevic, V. Cyberchondria: Challenges of Problematic Online Searches for Health-Related Information. *Psychother Psychosom*, May 2017, 86(3): 129-133. Doi: 10.1159/000465525
43. Las vacunas no generan autismo: uno de cada tres bulos que circulan por internet es sobre salud. Agencia EFE. 12 de febrero de 2018. Disponible en <http://www.rtve.es/noticias/20180212/uno-cada-tres-bulos-circulan-internet-sobre-salud/1677622.shtml>
44. Grupo de Calidad de la CAMFiC (Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitaria) (2006). *¿ENFERMOS DE SALUD? Reflexiones acerca de las nuevas demandas y las respuestas del sistema sanitario*. Descargado de <http://docplayer.es/58267720-Enfermos-de-salud-reflexiones-acerca-de-las-nuevas-demandas-y-las-respuestas-del-sistema-sanitario.html>
45. Restrepo, D. Periodismo científico y cobertura de investigación en salud. 2014. Disponible en www.paho.org/portalinvestigacion/estudiosdecaso
46. Bonfill Olivera, M. Periodismo de salud. Periodismo, salud y responsabilidad. Disponible en www.thecult.es/tercera-cultura/periodismo-salud-y-responsabilidad.html

LA HIPOCONDRIA DE LA VIDA COTIDIANA

47. Plaza, J.A. Carlos Andradas: "Lo peor que puede pasar es que la posverdad llegue a la ciencia". Disponible en <http://www.diariomedico.com/2017/07/06/area-profesional/entorno/carlos-andradas-lo-peor-que-puede-pasar-es-que-la-posverdad-llegue-a-la-ciencia>
48. Herrero Alcántara, T. "Reenvía este mensaje a tus contactos": el motivo por el que difundimos los bulos. 14 diciembre 2017. Disponible en http://www.eldiario.es/cultura/tecnologia/redes_sociales/bulos-redes_sociales-fake_news-noticias_falsas_0_714978813.html