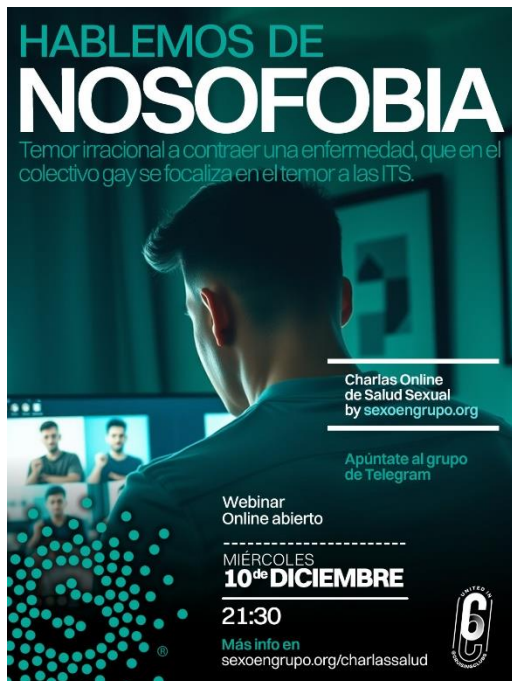


# HABLEMOS DE... NOSOFOBIA

## Resumen de la charla de 10/12/2025



Este documento es un resumen de la charla acerca de NOSOFOBIA de 10 de Diciembre de 2025 dentro del ciclo de [Charlas de Salud Sexual](#) dirigidas a hombres gais promovido y organizado por [SexoEnGrupo.org](#)

Este ciclo de charlas tendrá una periodicidad mensual o bimestral, serán siempre on-line (retransmitidas por Zoom) y se centrarán en temas concretos relativos a salud sexual y orientadas a la comunidad gay.

## Encuesta previa entre los asistentes a la charla.

Estos son los resultados de la encuesta (162 participantes):

¿ Conoces la diferencia entre nosofobia e hipocondría ?

- Sí (40%)
- No (60%)

¿Cuál es tu nivel de preocupación respecto a la posibilidad de adquirir el VIH en un encuentro sexual?

- Ninguno. Uso preservativo o estoy en PrEP (65%)
- Bastante. Límite bastante mis relaciones sexuales con personas de mi confianza (21%)
- Alto. Decidí que mi salud era lo primero y tengo muy pocas relaciones sexuales como querría. (14%)

¿Te preocupa tener relaciones sexuales con personas VIH+ ?

- No, si son indetectables (52%)
- No me preocupa el estado serológico de mis parejas sexuales (17%)
- Prefiero que me lo digan antes (18%)
- Me preocupa. Suelo preguntar por ello (13%)

¿Te preocupa adquirir una ITS bacteriana (gonorrea, clamidia, sífilis) en un encuentro sexual?

- Intento no pensar en ello (24%)

- Mucho. Limito mis prácticas sexuales a las más seguras, con parejas de confianza y con preservativo (30%)
- No me condiciona mi vida sexual. Estoy vacunado, en PrEP, DoxyPEP y cribados periódicos (33%)
- Tanto o tan poco como pillar la gripe (13%)

Cuando te diagnostican una ITS bacteriana (gonorrea, clamidia, sífilis), ¿ cómo reaccionas ? ... (indica tantas opciones como quieras)

- Me agobio y dejo de tener sexo una temporada (27%)
- Me siento responsable por si he contagiado a otros (49%)
- Sigo el tratamiento y no tengo sexo durante los días que dura (82%)
- Lo comunico a mis contactos recientes con vergüenza (16%)
- Lo comunico a mis contactos recientes por responsabilidad (65%)
- No lo comunico a ningún contacto (10%)
- Entiendo que son riesgos controlados (24%)
- Me hace pensar en mi estilo de vida (35%)
- Creo que tengo muy mala suerte (10%)
- Me jode si me fastidia los planes de alguna fiesta que tenía planeada (22%)

¿Cómo afecta el temor a contraer una ITS a tu relación de pareja?

- No es mi caso. No tengo pareja o no me preocupa contraer una ITS (36%)
- Sabemos que puede ocurrir y lo tenemos hablado y asumido (24%)
- Me preocupa transmitirle o que me transmita una ITS adquirida con un tercero (31%)
- Condiciona nuestras prácticas sexuales y/o medidas de protección (9%)

¿Crees que existe suficiente información acerca de las ITS y salud sexual en general?

- No, de forma y alcance general (28%)
- Sólo en ciertos ámbitos/grupos/colectivos más sensibilizado (64%)
- Hay suficiente información en internet (8%)

Considero que tener más información acerca de las ITS...

