

HIPOCONDRIA: LA ANSIEDAD POR LA SALUD

*Amparo Belloch Fuster
José López Santiago
Sandra Arnáez Sampedro*

Guías profesionales



Contenidos digitales
www.sintesis.com


EDITORIAL
SÍNTESIS

HIPOCONDRIA: LA ANSIEDAD POR LA SALUD

Consulte nuestra página web: www.sintesis.com
En ella encontrará el catálogo completo y comentado



Queda prohibida, salvo excepción prevista en la ley, cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública y transformación de esta obra sin contar con autorización de los titulares de la propiedad intelectual. La infracción de los derechos mencionados puede ser constitutiva de delito contra la propiedad intelectual (arts. 270 y sigs. Código Penal). El Centro Español de Derechos Reprográficos (www.cedro.org) vela por el respeto de los citados derechos.

HIPOCONDRIA: LA ANSIEDAD POR LA SALUD

Amparo Belloch Fuster
José López Santiago
Sandra Arnáez Sampedro



EDITORIAL
SÍNTESIS

© Amparo Belloch Fuster
José López Santiago
Sandra Arnáez Sampedro

© EDITORIAL SÍNTESIS, S. A.
Vallehermoso, 34. 28015 Madrid
Teléfono: 91 593 20 98
www.sintesis.com

ISBN: 978-84-917193-9-7

Reservados todos los derechos. Está prohibido, bajo las sanciones penales y el resarcimiento civil previstos en las leyes, reproducir, registrar o transmitir esta publicación, íntegra o parcialmente, por cualquier sistema de recuperación y por cualquier medio, sea mecánico, electrónico, magnético, electroóptico, por fotocopia o cualquier otro, sin la autorización previa por escrito de Editorial Síntesis, S. A.

Índice

Prólogo

1. *Hipocondría: en qué consiste*

- 1.1. Un poco de historia
- 1.2. Caracterización clínica de la hipocondría
- 1.3. La hipocondría en los sistemas de diagnóstico psiquiátrico
 - 1.3.1. La hipocondría en el DSM*
 - 1.3.2. La Clasificación Internacional de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud*
- 1.4. ¿Hipocondría o ansiedad por la salud?
- 1.5. ¿Creencia en la enfermedad o convicción de enfermedad?
- 1.6. Epidemiología
- 1.7. Curso y pronóstico
- 1.8. Comorbilidad
- 1.9. Diagnóstico diferencial
 - 1.9.1. Enfermedades médicas*
 - 1.9.2. Trastornos del espectro de la esquizofrenia o psicóticos*
 - 1.9.3. Depresión*
 - 1.9.4. Trastorno de pánico*
 - 1.9.5. Trastorno obsesivo-compulsivo*
 - 1.9.6. Trastorno de ansiedad generalizada*
 - 1.9.7. Fobia a la enfermedad*
 - 1.9.8. Trastorno de síntomas somáticos*
 - 1.9.9. Trastornos de personalidad*

2. Pautas para la evaluación y el diagnóstico

- 2.1. Evaluación de la hipocondría en el contexto clínico
 - 2.1.1. *Examen del estado mental*
 - 2.1.2. *Diagnóstico diferencial: guía general*
 - 2.1.3. *Pautas para la formulación clínica del problema*
- 2.2. La relación con el paciente
 - 2.2.1. *Los pacientes sienten que no han recibido una explicación satisfactoria sobre sus síntomas*
 - 2.2.2. *Los pacientes sienten que no han tenido la oportunidad de explicar sus problemas de manera adecuada*
 - 2.2.3. *Insatisfacción con la actitud de los profesionales médicos*
 - 2.2.4. *Insatisfacción por las diferencias entre la programación de evaluación y tratamiento que maneja el terapeuta y lo que espera el paciente*
- 2.3. Instrumentos para la evaluación y diagnóstico de la hipocondría
 - 2.3.1. *Entrevistas diagnósticas estructuradas*
 - 2.3.2. *Entrevistas semiestructuradas*
 - 2.3.3. *Instrumentos de autoinforme*

3. Causas de la hipocondría

- 3.1. Planteamientos psicodinámicos
 - 3.1.1. *La hipocondría como expresión de pulsiones biológicas*
 - 3.1.2. *La hipocondría como mecanismo de defensa del yo*
- 3.2. Planteamientos psicosociales
 - 3.2.1. *Rol de enfermo y conducta anormal de enfermedad*
 - 3.2.2. *Hipocondría como un modo de comunicación interpersonal*
- 3.3. Planteamientos cognitivos
 - 3.3.1. *Alteraciones en los procesos de atención y percepción de síntomas y signos corporales*
 - 3.3.2. *Alteraciones en los procesos cognitivos responsables de la elaboración de la información: memoria y pensamiento*
 - 3.3.3. *Alteraciones en el comportamiento: conductas de seguridad y evitación*
 - 3.3.4. *Alteraciones en los procesos emocionales y en la expresión de emociones*
 - 3.3.5. *Personalidad*
 - 3.3.6. *Modelos explicativos generales*

4. Tratamiento cognitivo-conductual: principios generales

- 4.1. Estado actual del tratamiento de la ansiedad por la salud
- 4.2. La relación terapéutica con el paciente hipocondríaco
 - 4.2.1. *Validar la fenomenología de los síntomas*
- 4.3. El formato del tratamiento
- 4.4. El procedimiento terapéutico: líneas generales
 - 4.4.1. *Metas del tratamiento*
 - 4.4.2. *Objetivos y contenidos específicos del tratamiento*
 - 4.4.3. *Monitorizar e identificar los episodios de ansiedad por la enfermedad: importancia de los registros*

5. Tratamiento cognitivo-conductual: procedimientos y técnicas

- 5.1. Módulo 1: psicoeducación
 - 5.1.1. *El modelo cognitivo de la ansiedad por la salud*
 - 5.1.2. *La naturaleza de la ansiedad*
 - 5.1.3. *Normalización de los síntomas físicos y las sensaciones corporales*
- 5.2. Módulo 2: modificación de creencias disfuncionales y eliminación de conductas de seguridad
 - 5.2.1. *Reestructuración cognitiva*
 - 5.2.2. *Experimentos conductuales*
 - 5.2.3. *Eliminación de las conductas de seguridad y de reaseguro*
- 5.3. Módulo 3: exposición con prevención de respuesta
 - 5.3.1. *Exposición a situaciones temidas y evitadas*
 - 5.3.2. *Exposición a los pensamientos e imágenes intrusivos y a las preocupaciones y rumiaciones relacionadas con la enfermedad*
- 5.4. Módulo 4: prevención de recaídas
- 5.5. Otras intervenciones y técnicas de utilidad
 - 5.5.1. *Exposición interoceptiva*
 - 5.5.2. *Técnicas para el control de la atención y distractoras*
 - 5.5.3. *Conciencia plena*
- 5.6. Intervención con familiares o personas significativas
- 5.7. Orientaciones para el médico de atención primaria
- 5.8. Cuándo debe ir al médico un paciente con hipocondría

Bibliografía seleccionada



Contenidos digitales

- Anexo I. Instrumentos para la
evaluación y el
diagnóstico
- Anexo II. Materiales para
psicoeducación
- Anexo III. Pautas de actuación
para familiares
- Anexo IV. Preguntas para la
autoevaluación
- Anexo V. Bibliografía completa

Prólogo

La literatura científica sobre hipocondría no es abundante, especialmente en lengua castellana. La aparición de este nuevo libro debe celebrarse, no tanto porque ayude a engrosar el número de obras dedicadas a ese tema, sino por su calidad. Se trata de un texto que atiende, en lo formal, a los requisitos esperables para una publicación de este tenor. Se inicia con una sintética introducción histórica para dar lugar, con presteza, a un elaborado y sutil análisis en torno a la conceptualización del tema. Los autores nos conducen, de manera brillante, a recorrer el laberinto de los fenómenos en los que se pierden las cuestiones diagnósticas y clasificatorias que hacen a esta condición clínica. Una entidad psicopatológica que tiene una larga data en los registros médicos, así como múltiples controversias levantadas en los foros de la salud respecto de cuáles son sus alcances nosológicos y nosográficos. Controversias que siguen vigentes en la actualidad y que se expresan polémicamente en las distintas adscripciones de los sistemas de diagnóstico vigente.

En ese punto puede encontrarse una primera nota distintiva del texto, cuando se introduce una incisiva consideración sobre el estatus diagnóstico, rebelándose frente al DSM-5 para sostener que la hipocondría merece ser considerada como un trastorno de ansiedad por la enfermedad y no un trastorno de síntomas somáticos. En el inquietante recorrido que los autores hacen en el terreno de la clasificación diagnóstica, no ocultan su preferencia por considerarla una expresión de la ansiedad por la salud. Con razones que ameritan su consideración como parte del capítulo de los trastornos de ansiedad. Aquí vuelve a percibirse en la obra una postura comprometida con los conceptos que se exponen y con la línea de intervención que se propone, lo cual, cuando va acompañado de un texto abierto y documentado como en este caso, es un mérito significativo.

Sin embargo, el libro no es una proclama crítica ni pretende llevarnos hacia los límites del debate. Se mantiene dentro del *mainstream* de la producción de conocimientos en la materia que puede ser de utilidad para los usuarios en el campo

profesional y académico. Eso se observa en la secuencia que sigue al capítulo inicial: pautas para la evaluación y el diagnóstico, cuestiones sobre etiopatogenia para desembocar en pautas para la intervención terapéutica.

El [capítulo 2](#), sobre evaluación y diagnóstico, no solamente abarca de manera adecuada los diferentes aspectos que componen esta área de estudio: las evaluaciones basadas en el juicio clínico primero y, luego, los diferentes grupos de instrumentos que pueden emplearse. Una nota que le brinda autoridad a la obra, que se proyecta como algo de mucho valor para el texto en general, es el hecho de que, entre los materiales expuestos figuran diversas creaciones de los propios autores. Esto confiere una elevada validez instrumental a lo que se presenta, especialmente en la medida en que los autores han sido creadores de algunos de los instrumentos expuestos. Algo para destacar en este punto es la presentación del INPIE (Inventario de Pensamientos Intrusos sobre la Enfermedad) desarrollado por el grupo de investigación que dirige la Dra. Belloch. Vale la pena señalar que dicho instrumento es una rama de un proyecto mucho más vasto y que alcanzó proyección internacional, enfocado al estudio de los trastornos obsesivos compulsivos.

Es oportuno señalar un hecho conectado con lo anterior que le confiere aún más una mayor credibilidad al libro. Desde el inicio de la obra y a lo largo de toda su extensión, se mantuvo el contacto con Manuel, Luisa, Laura, Pedro, Olga y otras personas que han concurrido en la búsqueda de ayuda clínica y con quienes los autores han puesto tiempo y dedicación para ayudarlas a mejorar su condición disfuncional y su calidad de vida. Es patente la energía que ellos le han puesto a esa importante labor, tarea de la cual hemos sido testigos en el marco de las actividades de la Universidad de Valencia y por haber visitado oportunamente el Hospital de Albacete. Esos nombres ficticiales son elocuentes, pues dan prueba de que lo que el texto transmite no es una mera elaboración teórica, sino una prueba de articulación entre la teoría y la clínica, articulación fundamental a la hora de sentar las bases de una práctica basada en la evidencia.

Las viñetas son muy vívidas y ayudan en gran medida a comprender cómo es el contexto de la experiencia hipocondríaca tal como transcurre en la vida real. Los ejemplos ilustran cabalmente la intensidad del sufrimiento que tienen estas personas, víctimas con frecuencia en la vida cotidiana de gestos de invalidación de parte de su entorno y que también suelen generar reacciones de risa en los demás. El libro no solo ayuda a captar en profundidad su padecimiento, sino también la diversidad fenomenológica que los caracteriza. Algo que se vincula, estrechamente, con la gran variedad de situaciones clínicas con que se conecta y que requieren de los clínicos una elevada experticia en el diagnóstico diferencial, algo muy bien abordado en el libro.

