Localizador web
Artículo 99.207

Estudio del grado de aprensión social en usuarios de atención primaria: su relación con la ansiedad y la conducta de enfermedad

J. Cebrià Andreu[a,b], C. Palma Sevillano[a], I. Gutiérrez Blanch[a], M. Ferrer Ventura[a], S. Ger Cabero[a] y M. Doménech Cortés[a]

Objetivo. Analizar el grado de aprensión social de las personas que consultan en su centro de atención primaria (CAP) y la relación con su grado de ansiedad y la conducta ante la enfermedad.
Diseño. Estudio descriptivo, observacional y transversal.
Emplazamiento. El estudio se efectuó en 3 CAP de Granollers (Barcelona): Sant Miquel, Bellavista y Vallès Oriental.
Participantes. Se incluyó a 330 sujetos de 18-75 años que acudieron a su CAP de referencia y participaron voluntariamente en el estudio.
Mediciones principales. Cada uno de los participantes cumplimentó un cuestionario de datos sociodemográficos, así como la Escala de Aprensividad Social (EAS), la Escala de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI) y el Illness Behavior Questionnaire (IBQ).
Resultados. El 31,8% de los participantes mostró puntuaciones altas de aprensión social y el 44,5% medias. Hay una relación significativa directa entre el grado de aprensión social y los grados de ansiedad rasgo (p = 0,002) y ansiedad estado (p = 0,008), e inversa con las subescalas de hipocondría (p = 0,000), alteraciones afectivas (p = 0,037), convicción de enfermedad (p = 0,001), discordia interpersonal (p = 0,001) y dificultades de relación con los demás (p = 0,042).
Conclusiones. Un alto porcentaje de usuarios de los CAP estudiados muestra grados de aprensión social medios/altos, los cuales se vinculan de una manera directa con la ansiedad y de una manera inversa con el concepto de conducta anormal de enfermedad relacionado con la hipocondría y otros temores a presentar trastornos de la salud.

Palabras clave: Aprensión social. Ansiedad. Medios de comunicación. Conducta de enfermedad. Hipocondría.

STUDY OF THE LEVEL OF SOCIAL APPREHENSION IN PRIMARY CARE USERS. ITS RELATIONSHIP WITH ANXIETY AND ILLNESS BEHAVIOUR

Objetive. To analyse the level of social apprehension in people who use primary care centres and its relationship with their level of anxiety and illness behaviour.
Design. Descriptive, observational, and cross-sectional study.
Setting. The study was carried out at 3 primary care centres: CAP Sant Miquel, CAP Bellavista, and CAP Vallès Oriental.
Participants. 330 subjects aged between 18 and 75 years old who used their primary care Centre and participated voluntarily in the study.
Main measurements. A sociodemographic data questionnaire and the following measurements were used: the Social Apprehension Scale (SAS), the State/Trait Anxiety Inventory (STAI), and the Illness Behaviour Questionnaire (IBQ).
Results. 31.8% of the subjects showed high levels of social apprehension and 44.5% revealed moderate scores.
Statistically meaningful relation was observed between the levels of social apprehension and the levels of trait anxiety (*P*=.002), state anxiety (*P*=.008), hypochondriasis (*P*=.000), affective disturbance (*P*=.037), disease conviction (*P*=.001), interpersonal discord (*P*=.001), and difficulties in social relations (*P*=.042).
Conclusions. A high percentage of primary care users show high/moderate levels of social apprehension that are directly linked to anxiety and inversely linked to the concept of abnormal illness behaviour related to hypochondriasis and other fears of suffering from health disorders.

Key words: Social apprehension. Anxiety. Mass media. Illness behaviour. Hypochondriasis.

[a]Grup de recerca Comunicació i Salut. FPCEE Blanquerna. URL. Barcelona. España.

[b]CAP Sant Miquel. ABS Granollers Sud. ICS. Barcelona. España.

Correspondencia:
Jordi Cebrià Andreu.
Cister, 34. 08022 Barcelona. España.
Correo electrónico:
jordicebriaa@blanquerna.url.es

Manuscrito recibido el 3 de diciembre de 2004.
Manuscrito aceptado para su publicación el 10 de enero de 2005.