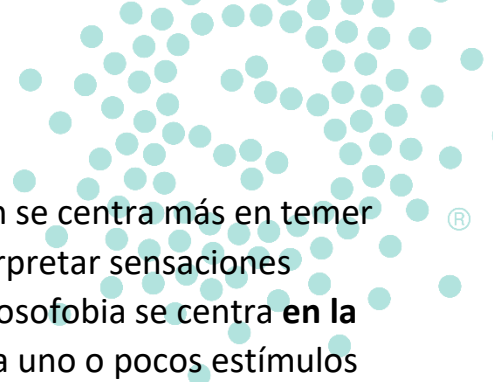
- Me ayuda a establecer medidas de protección/control para vivir mi sexualidad con más tranquilidad (88%)
- Refuerza mi percepción de los riesgos y aumenta mi ansiedad (12%)

## Resumen de la charla

La charla fue conducida por el Dr. Denis Pascon, psicólogo y sexólogo.

## NOSOFOBIA: UNA DEFINICIÓN

- La **nosofobia** es una forma específica de fobia en la que la ansiedad se activa ante la **posibilidad de contraer una enfermedad concreta**, como ocurre en el miedo intenso a adquirir VIH u otras ETS(venereofobia).



- A diferencia de la hipocondría, donde la preocupación se centra más en temer que ya se tiene una o más enfermedades graves o en interpretar sensaciones corporales ambiguas como signos de enfermedad, la nosofobia se centra **en la posibilidad de contagiarse**, y el miedo se circunscribe a uno o pocos estímulos muy específicos.

- Aunque ambas comparten anticipación ansiosa y búsqueda de seguridad, **la nosofobia funciona como una fobia de estímulo definido, con evitación mantenida y aumento progresivo del miedo**, mientras que la hipocondría tiende a ser más generalizada, persistente y centrada en la interpretación del estado interno del cuerpo.

## QUÉ ES EL MIEDO?

Según el modelo de Paul Ekman (1992), el **miedo** es una **emoción primaria** compartida universalmente y orientada a la **supervivencia**. Su función es preparar al organismo para responder de manera rápida ante una amenaza real. Cuando aparece, activa un patrón característico del **sistema nervioso autónomo simpático**: aumento del ritmo cardíaco, respiración más rápida y superficial, tensión muscular, dilatación pupilar y liberación de adrenalina y cortisol. Este conjunto de reacciones — que conocemos como respuesta de lucha, huida o congelación— permite movilizar energía de forma inmediata para evitar o enfrentar un peligro.

## ANSIEDAD Y FOBIAS

- A diferencia del miedo, la **ansiedad** aparece ante **amenazas no inminentes o poco definidas**, una anticipación de peligro más que una reacción a un riesgo presente.

- Diferentes estudios demuestran como se activa cuando la persona **sobreestima la probabilidad o gravedad** de un daño futuro y **subestima sus recursos** para afrontarlo.

- Las **fobias** son una forma muy específica de **ansiedad** en la que la respuesta ansiosa se activa frente a un **estímulo concreto**.

- Este miedo desencadena patrones de **evitación**, que a corto plazo reducen la ansiedad, pero que a largo plazo la **refuerzan**, porque la persona no llega a comprobar que el estímulo es seguro. Al evitarlo sistemáticamente, el miedo se mantiene y se amplifica.

## NOSOFOBIA: PERSPECTIVA HISTÓRICA

- Los casos más graves de nosofobia en la población homosexual masculina se han dado **desde los años '80**, especialmente en torno al **miedo a contraer el VIH**.
- Estudios sobre la representación de la enfermedad, muestran que la prensa y los medios contribuyeron a un discurso alarmista e impersonal que exageró la amenaza y deshumanizó a las personas afectadas, alimentando tanto temores irracionales como la **estigmatización** (tanto interna como externa).
- Los efectos psicológicos, sociales y culturales de la pandemia se prolongaron durante décadas implicando entre otras cosas un arresto de esa revolución sexual que había empezado en los años '70.

**Diario 16**  
Año VIII - Número 2.174 MADRID, MARTES 14 JUNIO 1983 40 Pesetas

Viaja frecuentemente al extranjero y se halla internado en un servicio del Hospital Clínico

# PRIMER HOMOSEXUAL CON «CANCER GAY» EN MADRID

Un homosexual, de nombre y edad por el momento desconocidos, se halla internado en el Hospital Clínico de Madrid, afectado por el SIDA (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida). Es el primer gay español afectado por una enfermedad que ya ha costado la vida de dos hemofílicos sevillanos.