El [capítulo 3](#) aborda el tema de las causas. Allí se hace patente, como suele ocurrir en este campo, que no existe una única teoría explicativa. Los autores nos acercan los principios de un modelo explicativo basado en los modelos psicodinámico y psicosocial, antes de zambullirse de pleno en el modelo explicativo de orientación cognitiva. Allí el texto se extiende en detalle en las distintas funciones y niveles en que se desdobra ese modelo. Esta mayor concentración explicativa tiene sobradas razones, pues el enfoque

cognitivo y sus derivados ha sido el que más aportó en los últimos años a la comprensión del tema, facilitando la elaboración de estrategias de intervención eficientes.

Sobre esto último es sobre lo que se enfocan, precisamente, los dos últimos capítulos: las intervenciones terapéuticas. En el primero de ellos se presenta cuáles son los principios genéricos de las intervenciones que es necesario tener en cuenta para el abordaje del paciente hipocondríaco: cuestiones vinculadas al establecimiento de la relación terapéutica, formatos empleados (individual y grupal) y líneas generales de procedimiento. El capítulo concluye con una presentación sumaria de los aspectos que integran el programa específico que proponen luego los autores, compuesto por un total de 14 sesiones.

En el capítulo con el que culmina el texto, se exponen los contenidos y lineamiento para la aplicación de un programa de tratamiento que recorre los módulos habituales: psicoeducación, desafío de creencias, exposición y prevención de recaídas. El programa se expone presentando una riquísima cantidad y variedad de sugerencias e instrucciones para cada uno de los tramos del programa. En el cierre, se ilustran técnicas y procedimientos de intervención adicionales donde se recogen algunas de las innovaciones que se han desarrollado en los últimos años.

Estos últimos capítulos y, particularmente el último, constituyen el mayor aporte para esta materia. La exposición del programa no se reduce a un manual rígido y cerrado, sino que ofrece una guía de principios útiles para orientar la terapia sin impedir que el terapeuta realice los ajustes necesarios para la personalización del tratamiento. En este punto, vuelve a encontrarse algo que todo el libro transpira: esta obra ha sido llevado a cabo por personas que conceptualizan en profundidad en el tema que estudian, pero que, al mismo tiempo, informan de esa conceptualización con una experiencia clínica riquísima. Esto último queda evidenciado de manera prístina en la parte final del libro con la enorme cantidad de ilustraciones clínicas y ejercicios que acompañan la presentación.

Héctor Fernández-Álvarez
Fundación AIGLÉ.
Buenos Aires, Argentina

Hipocondría: en qué consiste

1.1. Un poco de historia

Decir que la hipocondría, como trastorno mental y constructo diagnóstico, es un rompecabezas, se ha convertido en poco menos que un tópico entre los especialistas. Pero lo cierto es que, a pesar de su más que dilatada historia, sigue siendo un rompecabezas o, en palabras de G. Lloyd (2005), una pesadilla nosológica. Su resiliencia como constructo psicopatológico, descrito desde la medicina hipocrática, es más que notable (Starcevic y Noyes, 2014), a pesar de los muchos intentos por desacreditarlo. Esos intentos corren parejos, en muchos casos, con el descrédito que sufren quienes la padecen. El señor Argán, ese *enfermo imaginario* que describió Molière en el siglo XVII con su incansable y cómica búsqueda de remedios para sus malestares y sus miedos, es quizá el reflejo del estigma que ya entonces recaía sobre las personas con hipocondría y que, aun ahora, sigue existiendo, pues resulta incomprensible para muchos que alguien haga del temor a la enfermedad y a la muerte el núcleo mismo de su existencia.

Como se pondrá de manifiesto a lo largo de las páginas que siguen, el concepto de *hipocondría* ha evolucionado considerablemente a lo largo del tiempo, siguiendo, como no podía ser de otro modo, la estela marcada tanto por los condicionantes culturales como por los avances que se han venido produciendo en el conocimiento de este trastorno mental. Etimológicamente, la palabra *hipocondría* procede del término griego *hypochondrion*, acuñado por Hipócrates unos cuatrocientos años a. C. a partir de los vocablos *hypó* (debajo) y *chondrion* (cartílago). En varios de los preceptos de los *Aforismos*, el tratado más conocido del *Corpus Hippocraticum*, se menciona este término para denotar un concepto anatómico, pero no una entidad clínica. Fue Diocles, en torno al año 350 a. C., quien lo utilizó para identificar un trastorno de los “órganos digestivos”. Cinco siglos más tarde, Galeno, en su *De Sanitate Tuenda*, siguió atribuyendo al término *hipocondrio* el mismo significado, relacionándolo con diversos trastornos abdominales. Por su parte, la histeria ha recorrido una historia paralela a la de la hipocondría, pues se utilizó inicialmente para denotar una enfermedad causada por disfunciones del útero (*hystera*, en griego) y, en consecuencia, únicamente posible en mujeres. Así pues, ambas

entidades, hipocondría e histeria, hacían referencia en realidad a enfermedades físicas con una localización anatómica precisa. A partir del hecho de que la histeria solo era posible en mujeres, se hizo popular la idea errónea de que griegos y romanos atribuían solo a los hombres la posibilidad de padecer hipocondría. Esta conclusión se vio reforzada por la opinión de clínicos influyentes como Somollius y Sydenham, que, en el siglo XVII, establecieron paralelismos clínicos entre ambas entidades, hasta tal punto que afirmaron que la única diferencia entre ellas residía en el sexo de quienes podían padecerlas.

En todo caso, la doctrina hipocrático-galénica de los humores y sus posteriores desarrollos sobre la *simpatía*, o interdependencia mutua entre diversos sistemas y funciones, siguió considerando que la hipocondría se ubicaba en el hígado o en el bazo y la histeria en el útero, pero se asignó al sistema nervioso el papel de mediador de la *simpatía* (Hare, 1991). Durante los siglos XVII y XVIII, continuó la búsqueda de las causas físicas de estos trastornos, sin que se produjesen grandes avances en su conocimiento. Los repetidos intentos fallidos por demostrar la génesis somática de los trastornos mentales motivaron la idea de que podían tener un origen psicológico e incluso social o ambiental. Un ejemplo de ello se encuentra en el texto de Cheyne de 1733, *The English Malady*, en el que atribuía al estilo de vida inglés y al entorno las causas de la hipocondría.

Ya en el siglo XIX, el tratado *De l'Hypochondrie et du Suicide*, de Falret (1822), supuso un paso decisivo en esa misma dirección, al sostener que las causas de la hipocondría eran de índole “moral e intelectual” (Baur, 1988). No obstante, pese a estas tentativas, durante la primera parte del siglo XIX, coexistieron los conceptos de *hypocondria cum materia* e *hypocondria sine materia*, representando el primero aquellos casos en los que la sintomatología se derivaba de los órganos corporales en los que existía patología y denotando el segundo aquellas situaciones en las que no era posible detectar esta anomalía y, por tanto, se presumía que los factores psicológicos eran los responsables de los síntomas (Nemiah, 1982).

A finales del siglo XIX y principios del XX, las aportaciones de diversos autores, muy en especial las de J. M. Charcot, contribuyeron decisivamente a que la hipocondría se escindiera conceptualmente de la histeria, con la que hasta entonces estaba unida: ello dio pie a considerar la histeria como un trastorno mental *auténtico*, mientras que la hipocondría se empezó a considerar como una condición situada a mitad de camino entre la enfermedad mental y la física, dada la presencia de síntomas y quejas físicas. Con Charcot, la histeria quedó caracterizada como un trastorno que cursa con importantes alteraciones de la conciencia y de las funciones motoras y sensoriales, reservándose el término *hipocondría* para las quejas subjetivas vagas y poco claras relativas a molestias corporales (Nemiah, 1982).

Janet (1910) incluyó dentro de la diversidad de fenómenos que abarcaba la *neurosis psicasténica* a las obsesiones hipocondríacas. Freud (1914) amplió la distinción entre los conceptos de *histeria* e *hipocondría* planteando que, en esta última, se produce una retirada de la libido de los objetos externos y una concentración sobre los órganos centro

de preocupación. Además, señaló que, en este trastorno, realmente se producían alteraciones orgánicas y lo catalogó, junto con la neurastenia y la neurosis de angustia, como *neurosis verdadera*. Esta conceptualización de la hipocondría dio paso a un periodo de su historia en el que, al encontrarse en tierra de nadie, fue objeto de desatención tanto por parte de los fisiólogos como de los psicoanalistas.

El trastorno volvió a recobrar cierto interés a partir del trabajo de Gillespie (1928, citado en Baker y Merskey, 1982), quien propuso una definición clínica de la hipocondría caracterizándola como:

[...] una preocupación mental por un trastorno físico o mental, real o supuesto; una discrepancia entre el grado de preocupación y las razones para ello, de modo que el primero es mucho mayor de lo que está justificado; y un estado afectivo caracterizado por una involucración con la convicción, y la consiguiente preocupación, y la indiferencia hacia la opinión del entorno, incluida la ausencia de respuesta a la persuasión (citado en Barsky, Wyshak y Klerman, 1986: 494).

No obstante, como señalaba Nemiah (1982), a pesar de las contribuciones de autores como Gillespie, el uso del término durante los años veinte y treinta del pasado siglo estuvo muy restringido, considerándose en la mayor parte de las ocasiones que el trastorno era secundario a otras condiciones clínicas.

Las cinco décadas siguientes seguirían estando marcadas por un *olvido* casi completo de la hipocondría, del que las escasas publicaciones constituyen prueba evidente. Tal vez, la hegemonía de la psicología conductual en su expresión más extrema sea, en parte, responsable de ello. Como apuntaron Warwick y Salkovskis (1990), quizá la falta de atención hacia la hipocondría por parte de la terapia de conducta tradicional o clásica se ha debido a la influencia de perspectivas psiquiátricas tradicionales (como la psicoanalítica) que la consideraban secundaria a otras alteraciones, a la par que a la dificultad de explicar la hipocondría en términos estrictamente comportamentales o de aprendizaje. Otra de las causas para el relativo olvido de la hipocondría en las investigaciones, tanto psicológicas como psiquiátricas, se debe, como apuntaban Witthöft y Hiller (2010) en su revisión, a la categorización del trastorno dentro del grupo de los somatoformes, cuya característica definitoria es la presencia de síntomas físicos que carecen de explicación médica. En palabras de estos autores, esos síntomas “son científicamente desconcertantes, terapéuticamente demandantes, y tienen un elevado coste social” (p. 258) y todo ello a pesar de que son los trastornos mentales más frecuentes en la atención primaria (Hanel *et al.*, 2009; Toft *et al.*, 2005). Un tercer conjunto de causas, no menos importantes, guarda relación con la indefinición que ocupan estos trastornos en el contexto sanitario, a medio camino entre lo psicológico y lo médico, y la consideración peyorativa que tiene el calificativo de *somatoforme* para muchos pacientes y para no pocos investigadores y clínicos.

Sin embargo, las aportaciones de los modelos cognitivos de la psicopatología que empezaron a reemplazar a los conductuales en la década de los noventa del pasado siglo, generaron un resurgir del interés por el estudio de la hipocondría, que se reconceptualiza como ansiedad por la salud y, por lo tanto, como un trastorno que se ajusta mejor a la

psicopatología ansiosa (Warwick y Salkovskis, 1990), como se comentará en el [capítulo 3](#). Este cambio de enfoque ha dado lugar a un aumento muy importante de las investigaciones y su repercusión positiva en la atención clínica especializada de quienes padecen este trastorno mediante el desarrollo de programas de tratamiento, reconocidos como los más válidos y eficaces por la comunidad científica (revisión Cochrane de Thomson y Page, 2007).