Introducción

En los últimos años hemos asistido a un notable aumento de noticias relacionadas con la salud en los medios de comunicación. En nuestro país, si consideramos solamente las publicaciones del ámbito estatal, se ha pasado de 5.984 textos periodísticos en relación con temas sanitarios en 1997 a casi el doble, 11.945, en el año 2000 y al triple en 2002[1].

Es posible que el objetivo de estas publicaciones sea proporcionar a la población general argumentos informativos sobre cuestiones de salud, con el fin de que pueda adoptar actitudes y conductas más saludables. Sin embargo, la información a menudo se ofrece de forma indiscriminada, no filtrada ni jerarquizada[2]. Como consecuencia, además de tener a una población mejor informada, surgen algunos efectos colaterales no despreciables. La cantidad y la calidad de la información disponible parece que en algunos casos es percibida por una parte de la población más como una amenaza que como una oportunidad de prevención y mejora de la salud[3-6]. Esta sensación de amenaza provoca un tipo de miedo latente y matizado en las comunidades expuestas denominado aprensión social[2]. Probablemente este fenómeno es multicausal y las noticias generales, en general poco optimistas, no son ajenas a esta situación. Algunos ejemplos que ilustran este fenómeno y que todavía están frescos en la memoria de todos son las noticias de los atentados de Nueva York o Madrid. Pero más en concreto, los tratamientos informativos de ciertas noticias sobre la salud, como los casos de SARS, sida o gripe aviar, por poner sólo algún ejemplo cercano, seguramente han tenido (y en algún caso todavía tienen) mucho que ver. Son comunes, además, las noticias alarmantes en relación con cuestiones alimentarias, como las dioxinas de los pollos, el clembuterol de los terneros, la peste porcina, la encefalopatía espongiforme bovina o los trihalometanos en el agua de consumo. A éstas se añaden las noticias de los *mass media* que utilizan la amenaza como elemento principal para la (in)formación. Se han llamado *mensajes de miedo*[7] y parecen sensibilizar aún más a la población, generando temores que influyen en el desarrollo posterior de actitudes y conductas de protección, no siempre racionales. En algunos casos pueden llegar a provocar situaciones de alarma colectiva y/o respuestas de indefensión aprendida[7-11].

Así pues, la aprensión social, definida como un recelo temeroso, podría ser causa de estados de prevención o alerta continua y desagradable que predispondrían a una mayor cantidad e intensidad de respuestas de miedo. Una de las consecuencias, observables en las conductas de protección de la salud ante el aumento del nivel de aprensión, es el incremento de demanda del sistema sanitario. Todavía se sabe poco de este fenómeno social ahora emergente y su relación con otros constructos análogos. Con la intención de conocerlo y profundizar más en las posibles repercusiones en el individuo, nos proponemos analizar el grado y la prevalencia de aprensión social de las personas que consultan un centro de atención primaria (CAP) y su eventual relación con la ansiedad estado y la ansiedad rasgo, así como con la denominada conducta de enfermedad.

Material y método

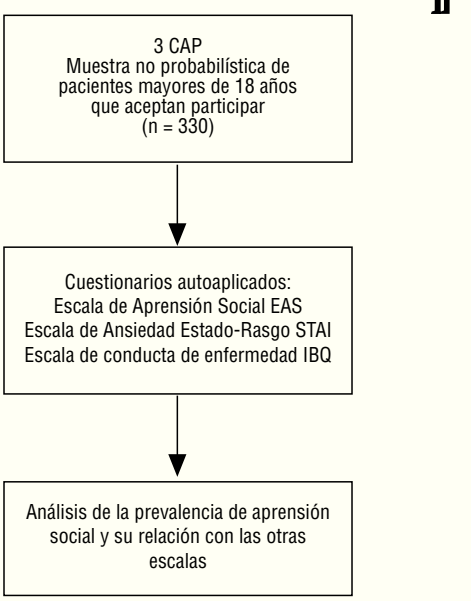
Diseño y emplazamiento

Se realizó un estudio descriptivo, observacional y transversal. Para ello se llevó a cabo un muestreo de tipo no probabilístico, sistemático y consecutivo entre los pacientes que acudieron a su CAP de referencia, en Granollers (CAP Vallès, CAP Sant Miquel y CAP Bellavista), durante un período de 2 semanas.