**■ ■ Se teme la aparición de nuevos casos por la facilidad con que se contagia la enfermedad**

«testes» elaborados en el Centro de Control de Enfermedades de Atlanta, el primero que se ocupó del síndrome, están siendo utilizados en el caso, y en tanto no se concluyan las pruebas los médicos no quieren pronunciarse.

Es, es probablemente la razón por la que el Co-

«neutralizado», como ocurre con el «síndrome gay».

El «sarcoma de Kaposi» es uno de los síntomas más característicos del SIDA. En realidad, se trata de un fenómeno precanceroso. Eso explicaría que el paciente internado en el Clínico no lo esté en el departamento de oncología, sino en el de dermatología, extremo éste que el hospital se ha negado a confirmar de forma oficial.

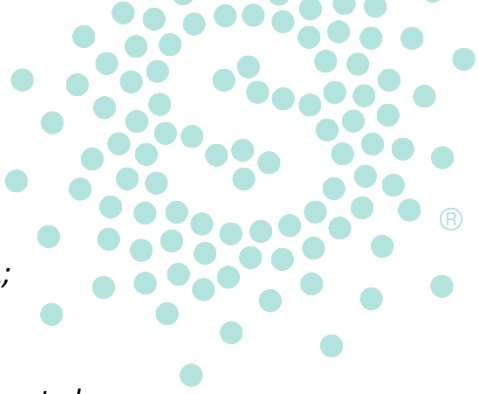
En los circuitos médicos se teme que la noticia de este primer caso de «síndrome gay» provoque alarmas excesivas entre los colectivos de homosexuales y, por esto,

mento si pueden existir más personas contagiadas por el «síndrome», pero se teme también la aparición de nuevos casos, por la facilidad con que se contagia.

La enfermedad ha costado al país la vida de dos hemofílicos que contrajeron la enfermedad mediante transfusiones de plasma. La situación, en palabras recientes de Warren Johnson, uno de los máximos especialistas norteamericanos, es la siguiente: «No hay motivo para la histeria, pero sí debe actuar con responsabilidad, porque la enfermedad es más grave de lo que se imagina».

### Un caso clínico, 2013

- *Hombre, 34 años;*
- *Rasgos obsesivos y perfeccionistas;*

- 
- *Evidente homofobia interiorizada y estigma interno;*
  - *Factores traumáticos: hombre de su ciudad que murió por SIDA;*
  - *Falta de apoyo familiar; con los amigos no habla del problema;*
  - *Anticipación de posibles contagios: el compañero de trabajo se corta la mano con una grapadora;*
  - *Control y evitación: las pocas veces que tiene relaciones sexuales sólo hay masturbación, con fuertes sentimientos de culpa; Relacionales ambivalente con el deseo sexual;*
  - *Fantasía se infectarse y ser hiv-positivo para poder dejar de preocuparse tanto.*

- Desde finales de los años 2010 hasta 2025, la combinación de PrEP y los tratamientos antirretrovirales eficaces ha cambiado profundamente el panorama de la ansiedad por el VIH en hombres gay y otros HSH.

- Numerosos estudios muestran que muchos de quienes usan PrEP experimentan una **reducción significativa de su “ansiedad sexual”** o el miedo persistente a contraer VIH. Por ejemplo, en un estudio longitudinal con más de 1.000 hombres gays y bisexuales, quienes comenzaron PrEP vieron una **disminución significativa en sus niveles de ansiedad sexual** (Jaime Rosenberg, 2019).

- Si por un lado este cambio reduce la ansiedad específica por el VIH, por el otro puede desplazar el foco de preocupación **hacia otras ITS** (clamidia, sífilis y gonorrea).

## **NOSOFOBIA AL VIH Y COHORTES DE EDAD**

En como se presenta la nosofobia, la variabilidad entre cohortes de edad y generaciones es evidente:

- **Un porcentaje significativo de hombres que vivieron la epidemia inicial (décadas de los 80 y 90) mantienen traumas, estigmas interiorizados y nosofobia persistente relacionada al VIH** —su ansiedad no siempre se disuelve automáticamente con PrEP o tratamiento.
- Hombres gays más jóvenes, que acceden a PrEP o conocen la estrategia U = U desde sus inicios, **suelen reportar menos miedo al VIH y una mayor sensación de seguridad**, aunque podrían desarrollar otras nosofobias, como la venereofobia, especialmente cuando falta una buena educación sexual y el acceso a cribados regulares es limitado (Daroya E, Wells A, Gaspar M. (2024)

*Perceptions, experiences and concerns with sexually transmitted infections among current and former PrEP users).*