El [capítulo 2](#) (y la práctica totalidad de este libro) se dedica especialmente a ese nuevo enfoque y, por lo tanto, no se abundará en ello aquí. Además, ha influido de manera determinante en la revisión y el cambio de los criterios de diagnóstico psiquiátrico tanto de la OMS como de la Asociación Americana de Psiquiatría (APA).

A continuación, se expondrán las características clínicas del trastorno, su estatus nosológico en los sistemas de diagnóstico psiquiátrico y otros aspectos relativos a la epidemiología, curso y diagnóstico diferencial.

1.2. Caracterización clínica de la hipocondría

Manuel (nombre ficticio, como todos los que hacen referencia a pacientes en el texto) de 30 años, soltero, psicopedagogo, acude a nuestra consulta con una petición muy concreta: necesita someterse a un reconocimiento médico para formalizar un contrato laboral como director de sección en una empresa importante. Se trata de un trabajo para el que ha estado preparándose durante mucho tiempo y que desea fervientemente. A pesar de ello, ha estado aplazando ese requisito médico con excusas diversas “porque tengo pánico a que me encuentren algo”. Estos son algunos fragmentos de su relato:

Manuel:

[...] Desde que me recuerdo a mí mismo, siempre me ha dado pánico ir al médico. Solo la idea de pensarlo me paraliza, me deja inutilizado. Nunca he tenido enfermedades, que yo sepa, más allá de las normales en cualquier persona. Recuerdo que, cuando me resfriaba de pequeño y mi madre no me dejaba ir al colegio, me pasaba todo el día llorando, pensando que, si no me dejaban ir, era porque estaba muy enfermo y que podía hasta morirme. Que ya nunca más iba a volver a ver a mis amigos y que perdería el curso. Cosas así. Ideas locas que se me metían en la cabeza y me angustiaban y amargaban más que la fiebre, o lo que tuviera. Así hasta que mi madre se enfadaba y, en cuanto ya estaba medio bien, me enviaba de nuevo al colegio. En la adolescencia, encontré una válvula de escape en el deporte. Pensaba que, si ejercitaba bien mi cuerpo, ahuyentaría las enfermedades. Me gustaba mucho correr y era bastante bueno, pero un día en el que, por cierto, gané una carrera, me costó más de lo normal recuperarme, me seguía sintiendo el corazón mucho rato, me costaba recuperar la respiración normal, o eso me parecía, y desde entonces ya no volví a correr más. No sé, siempre me he preocupado por las enfermedades, enseguida me viene la imagen de que me muero, de que me estoy muriendo. No puedo soportarlo y entonces me pongo a prueba: por ejemplo, estoy tres o cuatro días sin comer casi y durmiendo menos de 4 horas y compruebo que no me he muerto y entonces se me pasa, otras veces me pongo a saltar en casa hasta que noto latir el corazón y me falta la respiración y, lo mismo, compruebo que no, que no me he muerto. Ya sé que puede parecer una locura, pero en esos momentos no tengo otra salida. Otras veces, si creo que me he levantado con mala cara o he dormido

mal, miro fijamente a las personas con las que me cruzo y que conozco para ver si me preguntan si me pasa algo. Si no me dicen nada, es que estoy bien. Todo esto me produce una sensación de locura, de que no estoy bien de la cabeza, y me enfado conmigo mismo, pero no puedo controlarlo. Hasta el día de hoy no me ha afectado en el trabajo ni antes en los estudios, pero, si soy sincero, me afecta bastante en mi vida social. Pongo excusas para no ir con los amigos si pienso que me puede pasar algo; a veces evito las relaciones sexuales por miedo a que me dé un ataque, sobre todo desde que oí en la tele que le había pasado a un hombre, y claro, me enfado conmigo mismo, me agobio. No me gusta ser así.

Otra paciente, Luisa, de 40 años, médico de profesión, se presenta así:

Yo sé que soy una hipocondríaca de libro. Toda mi vida lo he sido. Creo que estudié medicina para estar al tanto de cualquier enfermedad, para contar con ayuda de colegas si me ponía enferma o si se ponía enfermo alguien de mi familia. No tengo arreglo, lo sé, pero vengo para ver si me podéis decir algo o enseñar algo que me ayude a superar lo que me está pasando ahora. Porque, hasta hoy he convivido –yo diría que bastante bien– con esto, pero ahora la cosa se me ha complicado con mi hija. Tiene 12 años y, hasta ahora, la controlaba yo, pero ha llegado un punto en que se niega a todo. En cuanto me acerco, por ejemplo, para ver si tiene fiebre porque tose o lo que sea, se arma la bronca, interviene mi marido, en fin, un desastre. Yo me medico desde hace años, pero solo para dormir, para poder seguir con mi vida, pero ahora, con todo esto, no consigo descansar. Me da vergüenza decirlo, pero no me tomo la medicación para mantenerme despierta, ni para levantarme cuando la niña duerme para poder ir a tocarla, ver cómo está, si tiene o no fiebre. Mi marido a veces se da cuenta y entonces se arma el lío. Os extrañará que sea médico, ¿no? Soy un poco como el famoso señor Argán. Antes, hace unos años, me hacía analíticas cada dos por tres, pedía a los colegas que me hicieran revisiones de esto o aquello en cuanto me notaba cualquier cosita. Ahora intento no hacer nada de eso porque lo paso peor. Me tranquilizaba saber que no tenía nada cuando veo los resultados, pero me di cuenta de que esa tranquilidad me duraba poco, así que decidí no hacerme nada, porque mis colegas también me preguntan. Pero, bueno, me observo. Cada día me tomo la tensión, la temperatura, la saturación, etc. Siempre observo las heces y el color de la orina cada día, y en ocasiones, varias veces al día. Podía haber hecho cualquier especialidad porque saqué un buen número en el MIR, pero escogí una en la que el contacto físico con enfermos fuera mínimo. No por el miedo al contagio, sino para que no se me murieran en los brazos. Creo que ese es el problema principal que tengo, no soporto la idea de... bueno, siempre está ahí, agazapada, la idea quiero decir, como esperando que me despiste un poco para atacarme. (En este primer contacto, Luisa era incapaz de pronunciar la palabra muerte). De pronto se me mete en la cabeza, se me pone enfrente, como si fuera una ficha que de pronto se cae de algún sitio, y entonces se me nubla todo.

Laura, de 20 años, estudiante universitaria, acude a consulta porque se encuentra muy preocupada por la posibilidad de padecer un cáncer. Esta preocupación le impide realizar las actividades cotidianas con normalidad (estudiar, trabajar, salir con sus amigos, etc.). Cuando era pequeña, presenció episodios de violencia perpetrados por el padre hacia la madre. El padre abandonó el domicilio familiar y la paciente vivió junto a su madre hasta hace unos meses. Durante la mayor parte del tiempo de convivencia compartieron la misma habitación y, en no pocas ocasiones, el mismo lecho siempre que Laura se encontraba mal (un leve resfriado, dolor de muelas, dolor menstrual, etc.).

En el momento en el que se presenta en consulta, su madre se había ido a vivir con su pareja actual y ella pasó a vivir sola en su domicilio habitual. Desde entonces:

[...] mis miedos han ido en aumento. No puedo dejar de pensar que tengo cáncer, especialmente en la cabeza y en el pulmón. Llamo a mi madre cada vez que lo pienso. Me acompaña a hacerme pruebas, no me encuentran nada...

Estos casos representan, a pesar de las diferencias entre ellos, los elementos esenciales mediante los que suele presentarse la hipocondría en la clínica y que, resumidamente, son los siguientes:

- Miedo a la enfermedad y a la muerte que no se corresponden con la situación actual real del estado de salud.
- Afectación emocional: estado de ánimo alterado, hipervigilancia y ansiedad por la salud.
- Estado persistente de preocupación y rumiación mental por la posibilidad de estar enfermo, o de enfermar.
- Comportamientos de comprobación y reaseguro o, por el contrario, de evitación.
- Interpretación distorsionada (catastrofista) de síntomas y signos corporales menores o poco relevantes.
- Dificultades para tolerar la incertidumbre respecto al estado de salud (propio o ajeno).
- Evolución o duración prolongada en el tiempo.
- Interferencia del problema en la vida cotidiana (relaciones personales, desarrollo personal o profesional u ocio, etc.).
- Conciencia del problema.

Hay que decir, no obstante, que no siempre están presentes estas características en todos los pacientes, ni se presentan con la misma intensidad a lo largo de la evolución del trastorno. Además, aunque en estos casos que se han resumido no había antecedentes personales evidentes de experiencias traumáticas relacionadas con la enfermedad o la muerte, en algunos casos, sí puede haberlos. Por ejemplo, Pedro, un paciente de 35 años, periodista gráfico, desarrolló un trastorno hipocondríaco grave a partir de una experiencia vital muy concreta relacionada con su profesión: mientras estaba grabando imágenes para un reportaje taurino, el torero sufrió una cogida grave que, naturalmente, captó con su cámara. A partir de ese momento, desarrolló todos los síntomas característicos de una hipocondría, si bien, como se aprecia en el extracto de su relato, se describe como una persona con elevada ansiedad por la salud:

[...] Hasta septiembre estaba normal. Bueno, soy algo hipocondríaco, siempre he tenido bastante miedo a las enfermedades, pero desde que vi ese accidente, me empecé a poner malo y sentí como si la vida se me hubiera evaporado. Me dio por pensar que me había entrado algo muy grave, como si algo me hubiera reventado en el cerebro. Ahora no estoy enfermo, pero no dejo de pensar que puedo enfermar. Tengo mucho miedo a morirme. Me doy cuenta que estoy haciendo cosas que antes no hacía, por ejemplo tomarme el pulso, leer con más detenimiento los prospectos de los medicamentos y, en general, me encuentro más atento a lo que siento en mi cuerpo. Pero lo más pesado es que tengo una fuerte sensación de estancamiento e incapacidad para funcionar en mi vida cotidiana. En definitiva, lo

que más temo es enfermar de mi cabeza.

Otra paciente desarrolló los síntomas después del fallecimiento de su madre, a la que había cuidado y acompañado durante todo el proceso de la enfermedad, que fue doloroso y se prolongó dos largos años en los que la paciente dejó de lado todas sus actividades habituales (profesión, ocio, amistades, etc.) para cuidar de su madre enferma.

Un aspecto importante que no suele estar presente en las investigaciones, pero tiene relevancia clínica, es el relacionado con el modo en que los pacientes manifiestan su problema o sus síntomas. Un estudio realizado en nuestro contexto entre pacientes que acudían a atención primaria y que, posteriormente, fueron diagnosticados de hipocondría, reveló los datos siguientes (Castañeiras, 2001): la gran mayoría de ellos (78%) se quejaba de una mezcla de síntomas físicos y emocionales, casi siempre de tipo depresivo o disfórico, que no sabían diferenciar (“bultos, dolores en los dedos, caída del pelo, desmotivación, tristeza”, “me siento decaída, me canso fácilmente, me siento impotente ante todo, sin ganas...”). En el 17% de los casos, la queja era difusa y generalizada, con dificultades para expresar síntomas o dolencias específicas (“siempre tengo alguna tecla”, “no sabría precisar, es muy cambiante”, “soy un inventario abierto de malestares...”), y solo el 4% de los pacientes expresaba quejas concretas o acotadas (“no puedo tragar a veces”, “tengo miedo de ahogarme”, “me duele el corazón...”).