Sujetos

La muestra final constó de 330 sujetos que cumplían los criterios de inclusión de ser mayor de 18 años y aceptar su participación de manera voluntaria. Los criterios de exclusión fueron: pacientes diagnosticados de trastornos psicóticos o alteraciones de la comunicación que impidieran contestar a los cuestionarios, pacientes con déficit sensorial, dificultades de lectura-escritura, la no aceptación voluntaria a participar en el estudio e inmigrantes con una estancia < 5 años en el país.

Material y métodos
Cuadro resumen



Esquema general del estudio

Estudio descriptivo, observacional y transversal sobre una muestra no probabilística de pacientes que consultan en 3 centros de atención primaria (CAP).

Instrumentos y procedimiento

La recogida de datos se llevó a cabo en la sala de espera de los 3 CAP mediante la administración de una serie de cuestionarios autoaplicados a los consultantes que esperaban ser atendidos por un profesional de la salud:

– Escala de Aprensión Social (EAS)[12]: consta de 23 ítems de respuesta tipo Likert, y otra constituida por 2 factores claramente diferenciados: el factor perceptivo-cognitivo, entendido como respuesta cognitiva del sujeto ante la amenaza que siente por su salud, y el factor reactivo-emocional, que explica la respuesta de tipo emocional ante las amenazas percibidas por el individuo.
– Illnes Behavior Questionnaire (IBQ)[13]: instrumento compuesto por 62 ítems de respuesta dicotómica cuyo objetivo es explorar las actitudes y los sentimientos del individuo sobre la enfermedad y la percepción de las reacciones de los demás ante ésta.
– Escala de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI)[14]: consta de 40 ítems de respuesta tipo Likert divididas en 2 subescalas (estado/rasgo) mediante las cuales evalúan, por un lado, los grados de ansiedad-estado vinculados con la situación actual, y por otro, los grados de ansiedad-rasgo más directamente relacionados con aspectos de la personalidad.

El tiempo medio para responder a los cuestionarios fue de 30 min.

Análisis de datos

Se realizó a través del paquete estadístico SPSS 11.5. Se llevó a cabo un análisis de frecuencias y una estadística descriptiva de todas las variables exploradas y correlaciones, y se utilizó el test de Pearson para las variables que tenían más interés para el estudio. Se decidió hacer uso de las pruebas paramétricas, ya que la forma de la muestra y de las variables cumplían todos los criterios pertinentes de normalidad y de homocedasticidad.

Resultados

La media de edad de la muestra fue de 37,4 años (rango, 18-75 años) y la mayoría era mujer (71,2%). La mayor parte de la población era natural de Barcelona y un 31,3% era originario de otras provincias del estado u otros países. Aproximadamente el 93,6% había cursado al menos los estudios primarios (tabla 1).

Se analizaron también los grados de exposición a los diferentes medios de comunicación, de los cuales cabría destacar las elevadas frecuencias de exposición a la prensa y a las revistas de salud (tabla 2). Los resultados destacan una correlación significativa, aunque inversa, entre los hábitos de lectura de revistas de salud y los altos grados de aprensión social ($r = -0,25$; $p = 0,035$).

Respecto a los grados de aprensión social en nuestra muestra, se observa un elevado porcentaje de población que obtiene puntuaciones altas (31,8%) y moderadas (44,5%) en la escala EAS, mientras que sólo un 12,12% obtuvo una puntuación baja (tabla 3).

No se observan diferencias estadísticamente significativas en los grados de aprensión social entre ambos sexos ($p = 0,083$), aunque podemos destacar una correlación directa y

TABLA 1 Características sociodemográficas de la muestra

Edad, años (media ± DE)	37,2 ± 12,9
Sexo, n (%)	
Varón	95 (28,8)
Mujer	235 (71,2)
Lugar de nacimiento, n (%)	
Barcelona	211 (64,1)
Girona	3 (0,9)
Lleida	9 (2,7)
Tarragona	3 (0,9)
Fuera de Cataluña	103 (31,3)
Nivel de estudios, n (%)	
Primarios incompletos	21 (6,4)
Primaria	70 (21,3)
Secundaria	48 (14,6)
Bachillerato	55 (16,8)
Formación profesional	77 (23,5)
Estudios universitarios	57 (17,4)