## NOSOFOBIA: DIAGNÓSTICO

- El **diagnóstico clínico de nosofobia** se da cuando el miedo a contraer una enfermedad sea **intenso, persistente y desproporcionado** respecto al riesgo real, y que provoca un **malestar significativo** en áreas importantes de la vida (trabajo, relaciones, sexualidad, actividades cotidianas).
- La persona suele presentar **conductas de evitación** —como evitar el contacto sexual, espacios públicos, fluidos corporales, o incluso información relacionada con salud— o, por el contrario, **conductas repetitivas de comprobación o búsqueda de seguridad** (consultas médicas excesivas, pruebas constantes, revisiones obsesivas del cuerpo).
- A diferencia de una **preocupación funcional**, en la que el individuo evalúa riesgos reales y toma medidas proporcionadas y coherentes con la evidencia, en la nosofobia la respuesta emocional es **automática, difícil de controlar** y se mantiene incluso ante explicaciones médicas tranquilizadoras, resultados negativos o ausencia de exposición real.

## NOSOFOBIA: CAUSAS Y FACTORES

Desde una perspectiva clínica, la aparición y el mantenimiento de la nosofobia dependen de la combinación de **factores internos** —propios de la historia y características del individuo— y **factores externos** —relativos al contexto social y cultural.

En el plano **interno**, influyen:

- **Experiencias previas de trauma**, como la pérdida de amigos o parejas durante la crisis inicial del VIH;
- **Episodios de abuso**, que dejan una huella duradera en la percepción del riesgo;
- Procesos psicológicos como la **homofobia interiorizada**;
- **Rasgos obsesivos** de personalidad, caracterizados por **patrones** de control compulsivo;
- **La evitación parcial o total de relaciones sexuales.**



En el plano externo, los factores de causa y mantenimiento de problema son:

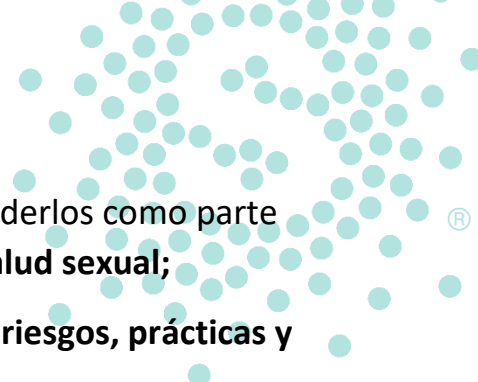
- La **estigmatización de la sexualidad gay**;
- La **penalización moral** de determinadas prácticas;
- la **falta de información clara** sobre riesgos y prevención;
- La **culpabilización explícita o implícita** por parte de profesionales sanitarios;
- La **presión normativa** de algunos entornos comunitarios, donde predominan discursos de miedo y vigilancia;
- La falta de acceso a cribados y visitas periódicas.

## DOXYPEP Y NOSOFOBIA

- La introducción de la **doxyPEP** (doxiciclina tomada tras una relación de riesgo, habitualmente 200 mg dentro de las 72 h) ha mostrado reducir de forma notable la incidencia de algunas ITS bacterianas en estudios recientes, y estos efectos tienen consecuencias psicosociales relevantes.
- Al disminuir el riesgo objetivo de infección, muchas personas informan **menor preocupación y ansiedad sexual** y una sensación de mayor seguridad o “empoderamiento sexual”, lo que plausiblemente contribuye a reducir formas de nosofobia centradas en esas infecciones.
- Por el momento no hay muchos estudios sobre nosofobia en la población gay que integra en su estrategia personal de salud sexual la doxy pep, aunque las primeras investigaciones (*Ehsan R, D'Angelo AB, Westmoreland DA, Grov C. Perceptions about doxycycline post-exposure prophylaxis among gay and bisexual men in the United States*) demuestran que **es importante no solo su uso, sino también cómo los profesionales sanitarios presentan esta estrategia.**

## NOSOFOBIA: FACTORES DE PREVENCIÓN

- **Una Educación sexual integral**, que incluya información clara sobre VIH e ITS sin moralización;
- **Sanitarios que adopten una comunicación no culpabilizante**, basada en el soporte y la evidencia;

- 
- **La familiarización con los cribados periódicos**, entenderlos como parte natural del autocuidado y **de la propia estrategia de salud sexual**;
  - **Hablar abiertamente con las parejas sexuales sobre riesgos, prácticas y acuerdos**;
  - **Usar herramientas preventivas** (PrEP, doxy-PEP) de forma informada
  - En caso de **rasgos obsesivos, hipervigilancia corporal o antecedentes de trauma**, la inversión en **salud psicológica** —terapia cognitivo-conductual, regulación emocional, trabajo de homofobia interiorizada— es fundamental.