En cuanto a los síntomas que más preocupaban y sobre los que más tiempo se encontraban pensando y observando su evolución, la mayoría (65%) relataba síntomas físicos, pero un 17% daba el mismo valor a los físicos que a los psicológicos (básicamente de tipo ansioso o depresivo), al 9% le preocupaban sobre todo los psicológicos y otro 9% decía que no le preocupaba ninguno en especial porque eran conscientes de que su problema no eran los síntomas físicos, sino el miedo a padecer una enfermedad. Finalmente, todos los pacientes coincidían en tres aspectos importantes (Castañeiras, 2001):

1. Una tendencia a interpretar de modo catastrofista cualquier síntoma o signo físico (las más frecuentes eran: “cáncer irreversible”, “ceguera”, “invalides total”).
2. Sus miedos y preocupaciones se centraban siempre en enfermedades a largo plazo, cambiantes, dolorosas e irreversibles.
3. Todos manifestaban un intenso temor a la muerte como el punto final de sus preocupaciones.

No obstante, hay que tener en cuenta que muchos de los síntomas que caracterizan a la hipocondría son, hasta cierto punto, comprensibles y normativos: la mayoría de las personas nos preocupamos por nuestro estado de salud y, ante la presencia de algún síntoma particular (dolor, malestar general de causa indeterminada, un resfriado que dura más de lo esperable, dolores gástricos, problemas dermatológicos, etc.), la preocupación puede aumentar, con la consiguiente cohorte de consecuencias emocionales (aumento de la ansiedad, estado de ánimo disfórico), de comportamiento (comprobaciones, vigilancia,

autoobservación o consulta con el médico) y cognitivas (pensamientos, dudas, o imágenes intrusivas y desagradables, rumiación, interpretaciones catastrofistas). Pero lo habitual es que todo ello desaparezca o se atenúe de forma considerable cuando el síntoma desaparece, o cuando se dispone de un diagnóstico y de un tratamiento que se consideran *razonables*. Esto no sucede en la hipocondría, o cuando menos, la duración de la tranquilización es muy breve. De hecho, muchos pacientes reconocen que, cuando el médico les proporciona información tranquilizadora, casi siempre en forma de frases tales como “no le pasa nada, no está enfermo; los análisis están perfectos; esos síntomas no requieren tratamiento médico; son pasajeros; no hacen falta más pruebas”, su preocupación disminuye o, al menos, no ocupa sus mentes todo el tiempo. Pero esa tranquilización dura a veces solo el tiempo que tardan en regresar a sus casas, o quizá hasta el día siguiente, cuando de pronto les asalta la duda sobre un nuevo síntoma, o sobre si el médico no se habrá equivocado al recoger las pruebas, o sobre si ellos no explicaron bien lo que les sucedía y por eso las pruebas que les hicieron no eran las adecuadas (Castañeiras, 2001).

En buena medida, es este proceso doloroso e interminable lo que hace de la hipocondría un trastorno y no la mera presencia de unos síntomas, miedos o preocupaciones, más o menos puntuales, que todos podemos experimentar en muchos momentos de la vida. El relato de Olga, de 40 años, es revelador de este aspecto:

[...] Mi problema es que creo que soy una persona que ha gozado de buena salud, pero he disfrutado muy poco de ella. Siempre me recuerdo mal por algo o temerosa de algo malo, y esto me ha impedido disfrutar más plenamente de la vida. Supongo que, más que el miedo a sufrir, es el miedo a morir. Es una sensación que me acompaña desde siempre, incluso creo que los demás me perciben siempre como enferma. Se me hace tan pesado..., son ya tantos años, tantas formas que ha ido tomando... Estoy obsesionada con esto y no puedo librarme de esta sensación. Yo diría que siempre siento la necesidad de buscar una explicación para el dolor. Además, lo normal es que no te duela nada, encontrarte perfecta, por eso estoy siempre alerta a tener algo. A veces pienso que quizá no haya tenido preocupaciones importantes y eso haya hecho que me centrara más en mí.

Otra característica que no suele mencionarse en relación con la hipocondría, pero que está presente en muchos casos, es lo que de una forma gráfica podría denominarse el *síndrome del Dr. Jekyll y Mr. Hyde*. Las personas con hipocondría llevan muchas veces una especie de doble vida: conviven con su problema a la vez que intentan (y muchas veces consiguen) llevar una vida normal, incluso de éxito, en diversos ámbitos. Hay ejemplos notables de personas conocidas por alguna capacidad especial que se reconocen como hipocondríacos, tanto en nuestra sociedad actual (Andy Warhol o Woody Allen) como en épocas pasadas (Charlotte Brontë, Charles Darwin o Marcel Proust). Pero más allá de estos personajes famosos y conocidos, lo cierto es que muchas personas con hipocondría podrían calificarse de héroes por ser capaces de llevar sus vidas adelante, a pesar del gran sufrimiento que conlleva su padecimiento.

Es importante tener en cuenta que el rango o, en palabras de Starcevic (2001), el “espectro de posibilidades de las manifestaciones hipocondríacas” es amplio porque oscila en un continuo de gravedad que va desde una excesiva concienciación sobre la

importancia de cuidar la salud, hasta una formación delirante de las preocupaciones sobre la enfermedad, que están más cerca de la ruptura psicótica que de las preocupaciones de tipo ansioso sobre la enfermedad y la salud. La [figura 1.1](#) ejemplifica ese espectro.

En el nivel más leve del espectro se sitúan los comportamientos excesivos que se llevan a cabo para mantener la salud en un nivel óptimo y para minimizar al máximo los riesgos de contraer enfermedades. En gran medida, estos comportamientos están promovidos, y por tanto reforzados, por valores sociales y económicos, que muchas personas convierten en objetivo fundamental de sus vidas. La *inundación* a la que frecuentemente nos vemos sometidos para responsabilizarnos de nuestro propio estado de salud (comer sano, hacer ejercicio, evitar ciertos alimentos, mantenerse delgados, seguir dietas, etc.) puede inducir a perseguir un ideal de salud y, por tanto, a evitar cualquier actitud o comportamiento que lo pueda poner en riesgo, facilitando con ello el desarrollo de comportamientos excesivos que acaben por convertirse en el objetivo primario y fundamental de la vida. En esos casos, la búsqueda y el mantenimiento de la salud pueden llegar a adquirir características de una idea sobrevalorada, es decir, de una creencia que linda con lo psicopatológico. Si bien no hay estudios sistemáticos que hayan investigado la relación entre incremento de las preocupaciones hipocondríacas y asunción de actitudes, creencias y comportamientos como los mencionados, hay algunos datos que apuntan en esa dirección (Lecci *et al.*, 1996). La *ansiedad por la salud*, un término que a menudo se utiliza de forma intercambiable con el de hipocondría, entraría en su forma más leve en este nivel.

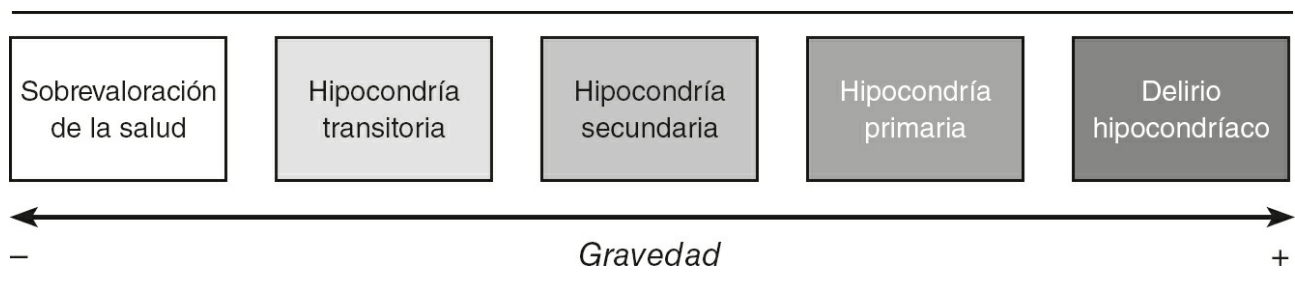


Figura 1.1. El espectro de las manifestaciones hipocondríacas.

En el segundo nivel de gravedad se ubicaría la hipocondría transitoria, entendiendo por ello una duración relativamente breve, inferior a 6 meses. Se trata de una situación bastante común entre personas que han recibido un diagnóstico de enfermedad importante o que se están recuperando de un proceso agudo amenazante (un infarto de miocardio o un ictus), pero también entre cuidadores de enfermos que padecen procesos irreversibles, en situaciones de duelo complicado o como consecuencia de algún acontecimiento vital amenazante. También es relativamente frecuente entre estudiantes de disciplinas relacionadas con la salud, como medicina, enfermería o psicología clínica, si bien lo que se suele encontrar en estos casos es más bien un aumento de

comportamientos de precaución sobre la propia salud y una mayor atención a posibles síntomas físicos y mentales que un incremento de preocupaciones, creencias y comportamientos típicamente hipocondríacos.

Las formas secundaria y primaria de hipocondría conllevan un nivel mayor de gravedad. La secundaria hace referencia al desarrollo de sintomatología hipocondríaca como consecuencia de otro trastorno mental, especialmente trastorno de pánico o angustia y depresión. Habitualmente desaparece, o se mantiene en niveles subclínicos, cuando remite el trastorno principal y, en este sentido, es similar a la hipocondría transitoria que antes mencionamos. La hipocondría primaria, sin embargo, hace referencia a que ese es el trastorno principal y, por tanto, debe ser el foco primario de atención clínica, aunque en una gran mayoría de los casos coexiste con, o da lugar a, otros trastornos mentales.

Por último, la presencia de una ideación delirante de contenido hipocondríaco es indicativa de un nivel máximo de gravedad que remite a un diagnóstico del espectro psicótico en lugar del de hipocondría. En estos casos, la preocupación o el miedo a padecer una enfermedad dan paso a la creencia o convicción de que se tiene una enfermedad, creencia que es inmune a la tranquilización, el reaseguro o las evidencias en contra y que, además, se acompaña de otros síntomas típicamente psicóticos. Cuando los delirios son exclusivamente de contenido hipocondríaco, se suele calificar como *psicosis hipocondríaca monosintomática* (Starcevic, 2001).

Para terminar con este apartado, haremos mención de un hecho muy habitual en la clínica, pero que no está presente en los manuales de diagnóstico psiquiátrico al uso. Se trata de lo que sucede cuando una persona con hipocondría es diagnosticada de una enfermedad médica, más o menos importante. Obviamente, el hecho de padecer hipocondría no hace a estas personas invulnerables a padecer una enfermedad médica, del mismo modo que tampoco los hace más vulnerables a ello. Lo primero que hay que decir es que existe muy poca información fiable en la literatura especializada sobre este aspecto. Nuestra experiencia con estos pacientes revela una situación en cierto modo paradójica, al tiempo que reveladora de la naturaleza del trastorno: cuando reciben un diagnóstico de enfermedad médica, su preocupación sobre ella es, en muchos sentidos, normal. Dicho en otros términos: se preocupan por la enfermedad y por su tratamiento con la misma intensidad que cualquier persona que padeciera la misma enfermedad, pero que no tuviera hipocondría. En algunos casos, incluso, parecen preocuparse menos de lo que lo haría cualquier persona en su situación. De algún modo es como si el hecho de recibir un diagnóstico y un tratamiento los liberara de *preocuparse* por ello porque su enfermedad ya está *catalogada* y *registrada*, existe independientemente de lo que piensen. Esto revela en qué consiste en realidad la hipocondría: un estado de preocupación, incertidumbre y miedos casi constante por no saber cuál es el verdadero estado de salud y por las consecuencias que ese desconocimiento puede tener en sus vidas. Cuando esa incertidumbre se resuelve (aunque sea confirmando los miedos), la preocupación hipocondríaca se atenúa o desaparece, o quizá es sustituida por un nivel de preocupación normativo que la persona y su entorno consideran realista y ajustado y, por

tanto, no causa el mismo malestar psicológico ni los sentimientos de culpa que el que habitualmente provocan las preocupaciones hipocondríacas. En todo caso, estas apreciaciones se basan en nuestra experiencia clínica y no en investigaciones específicamente dirigidas a dilucidar este aspecto.