TABLA 2 Grado de exposición de la muestra a los diferentes medios de comunicación

Grado de exposición a los medios de comunicación	n	%	Media ± DE
Televisión, h			
< 2	155	47,1	1,63 ± 0,691
2-4	146	44,4	
4-6	22	6,7	
6-8	6	1,8	
Tiempo de TV dedicado a noticias de salud			
Ninguno	130	53,5	2,12 ± 1,409
15 min	29	11,9	
30 min	28	11,5	
1 h	39	16	
2-4 h	15	6,2	
4-6 h	2	0,8	
Radio, h			
< 2	199	63,8	1,64 ± 1,027
2-4	61	19,6	
4-6	26	8,3	
6-8	18	5,8	
	8	2,6	
Tiempo de radio dedicado a noticias de salud			
Ninguno	148	69,2	1,66 ±1,186
15 min	22	10,3	
30 min	17	7,9	
1 h	20	9,3	
2-4 h	6	2,8	
4-6 h	1	0,5	

(Continúa en página siguiente)

TABLA 2 Grado de exposición de la muestra a los diferentes medios de comunicación (continuación)

Grado de exposición a los medios de comunicación	n	%	Media ± DE
¿Con qué frecuencia lee usted la prensa?			
Siempre	54	16,4	3,02 ± 1,284
Varios días a la semana	72	21,9	
El fin de semana	49	14,9	
Esporádicamente	121	36,8	
Nunca	33	10	
De este tiempo, ¿cuánto dedica a leer noticias de salud?			
Ninguno	52	16	3 ± 1,25
15 min	66	20,4	
30 min	65	20,1	
1 h	111	34,3	
2-4 h	30	9,3	
¿Con qué frecuencia lee usted revistas de salud?			
Siempre	24	7,3	3,48 ± 1,243
Varios días a la semana	53	16,1	
El fin de semana	36	10,9	
Esporádicamente	183	55,5	
Nunca	33	10	
¿Suele leer monográficos de salud?			
Siempre	30	9,3	3,03 ± 1,271
Varios días a la semana	20	6,2	
El fin de semana	11	3,4	
Esporádicamente	202	62,3	
Nunca	61	18,8	

DE: desviación estándar.

TABLA 3 Puntuaciones en la Escala de Aprensión Social (EAS)

Interpretación de puntuaciones directas de la EAS			Distribución de las puntuaciones obtenidas de la muestra de usuarios de atención primaria
Grado	**Varones**	**Mujeres**	
Bajo	23-74	23-79	12,2%
Moderado	75-113	80-117	44,5%
Alto	113-138	118-138	31,8%
Estadísticos			
n	88	204	
Media ± DE	93,59 ± 19,417	97,84 ± 19,034	

DE: desviación estándar.

significativa entre las puntuaciones de la escala EAS y la edad (p = 0,005) de la muestra.

En la comparación entre los niveles de estudios, en la escala EAS se aprecian puntuaciones más bajas entre las personas con estudios universitarios respecto a la población con estudios primarios (p = 0,026).

TABLA 4 Correlación entre los resultados del cuestionario Escala de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI) y de la Escala de Aprensión Social (EAS)

Puntuaciones en la escala STAI	PD	Factor perceptivo-cognitivo	Factor reactivo-emocional
STAI estado			
Correlación de Pearson	0,154	0,092	0,212
Significación (bilateral)	0,008	0,104	< 0,0005
n	292	316	306
STAI rasgo			
Correlación de Pearson	0,176	0,096	0,240
Significación (bilateral)	0,002	0,087	< 0,0005
n	292	316	306

En las medidas de la escala de ansiedad (STAI), los resultados muestran una fuerte asociación altamente significativa con los grados altos de aprensión social en la EAS en sus 2 dimensiones: el perceptivo-cognitivo y reactivo-emocional (tabla 4).

En la tabla 5 se muestran las correlaciones establecidas entre los resultados de la escala EAS y los 8 factores que componen el cuestionario IBQ. Se observan correlaciones inversas altamente significativas en los siguientes factores: hipocondría, alteración afectiva, convicción de enfermedad, discordia interpersonal y también en el factor de dificultad de relación con los demás (tabla 6).