1.3. La hipocondría en los sistemas de diagnóstico psiquiátrico

El diagnóstico de hipocondría ha estado presente tanto en el sistema de la Organización Mundial de la Salud (la CIE o Clasificación Internacional de Enfermedades) como en el de la American Psychiatric Association (el *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* o DSM) desde sus primeras versiones. Las coincidencias entre ambos sistemas han sido notables, pero también las discrepancias y diferencias, que se han tornado muy evidentes en las versiones más recientes de ambos sistemas.

1.3.1. La hipocondría en el DSM

El diagnóstico de hipocondría ha estado presente en el DSM desde su primera edición en 1952 (DSM-II) hasta la más reciente de 2013 (DSM-5), aunque, en este último caso, con algunas restricciones importantes. En el DSM-II se clasificó en el grupo de las neurosis, etiquetada como “neurosis hipocondríaca”. Pero la desaparición del término *neurosis* en el DSM-III de 1980 como concepto aglutinador, y, por tanto, su dilución en diferentes categorías diagnósticas, dio lugar a la inclusión de la hipocondría en el grupo de los trastornos somatoformes, aunque se mantuvo la misma denominación anterior de “hipocondría (o neurosis hipocondríaca)”. La etiqueta de neurosis desapareció definitivamente en la cuarta edición del DSM-IV, pero la hipocondría se mantuvo en el grupo de los trastornos somatoformes.

Los criterios diagnósticos que, con variaciones menores, establecía el DSM desde la tercera edición de 1980 a la cuarta edición revisada del 2000 fueron objeto de numerosas críticas, tanto por su falta de claridad en términos psicopatológicos (en el criterio principal se mezclaban conceptos básicos tan dispares como la *preocupación*, el *miedo* o las *creencias*) como por el hecho de que debía producirse en ausencia de una enfermedad médica o un trastorno mental (pánico, ansiedad generalizada, fobia a la enfermedad o delirio) que explicaran mejor los signos, sensaciones o interpretaciones del sujeto. Todo ello convertía a la hipocondría en un *diagnóstico por descarte*, y en muchos casos imposible (¿cuántas pruebas médicas son necesarias para asegurar que el paciente no tiene ninguna enfermedad ni proceso que pueda explicar, en todo o en parte, sus síntomas?).

Para complicar aún más las cosas, otro de los criterios establecía que los síntomas (o la preocupación, o el miedo, o las creencias) debían perdurar, a pesar de las explicaciones proporcionadas por el médico, lo que implicaba aceptar ciertos supuestos

que no suelen producirse en la realidad clínica. Por ejemplo, ¿cuándo podemos estar seguros de que el médico ha proporcionado una información clara y suficiente?, ¿de qué modo podemos asegurar que el paciente ha comprendido las explicaciones médicas, hasta el punto de que haya disipado todas sus dudas y temores? Salkovskis y Warwick (1986) plantearon que, en todo caso, ese criterio diagnóstico debía reformularse en un sentido distinto: no es que el miedo o creencia de enfermedad “persista *a pesar de* la información médica tranquilizadora”, sino que “persiste *debido a* la repetida información médica tranquilizadora”. En trabajos posteriores, estos mismos autores (Warwick y Salkovskis, 1989, 1990) insistían en que hacer depender un diagnóstico del hecho de que las explicaciones médicas hayan resultado *improductivas* (es decir, no suficientes para que *desaparezca* la hipocondría) significa que el diagnóstico depende no solo de las características clínicas del paciente, sino además, de las actuaciones que llevan a cabo los facultativos.

Además, Salkovskis y Clark (1993) criticaron ese criterio sobre la base de las siguientes consideraciones:

- En determinados contextos, los pacientes no pueden acceder a la información médica tranquilizadora.
- Algunos pacientes rehúsan consultar al médico.
- A menudo los pacientes hipocondríacos buscan apaciguar sus temores por otros canales que no sea recurrir al médico (familiares, amigos, libros de medicina).
- Este criterio no especifica el tipo de información tranquilizadora que *no* es efectiva en estos sujetos.

En parte como respuesta a esas críticas, pero también por la naturaleza estigmatizante, a menudo peyorativa, del término *hipocondría* (en realidad, de todos los trastornos incluidos en la categoría de somatoformes), junto con el temor de muchos facultativos a ser demandados por haber proporcionado un diagnóstico de hipocondría, o de cualquier trastorno somatoforme, y que después se detectara algún tipo de enfermedad (estuviera o no relacionado con ella) (Mayou *et al.*, 2005), la última edición de 2013, el DSM-5, optó por eliminar tanto el término como el diagnóstico de hipocondría, sustituyéndolo por dos nuevos trastornos: el *trastorno de síntomas somáticos* (TSS) y el *trastorno de ansiedad por la enfermedad* (TAE). Además, la anterior categoría de trastorno somatoforme se redefine como trastornos de síntomas somáticos y trastornos relacionados, y en ella se incluyen tanto el TSS como el TAE.

El DSM-5 establece, de una forma bastante arbitraria (Starcevic y Noyes, 2014), que el 75% de los pacientes diagnosticados de hipocondría según el DSM-IV se diagnosticarán ahora como TSS y solo una minoría, el 25% restante, se diagnosticarán como TAE. El TSS se caracteriza por la presencia de uno o más síntomas somáticos que causan malestar y pensamientos, sentimientos o comportamientos excesivos relacionados con los síntomas somáticos o asociados a la preocupación por la salud. Por su parte, la característica principal del TAE es la preocupación por padecer o contraer

una enfermedad grave sin presencia de síntomas somáticos, o, si están presentes, son únicamente leves. Así, la clasificación de los pacientes en la categoría de TSS o en la de TAE dependerá de la presencia (TSS) o no (TAE) de síntomas somáticos ([cuadro 1.1](#)). En realidad, el DSM-5 equipara la hipocondría con el anteriormente denominado trastorno de somatización, que desaparece como tal de la categoría, al afirmar que “La mayoría de las personas con hipocondría ahora son clasificadas como un trastorno de síntomas somáticos; sin embargo, en una minoría de los casos será más apropiado utilizar en su lugar el diagnóstico de trastorno de ansiedad por enfermedad” (versión en español del DSM-5: 315).

Esta nueva conceptualización de la hipocondría ha sido objeto de críticas importantes por la mayoría de los expertos. Desde nuestro punto de vista, el primer problema reside en la diferenciación inicial del TSS y el TAE en términos de presencia *versus* ausencia de síntomas. Resulta difícil de entender (y explicar) sobre qué base una persona se preocupa por la posibilidad de estar enfermo o de contraer una enfermedad en ausencia de síntomas (que es el criterio A del TAE), o por la mera presencia de síntomas leves (criterio B del TAE), sin especificar qué se debe entender por *leve*. Al mismo tiempo, el criterio A del TSS habla de síntomas somáticos (uno o más) que interfieren y molestan, sin especificar (como hace en el caso del TAE) su gravedad o levedad. Por tanto, se supone que, en este caso, el criterio de gravedad no es el determinante, sino la interferencia que genera el síntoma o, lo que es igual, la interrupción que produce en el funcionamiento cotidiano de la persona y su *molestia*, término polisémico donde los haya, pues refiere a una amplia gama de sentimientos y sensaciones subjetivas.

En suma, la diferencia básica entre el TSS y el TAE es la presencia de síntomas (TSS) *versus* la preocupación por la enfermedad aun en ausencia de síntomas (TAE), sin ofrecer criterios adicionales para valorar no solo la presencia de esos síntomas, sino, además, su gravedad, su interferencia y su molestia. En realidad, como recuerdan Starcevic y Noyes (2014), es la interpretación distorsionada de síntomas somáticos, y no su *levedad* o *gravedad*, lo que caracteriza realmente a estos pacientes. Este aspecto está de algún modo implícito en el criterio B del TSS (“pensamientos desproporcionados y persistentes sobre la gravedad de los propios síntomas”), aunque en el caso del TAE (criterio B), se traduce en “preocupación excesiva o desproporcionada” solo si hay una enfermedad médica.

CUADRO 1.1. *Criterios diagnósticos de hipocondría en los sistemas de diagnóstico psiquiátrico vigentes*

	CIE-10 (1992)	DSM-5 (2013)		CIE-11 (2019)
Categoría	Trastornos somatomorfos	Trastorno de síntomas somáticos y relacionados		Trastorno obsesivo-compulsivo y relacionados
Denominación	Trastorno hipocondríaco	Trastorno de síntomas somáticos (TSS)	Trastorno de ansiedad por la enfermedad (TAE)	Hipocondría
Criterios diagnósticos	A) Creencia basada en síntomas de padecer al menos una enfermedad médica sin pruebas médicas que lo justifiquen (al menos 6 meses de duración). B) Rechazo persistente a aceptar explicaciones de varios médicos de que, tras los síntomas, no hay una enfermedad somática.	A) Uno o más síntomas somáticos que causan malestar o interfieran. B) Pensamientos, sentimientos o comportamientos excesivos relacionados con los síntomas somáticos o asociados a la preocupación por la salud, que se manifiestan por uno o más de: 1. Pensamientos desproporcionados y persistentes sobre la gravedad de los síntomas. 2. Ansiedad elevada persistente sobre la salud o los síntomas. 3. Tiempo y energía excesivos dedicados a los síntomas o a la preocupación por la salud. c) Aunque algún síntoma no esté presente todo el tiempo, el estado sintomático persiste más de 6 meses.	A) Preocupación por tener o contraer una enfermedad grave. B) No hay síntomas o son leves. Si hay una enfermedad médica, o riesgo de tenerla, la preocupación es excesiva o desproporcionada. C) Gran ansiedad por la salud, la persona se alarma fácilmente por su estado de salud. D) Muchas conductas de salud (comprobación) o evitación no adaptativa. E) Duración: preocupación al menos 6 meses. F) No se explica mejor por otro trastorno (TSS, pánico, ansiedad generalizada, dismórfico, TOC o delirante).	A) Preocupación persistente, o miedo, por la posibilidad de tener una o varias enfermedades graves progresivas o amenazantes para la supervivencia. B) Hipervigilancia, e interpretación catastrofista, de signos y síntomas, incluyendo sensaciones normales. C) No es razonable, o persiste y reaparece, a pesar de las evaluaciones y explicaciones médicas. D) Una o varias de estas conductas: evitar, comprobar, búsqueda de información o de reaseguro. E) Provoca deterioro en varias áreas.
Criterios diagnósticos (continuación)				
Especificadores		– Síntomas de dolor. – Curso persistente (más de 6 meses). – Gravedad: <i>leve</i> (1 síntoma de B); <i>moderado</i> (2 o más de B); <i>grave</i> (2 o más de B y múltiples quejas somáticas o 1 síntoma muy intenso).	– Tipo solicitud de asistencia. – Tipo evitación de asistencia.	– <i>Insight</i> ausente (puede llegar a ser delirante). – <i>Insight</i> adecuado.

Además de la gran diferencia de partida entre el TSS y el TAE (presencia o no de síntomas somáticos), otra no menos importante es la que se refiere a las manifestaciones conductuales de la hipocondría. En el TAE, la preocupación por la posibilidad de estar enfermo puede llevar a la búsqueda de cuidados médicos o, a todo lo contrario, su evitación o rechazo activos (criterio D). En el TSS, la evaluación de las manifestaciones

conductuales resulta problemática, ya que se define vagamente como “tiempo y energía excesivos consagrados a estos síntomas o a la preocupación por la salud” (APA, 2013: 311). La evaluación de en qué medida el tiempo y la energía que se dedican “a uno o más síntomas somáticos” resultan *excesivos*, se deja al criterio del clínico (y, seguramente, también a las posibilidades de acceso al sistema sanitario de los pacientes, o a su estilo de vida). Además, los comportamientos desadaptativos que se caracterizan por la evitación de los estímulos relacionados con la enfermedad no se incluyen en el trastorno de síntomas somáticos (Starcevic y Noyes, 2014).

La caracterización clínica que de la *antigua* hipocondría hace el DSM-5 resulta como mínimo ambigua. En realidad, y a pesar de lo que indica el manual, el TSS es el sustituto del trastorno de somatización, que siempre ha sido un tema de debate y confusión (López-Santiago y Belloch, 2012; Witthöft y Hiller, 2010), pero no de la hipocondría. Ambos trastornos, hipocondría y somatización (o TSS), tienen características diferentes que incluyen desde forma de presentación y tratamiento hasta comorbilidad, evolución, curso y pronóstico, como demuestra la investigación (en nuestro contexto, cfr., Castañeiras, 2001; López-Santiago, 2011; Martínez, 1997). Por lo tanto, merecen ser considerados como tales.

En nuestra opinión, y así se considera a lo largo de este texto, el diagnóstico de hipocondría en el DSM-5 se ajusta bastante más al TAE que al TSS, al contrario de lo que se afirma en ese manual. Este planteamiento coincide con el expresado por expertos en el trastorno.

Olatunji, Deacon y Abramowitz (2009) critican considerar la hipocondría como un trastorno somatoforme caracterizado por una serie de síntomas y signos corporales, es decir, como un TSS.

Siguiendo la estela de las propuestas de Salkovskis de los años noventa, estos autores recalcan la similitud fenomenológica de la hipocondría con los trastornos de ansiedad sobre la base de su característica clínica fundamental: la hipocondría consiste en ansiedad extrema (patológica) por la salud y no en la presencia de síntomas somáticos, excesivos o anormales por su falta de justificación orgánica. En consecuencia, sería el TAE, y no el TSS, el diagnóstico que, en el mejor de los casos, reemplazaría al clásico de hipocondría. Si en su misma definición se habla de ansiedad (trastorno de ansiedad por la enfermedad), lo lógico, según muchos expertos, es que se incluya en la categoría de trastornos de ansiedad. Es evidente pues que, como señala Starcevic (2019), la situación conceptual y nosológica de la hipocondría sigue siendo controvertida. Los trastornos que han reemplazado a la hipocondría en el DSM-5 no son plenamente aceptados por los clínicos e investigadores y no se sabe hasta qué punto se utilizarán en el futuro.

Este autor insiste, además, en la necesidad de llevar a cabo investigaciones que permitan comprobar el valor clínico de las dos nuevas categorías diagnósticas propuestas por el DSM-5 y examinar de forma más detallada los diferentes componentes de la hipocondría (cognitivo, afectivo, atencional y conductual) para determinar qué características son específicas de este trastorno y cuáles pueden ser compartidas con

otros (los trastornos de ansiedad, los somatoformes y los del espectro obsesivo-compulsivo).

1.3.2. La Clasificación Internacional de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud

La versión de la CIE actualmente en vigor es la décima, cuyos criterios son similares a los que se planteaban en el DSM-IV-TR ([cuadro 1.1](#)), es decir, creencia de que se padece una enfermedad sobre la base de síntomas, a pesar de las reiteradas explicaciones médicas sobre la ausencia de causas somáticas que justifiquen la creencia.

Esta caracterización de la hipocondría cambia radicalmente en la nueva edición, que supuestamente entrará oficialmente en vigor en 2022. Los cambios más importantes son los siguientes:

- a) La hipocondría desaparece del grupo de los trastornos somatomorfos y se incluye en el del trastorno obsesivo-compulsivo y relacionados.
- b) El término de *hipocondría* se mantiene como el principal, pero es análogo a los términos de ansiedad por la enfermedad, nosofobia, y neurosis hipocondríaca.
- c) El diagnóstico de hipocondría excluye los de trastorno dismórfico corporal, trastorno de malestar por el cuerpo (*Bodily Distress Disorder*, denominación que sustituye a la anterior de *trastorno de somatización*) y miedo al cáncer.
- d) No especifica pautas sobre la duración del trastorno para establecer un diagnóstico.
- e) Los criterios de diagnóstico hacen referencia a tres aspectos nucleares de la hipocondría:
 - 1. *Cognitivos*: preocupación, creencias disfuncionales (catastrofismo) e hipervigilancia de síntomas (aunque sean inocuos o normales).
 - 2. *Emocionales*: miedo.
 - 3. *De comportamiento*: comprobación, evitación, búsqueda de reaseguro.

Junto a estas características, mantiene uno de los criterios que fue más objeto de crítica en el DSM-IV: la persistencia de la preocupación, a pesar de las evaluaciones y explicaciones médicas, con lo que el mantenimiento del trastorno depende no solo de lo que le preocupe al paciente, sino, además, de que las explicaciones y evaluaciones médicas sean adecuadas y comprendidas (y que el paciente tenga acceso a ellas, claro está). Otro aspecto importante hace referencia al nivel de comprensión o *insight* del paciente sobre la *racionalidad* o adecuación de su preocupación en relación con los síntomas o signos. Este especificador resulta muy interesante, en la medida en que permite establecer un continuo de preocupación hipocondríaca que fluctúa desde en nivel leve (*insight* adecuado) hasta uno grave (delirante), si bien queda al arbitrio del

juicio clínico valorarlo, ya que la CIE no proporciona, por el momento, criterios más específicos para evaluarlo.

El cambio más importante, no obstante, es la inclusión de la hipocondría en el grupo de trastornos que tiene como eje central al obsesivo-compulsivo. Este planteamiento no es nuevo, pues es propuesto y defendido por muchos expertos (Abramowitz y Braddock, 2006; Hollander *et al.*, 2005; Neziroglu, *et al.*, 2000; Reuman *et al.*, 2017), debido fundamentalmente a un buen número de similitudes fenomenológicas y funcionales entre la hipocondría y el TOC que, de manera esquemática, se resumen en el [cuadro 1.2](#).

CUADRO 1.2. *Características comunes entre la hipocondría y el trastorno obsesivo-compulsivo (TOC)*

<i>Síntomas</i>	• Pensamientos, sensaciones, imágenes o impulsos intrusivos recurrentes desagradables y difíciles de controlar. • Sensibilidad a la ansiedad. • Hipervigilancia.
<i>Creencias distorsionadas</i>	• Intolerancia a la incertidumbre. • Catastrofismo o sobrevalorar las amenazas. • Sobrevalorar la importancia de los pensamientos. – Fusión pensamiento-acción tipo probabilidad.
<i>Comportamientos</i>	• Comprobación. • Necesidad de reasegurarse. • Evitación.
<i>Tratamientos</i>	• Terapia cognitivo-conductual (incluyendo exposición con prevención de respuesta). • Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS).
<i>Comorbilidad</i>	• Trastorno de pánico. • Depresión.

Tanto las personas con TOC como las que tienen hipocondría experimentan pensamientos repetitivos intrusos y molestos, difíciles de controlar o detener, que provocan gran malestar emocional y son interpretados de manera distorsionada tanto por su aparición como por su recurrencia (Arnáez, *et al.*, 2017; Asmundson *et al.*, 2010; Fergus, 2013; Freeston *et al.*, 1994; Muse *et al.*, 2010; Warwick y Salkovskis, 1989, 1990). La elevada sensibilidad a la ansiedad, es decir, la tendencia a temer las sensaciones corporales relacionadas con la ansiedad (aceleración cardíaca, sudoración, temblores, malestar digestivo, etc.) debido a atribuciones erróneas acerca de la presencia y significado de esas sensaciones, por ejemplo, como peligrosas, o como indicios de una enfermedad (Raines *et al.*, 2014), es otro aspecto sintomático que comparten los dos trastornos.

Del mismo modo, los pacientes con TOC, al igual que los hipocondríacos, tienden a mantenerse en un estado de hipervigilancia, ya sea en relación con la aparición de un pensamiento desagradable, ya con la experimentación de signos y síntomas corporales.

La hipocondría y el TOC parecen compartir, además, ciertas creencias sobre los

propios pensamientos y sensaciones, que ocupan un lugar destacado en los enfoques conceptuales y empíricos para comprender y tratar estos trastornos. Son varios los estudios que muestran que ciertas creencias distorsionadas características del TOC también están presentes en la hipocondría. Entre ellas, las que se consideran más relevantes según las investigaciones son las tres siguientes:

1. *Intolerancia a la incertidumbre* o dificultades para soportar la ambigüedad, la falta de seguridad o certeza sobre algo y los cambios y novedades no previstos. Afirmaciones como estas son ejemplos de esta creencia en personas con hipocondría: “no puedo soportar el no estar seguro de que los síntomas no indican que tengo una enfermedad grave”, “tengo que estar seguro de que no me pasa nada”, “si me pasa algo que no esperaba o que no he podido prever, no lo soportaré”. En cierta medida, la incapacidad para tolerar el margen de error que conlleva en sí mismo el proceso de vivir impulsa a estas personas a perseguir sin descanso la certeza de que no están enfermos, o de que están sanos, y de que van a seguir viviendo. Es por ello que este tipo de creencias actúan como motivadores de las comprobaciones y la búsqueda de reaseguro en las personas con hipocondría, de forma análoga a lo que sucede con las compulsiones en el TOC (Abramowitz y Braddock, 2008; Melli *et al.*, 2014).
2. *Catastrofismo* o la tendencia a dar más peso a las posibles consecuencias negativas de un síntoma que a las neutras o inocuas, independientemente de las experiencias previas, de las circunstancias o del estado de salud. La sobrevaloración de la amenaza que representa un síntoma físico, por leve que sea, está asociada a este tipo de creencias. Algunos ejemplos: “si estoy enfermo, o pienso que lo estoy, seguro que es grave”, “si me duele la cabeza, puede que tenga un tumor”, “si me canso cuando corro o hago ejercicio, significa que mi corazón no funciona como debería”.
3. *Sobrevalorar la importancia de los pensamientos*, en el sentido de que su mera irrupción en el flujo normal de consciencia indica que es importante y hay que prestarle atención. Algunos ejemplos: “si pienso que puede que esté enfermo, será por algo”, “si no me puedo quitar de la cabeza esta preocupación es porque es importante... debo hacerle caso... significa algo malo”. Cuando este tipo de creencias son muy prominentes, suelen asociarse a una falta de *insight* y revelar, por tanto, una mayor gravedad del problema y más resistencias al tratamiento y a las explicaciones y evaluaciones médicas tranquilizadoras. En estos casos más extremos, se habla de fusión entre pensamiento y acción de tipo probabilidad, y su expresión es parecida a esta: “si pienso que estoy enfermo, significa que es muy probable que sea cierto, que suceda”.

También hay similitudes entre ambos trastornos en cuanto a los comportamientos que los pacientes llevan a cabo en relación con sus pensamientos y sus miedos. Las comprobaciones repetidas y excesivas relacionadas con la salud que llevan a cabo las

personas con hipocondría son similares a las compulsiones de comprobación que se producen en el TOC.

Otra característica común es la búsqueda de reaseguro. Las conductas de comprobación y reaseguro están asociadas a un alivio a corto plazo de la ansiedad tanto en la hipocondría como en el TOC. Sin embargo, este alivio inmediato refuerza el uso de tales conductas cuando aparece la ansiedad, lo que ayudaría a comprender la naturaleza *compulsiva* de la búsqueda incesante de seguridad en la hipocondría y el TOC (Abramowitz y Braddock, 2008; Deacon y Abramowitz, 2008).