La hipocondría y la dificultad de relación con los demás se vinculan más con el factor perceptivo-cognitivo, mientras que la discordia interpersonal y la alteración afectiva presentan correlaciones inversas altamente significativas con el factor reactivo-emocional.

Discusión

La población estudiada muestra una tasa de aprensión notable. En nuestro estudio se evidencia que el 31,8% de la muestra presenta puntuaciones altas, sin que se observen diferencias entre ambos sexos. Si consideramos también las puntuaciones moderadas, resulta que 3 de cada 4 usuarios de los CAP estudiados tienen grados de aprensión considerables, con una prevalencia que aumenta con la edad. Cabe destacar que la mayoría de los sujetos declara no informarse de manera intencionada y consciente sobre temas de salud, aunque hemos encontrado una relación entre las personas con interés por las noticias sobre la salud y las puntuaciones de aprensión más bajas. Probablemente las personas con menos criterio sean más vulnera-

TABLA 5 **Correlaciones de Pearson entre la Escala de Aprensión Social (EAS) y la conducta frente a la enfermedad (Illnes Behavior Questionnaire [IBQ])**

Escalas del IBQ	PD EAS	Factor reflexivo	Factor reactivo-emotivo
IBQ hipocondría			
Correlación de Pearson	–0,305	–0,252	–0,292
Significación (bilateral)	< 0,0005	< 0,0005	< 0,0005
n	288	312	302
IBQ negación			
Correlación de Pearson	–0,017		
Significación (bilateral)	0,77		
n	289		
IBQ convicción enfermedad			
Correlación de Pearson	–0,201	–0,183	–0,187
Significación (bilateral)	0,001	0,001	0,001
n	285	305	298
IBQ adhesión al rol de enfermo			
Correlación de Pearson	–0,031		
Significación (bilateral)	0,605		
n	287		
IBQ inhibición afectiva			
Correlación de Pearson	–0,089		
Significación (bilateral)	0,132		
n	288		
IBQ alteración afectiva			
Correlación de Pearson	–0,124	–0,09	–0,158
Significación (bilateral)	0,037	0,114	0,007
n	283	306	297
IBQ discordia interpersonal			
Correlación de Pearson	–0,195	–0,07	–0,227
Significación (bilateral)	0,001	0,22	< 0,0005
n	283	306	296
IBQ irritabilidad			
Correlación de Pearson	–0,075		
Significación (bilateral)	0,203		
n	291		
IBQ dificultad de relación			
Correlación de Pearson	–0,120	–0,135	–0,08
Significación (bilateral)	0,042	0,017	0,125
n	287	311	297
IBQ grado de aceptación confianza en el médico			
Correlación de Pearson	–0,098		
Significación (bilateral)	0,097		
n	288		

bles al tipo de noticias con tintes amenazantes para la salud. Asimismo, el grupo más desinformado parece tener una mayor percepción de peligro.

TABLA 6 **Interpretación de las subescalas del Illnes Behavior Questionnaire (IBQ) relacionadas con las puntuaciones en aprensión**

Subescalas	Significado interpretativo
Hipocondria	Factor general de conducta anormal de enfermedad caracterizada por un temor hacia la enfermedad con cierta conciencia de su naturaleza excesiva
Alteración afectiva	Evalúa la percepción de los sujetos sobre los síntomas afectivos originados por la enfermedad
Convicción de enfermedad	Refleja una creencia firme en la presencia de una alteración somática y un rechazo al intento de contención por parte de los profesionales sanitarios
Discordia interpersonal	Evalúa la tendencia a relacionarse con los demás habitualmente con discrepancias, oposiciones, negativismo, disconformidad o desacuerdo

Los datos anteriores llevan a considerar en 2 tipologías de aprensión: una funcional y otra disfuncional. La primera la desarrollarían las personas con más recursos y estrategias para afrontar situaciones (y por ende, noticias) amenazantes para la salud. Por el contrario, la aprensión disfuncional se daría en la población con menos conocimientos sobre cómo conservar la salud. Las personas con este perfil percibirían muchas situaciones como inmediatamente peligrosas que les llevarían a instalarse en un temor crónico, pero con poca capacidad de reacción. Es posible que esto conlleve la aparición de actitudes fatalistas y de conductas desmesuradas de protección[15-18], como la hiperfrecuentación de las consultas de urgencias o atención primaria[19], o la petición de más y más complejas pruebas complementarias.