Tanto en el TOC como en la hipocondría se producen comportamientos de evitación, activa o pasiva, con el fin de minimizar los riesgos asociados a aquello que se teme. Además, los pacientes con hipocondría y con TOC responden al mismo tipo de tratamientos: la terapia cognitivo-conductual y el tratamiento farmacológico con inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) (Hollander, Braun y Simeon, 2008).

Por último, entre los trastornos más frecuentemente comórbidos tanto con la hipocondría como con el TOC, se encuentran el trastorno de pánico y la depresión. No obstante, entre hipocondría y TOC hay diferencias importantes, que se expondrán en el [apartado 1.9](#), dedicado al diagnóstico diferencial.

En definitiva, el grupo de expertos de la OMS ha tenido en cuenta las semejanzas apuntadas entre la hipocondría y el TOC para situar ambos trastornos en el mismo grupo, si bien también presenta similitudes con los trastornos de ansiedad y relacionados con el miedo (denominación adoptada en la CIE-11 para los trastornos de ansiedad). La investigación futura, y la práctica clínica, podrá dar respuesta sobre lo acertado o erróneo de este importante cambio conceptual.

1.4. ¿Hipocondría o ansiedad por la salud?

El concepto de *ansiedad por la salud* fue propuesto por Salkovskis y Warwick (1986) para describir un continuo de preocupaciones por la salud que fluctúa desde la preocupación leve, a menudo transitoria, por el estado de salud, que se activa como consecuencia de la observación o constatación de síntomas físicos, hasta la hipocondría o preocupación mórbida por la salud, en la que el individuo interpreta como indicadores de una enfermedad grave los síntomas que observa.

Esta propuesta pretendía ubicar los miedos y preocupación hipocondríacos en el extremo patológico de una dimensión continua de *ansiedad y miedo* por la pérdida de salud, en la que todas las personas podemos situarnos en algún momento de la vida, haciendo posible de este modo una mejor comprensión de lo que significa el trastorno hipocondríaco y permitiendo el desarrollo de estrategias más eficaces de tratamiento psicológico. Es decir, identificar *hipocondría* con el concepto más amplio de *ansiedad* permitía aplicar los conocimientos sobre la adquisición y el mantenimiento de la ansiedad a ese trastorno. Pero, además, la propuesta pretendía sustituir el término

diagnóstico de hipocondría por el de ansiedad por la salud, que carece de connotaciones peyorativas y no remite a ninguna disfunción orgánica (recuérdense los orígenes del término hipocondría que comentamos al inicio de este capítulo).

El concepto de *ansiedad por la salud* permite integrar en un modelo coherente, a la vez que compatible con los modelos cognitivos sobre la ansiedad, los datos y las observaciones clínicas que se han ido publicando sobre las características de las personas con hipocondría: hipervigilancia, aumento de la atención hacia las posibles amenazas y, en especial, las relacionadas con riesgos para la propia salud, pensamientos e imágenes intrusivos sobre la enfermedad y la muerte, búsqueda de explicaciones sobre esos pensamientos que dan lugar a creencias distorsionadas y comportamientos de *seguridad* que, a su vez, refuerzan las interpretaciones disfuncionales sobre los cambios corporales como amenazas para la salud, etc. (Rachman, 2012).

A pesar de ello, la denominación de *ansiedad por la salud* no se utiliza como diagnóstico en los sistemas de diagnóstico psiquiátrico, pues el DSM-5 utiliza el de ansiedad por la enfermedad y la CIE-11 sigue utilizando el de hipocondría (que equipara al de ansiedad por la enfermedad). Una de las razones que se ha esgrimido para ello es que la *ansiedad extrema o patológica por la salud* no conlleva la creencia de enfermedad, a pesar de las explicaciones y evaluaciones médicas que a menudo presentan las personas con hipocondría (Starcevic y Noyes, 2014) y, por lo tanto, no incluye ni permite evaluar el grado de *insight* o comprensión del problema, que es un indicador de gravedad y resistencia al tratamiento.

Otros autores (Fava *et al.*, 2017) proponen que el término *ansiedad por la salud* se reserve para denotar una preocupación genérica por la salud y la enfermedad, que oscila de leve a grave, y en la que pueden ubicarse muchos pacientes hipocondríacos, pero que no es suficiente para identificar todo el rango de características psicopatológicas que se producen en la hipocondría.

Sin entrar en estas consideraciones, a lo largo de este texto, los términos *hipocondría* y *ansiedad por la salud* no serán utilizados de manera intercambiable para evitar confusiones. El término *hipocondría* hará referencia específicamente al diagnóstico basado en los nuevos criterios de la OMS (CIE-11) y al trastorno de ansiedad por la enfermedad de la APA (DSM-5), mientras que el de ansiedad por la salud se reservará para identificar las propuestas psicológicas asociadas al modelo de Warwick y Salkovskis, que se explican con detalle en el [capítulo 3](#), dedicado a los modelos y teorías explicativas de la hipocondría.

1.5. ¿Creencia en la enfermedad o convicción de enfermedad?

Este interrogante es uno de los que más controversia genera en el contexto de las publicaciones científicas y es, también, uno de los que más dudas plantea en la clínica. En muchas ocasiones, nos encontramos con pacientes que, aunque *no están convencidos* de padecer una enfermedad o de que sus síntomas sean una expresión temprana de un

proceso fatal e irreversible, su modo de comportarse (comprobar, reasegurarse, visitar al médico, imponerse restricciones, evitar, etc.) remite más a un convencimiento que a una sospecha o una duda.

Esta paradoja, que se produce también en otros trastornos como el TOC, con el que ya se ha visto que la hipocondría guarda relación, hace que en ocasiones pueda parecer que el paciente *finje* su malestar con el fin de obtener algún beneficio o ventaja (recibir cuidados de los demás, ser atendido por el médico, conseguir una baja laboral, etc.). Pero lo que sucede en la mayoría de las ocasiones es que sus quejas y su malestar emocional son motivo de incompreensión, rechazo, enfado, cansancio, e incluso burla, por parte de conocidos, amigos o familiares (“eres un quejica”, “ya te han dicho que no tienes nada”, “a ti lo que te pasa es que no tienes problemas de verdad y por eso te los inventas”, “si no estuvieras tan pendiente de ti mismo y pensaras más en los demás, no te pasaría nada de eso”, “no te escuches tanto, déjalo ya, distráete”, “el día que te pase algo de verdad, ya verás lo que es sufrir”). Esta incompreensión y rechazo no se circunscribe a los conocidos del paciente, pues en no pocas ocasiones provoca la misma o parecida reacción entre los profesionales médicos que los atienden, lo que provoca un deterioro importante de las relaciones entre médico y paciente.

Este panorama puede servir para entender la paradoja que se ha planteado al inicio de este capítulo, y que ha recibido cierta atención reciente en la investigación sobre la hipocondría. Fergus y Valentiner (2009, 2010) han constatado que una de las características que mejor diferencian a una persona con hipocondría, o con ansiedad por la salud, de otra con un trastorno de síntomas somáticos (la antigua *somatización*), es que la primera *cree* que puede estar enferma, mientras que la segunda está *convencida* de que lo está.

Además, en las personas con hipocondría, las variables psicológicas que se asocian con, y predicen, la creencia en la enfermedad son la sensibilidad a la ansiedad (en especial, a sus síntomas físicos) y la tendencia a amplificar las sensaciones corporales (que conlleva un aumento de la atención sobre el propio cuerpo). Sin embargo, en las personas somatizadoras, predomina la desregulación emocional y es esta la que explica la convicción de enfermedad.

Por otro lado, hay que recordar que las creencias fluctúan en un continuo de intensidad: no siempre una misma creencia se mantiene con igual intensidad en todo momento y, de hecho, la acumulación de datos o evidencias en contra hace que la creencia acabe por atenuarse o desaparecer. Sin embargo, cuando se habla de convicción, se hace referencia a un nivel de seguridad que es prácticamente inmune a las evidencias y argumentos en contra.

Esta diferenciación es importante y pueden encontrarse muchos ejemplos en nuestra vida cotidiana: nuestras creencias cambian a lo largo de la vida, no siempre las mantenemos con la misma intensidad; pero en aquellas cuestiones de las que estamos convencidos, el cambio es mucho más difícil. Es por eso por lo que el hipocondríaco no está convencido de que tiene una enfermedad, sino que cree que tiene una enfermedad, y su creencia oscila (como cualquier otra) en función de muchos factores y momentos.

Atender al relato del paciente, e indagar en su nivel de convicción, resultan acciones ineludibles para poder comprender el problema y ayudarlo a superarlo.

En los extractos que se muestran a continuación, se pueden observar las diferencias entre creencia (Manuel) y convicción (Berta). El caso de Berta se ajustaba más, de hecho, al TSS que al de TAE o hipocondría.

Manuel:

[...] En realidad, no estoy seguro de estar enfermo. De hecho, creo que si lo estuviera, no estaría tan mal como ahora mismo, porque sabría a qué atenerme. El no saber lo que me ocurre es lo que me pone mal. Yo siento cosas, me oigo los latidos, la respiración, y me pregunto por qué los oigo. Ya sé que, si me fijo, lo siento más, eso ya lo sé. Le aseguro que intento no fijarme, no estar pendiente, pero, entonces, ¿por qué me fijo?, ¿no será que el mismo hecho de fijarme es una señal de algo?, ¿no me está avisando el cuerpo? No saber el porqué es lo que me destroza.

Berta. 36 años. Casada y con una hija de 10 años, dependienta:

[...] A mí me han dicho toda la vida que no me queje tanto, que no me pasa nada. Sí, es verdad, todos los médicos coinciden en eso, en que no me pasa nada, pero, claro, si no me pasa nada, ¿por qué de pronto me duele el estómago?, ¿por qué siento cómo las tripas se me revuelven?, ¿por qué este dolor de piernas que me dura días y días?. Otras veces es un ardor ahí abajo que se vuelve insoportable cuando tengo la regla. A mí me pasa algo, no sé qué puede ser, pero por mucho que me digan que no tengo nada, algo tengo, eso seguro. No digo que sea grave, pero ahí está, y estoy segura de que, si les pasara a ellos (se refiere a los médicos), no se quedarían tan anchos.

1.6. Epidemiología

Las investigaciones publicadas sobre la prevalencia de la hipocondría están basadas en los criterios del DSM-IV y la CIE-10, lo que resulta lógico dado el relativo escaso tiempo transcurrido desde la publicación del DSM-5 y, obviamente, la situación todavía no oficial de la CIE-11. Por tanto, los datos que van a resumirse se basan en estudios que utilizan los criterios diagnósticos de los sistemas precedentes.

A nivel comunitario, cuando se ha aplicado el criterio de hipocondría según el DSM-IV, la prevalencia ha sido generalmente baja, entre un 0,05% y un 0,4% (Bleichhardt y Hiller, 2007; Looper y Kirmayer, 2001; Martin y Jacobi, 2006). En un estudio realizado en Florencia, donde se aplicaron los criterios del DSM-III para la hipocondría, se encontró una prevalencia anual del 4,5% (Farevelli *et al.*, 1997). En otro estudio realizado en Canadá, se observó una prevalencia actual de 0,2%. No obstante, la prevalencia aumentaba al 1,3% si se utilizaban criterios abreviados, que consisten en excluir el criterio sobre la resistencia al adecuado reaseguro médica (criterio B del DSM-IV) para el diagnóstico de la hipocondría (Looper y Kirmayer, 2001). En una investigación llevada a cabo con personas mayores de 65 años, se encontró una

prevalencia del 1,1% en Liverpool y del 1,8% en Zaragoza (Saz *et al.*, 1995). En conjunto, estos datos indican que la hipocondría es poco frecuente en la población comunitaria, con una prevalencia menor al 0,5%. En este sentido, tal y como sugieren Starcevic y Noyes (2014), con un criterio diagnóstico menos restrictivo, que podría corresponder al trastorno de ansiedad por la enfermedad del DSM-5, la prevalencia se encontraría alrededor del 1%.