La relación directa que se obtiene entre la ansiedad estado/rasgo y los grados de aprensión sugiere que puede haber una proximidad entre ambos conceptos. Las malas noticias de los medios de comunicación podrían tener mayor impacto en la población más ansiosa, y esto se manifestaría en unos mayores grados de aprensión. La ansiedad y la aprensión aparecen cuando el sujeto se siente en peligro. Sin embargo, la respuesta ansiosa tendría un componente más emocional y la aprensiva más reflexivo, elaborado y latente[20].

Un objetivo interesante de este trabajo era verificar la relación entre los conceptos de aprensión social y conducta de enfermedad. Este último está bien definido y estudiado a partir de los trabajos de Pilowski[21-24], que ayudan a la comprensión de los trastornos somatomorfos (hipocondría, histeria, somatización, etc.), es decir, la percepción subjetiva de cada individuo de tener una mala salud a pesar de que el médico haya ofrecido una explicación razonable sobre el origen y la poca gravedad de los síntomas percibidos. También, al igual que la aprensión, es un temor, pero en este caso parece haber un matiz personal, más irreflexivo y con escaso control al presentar enfermedades.

Discusión
Cuadro resumen

Lo conocido sobre el tema

- **Existe un notable incremento de noticias relacionadas con la salud en los medios de comunicación**
- **La información es percibida en algunos casos como una amenaza provocando aprensión social.**
- **La aprensión social puede causar una mayor cantidad e intensidad de respuestas de miedo.**

Qué aporta este estudio

- **Existe una elevada prevalencia de aprensión social en los usuarios de atención primaria.**
- **Se ha observado una relación inversa entre aprensión social y conducta anormal de enfermedad, indicando que son conceptos relacionados, pero diferentes.**
- **Se describe el perfil de persona aprensiva usuaria de los servicios de atención primaria.**

Cabía encontrar una relación estrecha entre ambos conceptos. Sin embargo, ésta es inversa. Cuando se dan puntuaciones altas en hipocondría, se obtienen bajos grados de aprensión, concretamente en su dimensión perceptivo-cognitiva. La aprensión, como fenómeno social, estaría más controlada y matizaría, en vez de inundar, las conductas de protección de la salud de cada uno.

Podría ser que la persona con una conducta anormal de enfermedad esté suficientemente preocupada por su salud como para no considerar las informaciones generales como amenazas inmediatas. Su miedo sería más íntimo, no dependiente de las noticias del exterior.

La correlación inversa de la escala EAS con el cuestionario IBQ indica que la aprensión social y la conducta de enfermedad son conceptos relacionados, pero diferentes.

La aprensión social, por tanto, hace alusión al estado de alerta preventiva que genera malestar en la persona, y no a la firme creencia irracional de estar padeciendo una enfermedad.

En conclusión, la aprensión social se ha mostrado como un fenómeno colectivo generalizado caracterizado por dos componentes clave: un factor reflexivo y otro afectivo. Parece relacionarse directamente con la ansiedad y, de manera inversa, con el concepto de conducta de enfermedad. La reacción emocional de miedo es más propia de la hipocondría, mientras que en la aprensión social el temor estaría más cercano a la ansiedad y quedaría matizado por cierto grado de reflexión, dependiendo de los recursos sociales e intelectuales de cada individuo.

Del presente estudio se puede extraer un perfil de persona aprensiva usuaria de los servicios de atención primaria: se trataría de una persona de edad media que, con independencia del sexo, presenta grados altos de ansiedad estado y rasgo. Generalmente, su nivel académico es bajo y está poco informado.

Numerosos autores ven una relación consistente entre la aprensión y las noticias amenazantes en general, especialmente las noticias acerca de la salud. Debido a que es fenómeno emergente, aunque no reciente, se necesitan más trabajos para delimitarlo. Aún hay muchas preguntas sin responder: ¿se dan las noticias de salud de manera saludable?, ¿la aprensión está influida únicamente por los medios de comunicación?, ¿de qué manera afecta a la calidad de vida de las personas más afectadas?, ¿qué colectivos son realmente más vulnerables?, ¿de qué manera afecta todo esto a los patrones de utilización del sistema sanitario?

Agradecimientos

A Beatriz Canales, a la Dra. María José Torres, directora de la SAP Vallès Oriental, y a los directores de los tres centros de salud Dr. Enric Doménech, Dr. Josep Espinasa y Dr. Ramón Velayos, por su inestimable colaboración en el estudio.

Bibliografía

1. Semir V, Revuelta G. Informe Quiral [monografía en Internet]. Barcelona: Observatorio de la Comunicación Científica de la Universitat Pompeu i Fabra, Fundación Privada Vila Casas y Rubes Editorial; 2002 [citado 23 Nov 2004]. Disponible en: http://www.quiral.org/informequiral.htm
2. Cebrià J, Ferrer M, Gutierrez I, Palma C. El miedo es un agente patógeno muy activo. Jano. 2004;LXVI:90-3.
3. Peiró R, Colomer C, Puig J. La opinión de las mujeres sobre su salud: un estudio cualitativo. Aten Primaria. 1999;24:34-48.
4. Gordon-Bates K. Los medios informativos y las cuestiones humanitarias. Revista Internacional de la Cruz Roja. 1997;144:799-805.
5. Hendee WR. Personal and public perception of radiation risk. Radiographics. 1991;11:1109-19.
6. Baxter RK. Algunas actitudes públicas sobre salud y el ambiente. Environmental Perspective. 1990;86:261-9.
7. Ordoñana JR, Gómez J, Galván F. El uso del miedo en los mensajes de salud. Gac Sanit. 2000;14:45-59.
8. Casino G. La salud como noticia. Doyma [on-line]. Disponible en: http://db2.doyma.es/cgi20/wdbcgi.exe/doyma/pescepticemia.plantilla?pident=1157
9. Casino G. Menos es más. Escepticimia [on-line]. Disponible en: http://correo.latinmail.com/cgibin/LeerMsj.exe?msgID=341&order=fecha
10. Catalán JM. Periodismo de miedo. Jano. 2001;60:11.
11. Valtueña JA. Dificultosa comunicación de las cuestiones sanitarias. Jano. 2002;62:10.

12. Cebrià J, Ferrer M, Gutiérrez I, Palma C, Ger S. Escala de Aprensión Social (EAS). VII European Congress on Psychological Assessment y VI Congreso Nacional de Evaluación Psicológica; Málaga, 1-4 abril, 2004.
13. Pilowsky I, Spence N. Manual of the Illness Behavior Questionnaire (IBQ). Australia: Royal Adelaide Hospital; 1983.
14. Spielberg CD, Gorsuch RL, Lushene RE. Cuestionario de ansiedad estado-rasgo (STAI). Madrid: TEA; 1989.
15. Cantor J. Media violence. J Adol Health. 2000;27:30-4.
16. Cantor J. Reacciones de miedo a los medios de comunicación. En: Bryant J, Zillmann D, editores. Efectos de los medios: avances en la teoría y la investigación. New York: Association L. Erlbaum; 2002. p. 287-306.
17. Michelle S. Respuestas a la cobertura de medios del terrorismo. Diario de Estar en Conflicto-Resolución. 2000;44:508-22.
18. Blanco C, Scheb JM. Impacto de los mensajes de los medios sobre Internet: ansiedad de internet como factor en el proceso de adopción en los EE.UU. Noticias Medio y Sociedad. 2000;2:181-94.
19. Rodriguez C, Cebrià J, Corbella S. Rasgos de personalidad y malestar psíquico asociados a los pacientes hiperfrecuentadores de consultas de atención primaria. Medifam. 2003;13:23-30.
20. Barsky A, Ahern D, Bailey E. Hypochondriacal patient's appraisal of health and physical risks. Media Psychology. 2001;25:155-63.
21. Pilowski I. Aspects of abnormal illness behaviour. Psychother Psychosom. 1993a;60:62-74.
22. Pilowski I. Dimensions of illness behaviour as measured by the Illness Behaviour Questionnaire: a replication study. J Psychosom Res. 1993b;37:53-62.
23. Pilowski I. Low back pain and illness behaviour (inappropiate, maladaptative, or abnormal). Spine. 1995;20:1522-4.
24. Pilowski I. From conversion histeria to somatisation to abnormal illness behaviour? J Psichosom Res. 1996;40:345-50.