También se ha estudiado la prevalencia de la hipocondría en atención primaria, aunque en contraste con los estudios comunitarios, están enormemente influenciados por el acceso a los cuidados de salud, la búsqueda de atención médica, la comorbilidad con otras enfermedades y los patrones de referencia dentro del sistema de salud. La estimación más fiable de la prevalencia de la hipocondría en atención primaria proviene del estudio internacional de la OMS que constató una prevalencia del 0,8% (Gureje, Üstün y Simon, 1997) según criterios CIE-10. Este estudio también informó de una prevalencia del 2,2% para un diagnóstico abreviado de la hipocondría. Sin embargo, en otro estudio realizado en atención primaria, se observó una prevalencia de 3,4% (Escobar *et al.*, 1998). Estos datos indican que, en atención primaria, entre un 1% y un 3% de los pacientes cumplen el criterio completo o el criterio abreviado para la hipocondría.

Otros estudios, más numerosos, han evaluado la prevalencia de la hipocondría en consultas de especialidades médicas. Uno de los más amplios, con más de 5000 pacientes ambulatorios en China, evaluó la presencia de la hipocondría utilizando una entrevista clínica estructurada y registró una prevalencia de 0,38% (Liu *et al.*, 2012). Estudios a menor escala, utilizando una entrevista estructurada para evaluar a pacientes ambulatorios (Barsky *et al.*, 1990), pacientes hospitalizados (Fink *et al.*, 2004) y pacientes quemados (Ter Smitten *et al.*, 2011), informan de prevalencias que oscilan entre el 3,5 y el 6,3%. La baja prevalencia del estudio de Liu y sus colaboradores (2012) podría estar reflejando diferencias culturales en la expresión y aceptación de la ansiedad en el contexto médico.

El resto de los estudios realizados en personas con patologías médicas concretas han utilizado el Inventario de Ansiedad por la Salud (Salkovskis *et al.*, 2002) para identificar niveles elevados de preocupaciones hipocondríacas y, por tanto, de ansiedad por la salud. Los datos oscilan entre el 20% y el 25% en pacientes con esclerosis múltiple (Kehler y Hadjistavropoulos, 2009) y diabetes (Claude *et al.*, 2014), que aumentan hasta el 59,6% en pacientes con dolor crónico (Rode *et al.*, 2006).

Por último, en población psiquiátrica, la prevalencia de la hipocondría es del 1,6%, siendo más elevada en personas más mayores (Altamura *et al.*, 1998). Estos pacientes se caracterizan por consumir grandes cantidades de recursos sanitarios (Barsky *et al.*, 2001), aunque se ha señalado que quizá sea el componente somatizador, más que las cogniciones hipocondríacas, el que juegue un papel más relevante en ello (Hollifield *et al.*, 1999). Además, se han observado diferencias de género a este respecto (Jyvasjarvi *et al.*, 1999).

1.7. Curso y pronóstico

La hipocondría puede comenzar a cualquier edad, aunque lo frecuente es que empiece en los primeros años de la vida adulta. El curso es generalmente crónico, aunque pueden existir periodos de mayor o menor intensidad relacionados con periodos de estrés. El diagnóstico suele ser estable: hasta dos terceras partes de los pacientes hipocondríacos continúan cumpliendo los criterios para este trastorno al cabo de un año, y el tercio restante continúa presentando síntomas hipocondríacos (Jyväsjarvi *et al.*, 1999).

Se han descrito como factores de buen pronóstico un inicio agudo, la duración breve del trastorno, la levedad de los síntomas, la presencia de una enfermedad médica concomitante, la ausencia de trastornos mentales comórbidos y la ausencia de ganancias secundarias (bajas laborales). Por otro lado, diversos autores han señalado diferentes factores que podrían contribuir a un peor pronóstico de la enfermedad, como los siguientes:

- a) Una mayor gravedad de los síntomas, una mayor duración del trastorno, la concurrencia de otros trastornos psiquiátricos y las puntuaciones altas en neuroticismo (Noyes *et al.*, 1994).
- b) Una mayor comorbilidad de trastornos depresivos y ansiosos y una mayor comorbilidad médica (Robbins y Kirmayer, 1996).
- c) Mayor somatización, menor morbilidad médica y mayor convicción de enfermedad (Barsky *et al.*, 1998).
- d) Más somatizaciones, más amplificación de las sensaciones corporales y atribución de síntomas somáticos a enfermedad grave (Barsky *et al.*, 2000).
- e) Mayor gravedad del trastorno, más somatización, una mayor psicopatología (evaluada con el cuestionario de 90 síntomas-revisado [SCL-90R]), más cogniciones disfuncionales acerca del funcionamiento corporal, un mayor deterioro psicosocial y una mayor utilización de los recursos sanitarios (Hiller *et al.*, 2002).

Por lo que se refiere a la influencia de variables de tipo demográfico (edad y sexo), social o cultural en la hipocondría, los estudios son muy escasos. En cuanto al sexo, la mayor parte de los datos proviene de estudios epidemiológicos generales que no han analizado esta variable de manera específica. En la mayoría de ellos, no se detecta una prevalencia desigual de hipocondría ni de ansiedad por la salud en función del sexo de los entrevistados, aunque en algunos se ha observado una prevalencia ligeramente mayor en mujeres (Clarke *et al.*, 2008), que podría estar reflejando en realidad las diferencias entre mujeres y hombres en la disposición a buscar ayuda especializada y, por tanto, a no ocultar los problemas en el caso de las mujeres. Los estudios sobre la prevalencia de la hipocondría y la ansiedad por la salud en niños y adolescentes son, si cabe, más escasos y poco concluyentes. El más amplio, realizado en población comunitaria danesa en población entre los 5 y 7 años, ofrece tasas del 17,6% de ansiedad por la salud leve y del

2,4% grave, según las informaciones proporcionadas por los progenitores (Rask *et al.*, 2012). Por último, en cuanto a las diferencias en prevalencia de la hipocondría en diferentes contextos culturales, únicamente hay publicado un estudio amplio, propiciado por la OMS, llevado a cabo en el contexto de la atención primaria de 14 países, basado en los criterios de la CIE-10 (Gureje *et al.*, 1997). La prevalencia media de hipocondría fue del 0,8%, en un rango que oscilaba entre el 0,2% y el 1,2%. Las excepciones se produjeron en Nigeria y Chile, con prevalencias más elevadas (el 1,9% y el 3,8%, respectivamente).

1.8. Comorbilidad

En este apartado se resumen los datos disponibles sobre la coocurrencia entre la hipocondría y otros trastornos mentales. La mayoría de ellos proviene de los centros de atención primaria, donde los pacientes con hipocondría ponen en marcha sus conductas de búsqueda de reaseguro y presentan niveles elevados de malestar psicológico, incluyendo ansiedad, depresión y síntomas somáticos (Kellner *et al.*, 1987). Pero lo cierto es que solo hay publicados dos trabajos que hayan evaluado, de manera sistemática, la comorbilidad psiquiátrica en pacientes con hipocondría (Barsky *et al.*, 1992; Noyes *et al.*, 1994). Ambos estudios se llevaron a cabo en las consultas de atención primaria con pacientes diagnosticados de hipocondría según los criterios del DSM-III-TR, que fueron comparados con una muestra aleatoria de pacientes no hipocondríacos. La proporción de pacientes con hipocondría y pacientes control que presentaron uno o más trastornos comórbidos del Eje I fue del 88% frente al 51% en un estudio y del 62% frente al 30% en el otro. Estos autores también encontraron una prevalencia vital significativamente mayor para los trastornos de ansiedad y depresivos y una prevalencia vital y actual mayor para la depresión mayor, en comparación con los pacientes control. Los resultados obtenidos por ambos autores son muy similares, excepto para el trastorno de ansiedad generalizada, la fobia social y fobias específicas, la distimia y el trastorno de somatización, en los que Barsky y sus colaboradores (1992) encontraron una prevalencia vital y actual mayor.

Los estudios que analizan las tasas de coocurrencia entre la hipocondría y el trastorno de somatización (el TSS del DSM-5) resultan más numerosos. En general, se observa que las tasas oscilan en un amplio rango, que va del 8% al 21% si se usan los criterios completos para el trastorno de somatización y del 28% al 82,9% si se emplean criterios abreviados para este trastorno (Barsky *et al.*, 1992; Noyes *et al.*, 1994; Escobar *et al.*, 1998). Las cifras varían también dependiendo del contexto en el que se lleve a cabo el estudio. Por ejemplo, mientras que, en el trabajo de Escobar *et al.* (1998), el 20% de los pacientes de atención primaria con trastorno de somatización cumplía los criterios para hipocondría, en el de López-Santiago (2011), era del 7,27% entre pacientes atendidos en un centro de salud mental. Estos resultados indican que, dependiendo del criterio diagnóstico utilizado y del contexto en que se realice la investigación, el TSS

puede ser más o menos común en los pacientes hipocondríacos, si bien la comorbilidad entre ambos trastornos es, en general, elevada.

Otros trabajos han investigado las características de personalidad típicas de los pacientes con hipocondría y la comorbilidad existente con los trastornos de personalidad. El estudio clásico de Kellner (1983) puso de manifiesto que una tercera parte de los pacientes con hipocondría presentaba un trastorno de personalidad comórbido. Estudios posteriores han mostrado que los trastornos de personalidad obsesivo-compulsivo, evitativo y paranoide son frecuentes en los pacientes con hipocondría (Fallon *et al.*, 2012; Garyfallos *et al.*, 1999; Sakai *et al.*, 2010). Por lo que se refiere a los rasgos y dimensiones de personalidad, la hipocondría se ha relacionado, fundamentalmente, con el neuroticismo (Hollifield *et al.*, 1999; Noyes *et al.*, 1994) y el afecto negativo (Noyes *et al.*, 2005).

La presencia de hipocondría en pacientes diagnosticados de trastorno de pánico, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno de somatización y depresión mayor se ha analizado en diferentes trabajos. Con relación al trastorno de pánico, se ha observado que un 25% de los pacientes de atención primaria con ese diagnóstico padece hipocondría (Barsky, Barnett y Cleary, 1994), y este porcentaje es mayor entre los pacientes psiquiátricos con trastorno de pánico (entre el 45% y el 51%) (Bach *et al.*, 1996; Benedetti *et al.*, 1997; Furer *et al.*, 1997; Starcevic *et al.*, 1992).

Las tasas de coocurrencia entre el TOC y la hipocondría son inferiores a las encontradas para el trastorno de pánico: en torno al 10% para la prevalencia actual (Greeven *et al.*, 2006) y entre el 8,2% y el 15% para la prevalencia vital (Bienvenu *et al.*, 2000; Du Toit *et al.*, 2001). Estas tasas son más altas que las tasas vitales de la hipocondría o del TOC en la población general, pero más bajas que la probabilidad de que la mayoría de los trastornos depresivos y de ansiedad ocurran en la hipocondría o en el TOC. Recientemente, Solem y sus colaboradores (2015) han encontrado que el 30,4% de los pacientes con TOC de su estudio obtuvo una puntuación superior al punto de corte para el índice Whiteley (medida de *screening* para la hipocondría que se explica en el [capítulo 2](#)), dato que supera al encontrado en las investigaciones epidemiológicas previas (Tyrer *et al.*, 2011) y que contradice las observaciones de Starcevic (2014) sobre que la ansiedad por la salud no coexiste típicamente con el TOC.

Diferentes autores han investigado la coocurrencia entre la depresión y la hipocondría con resultados dispares. Mientras que Demopulos y sus colaboradores (1996) encontraron que únicamente un 2% de los pacientes con depresión mayor padecía hipocondría, otros autores informan que, en los pacientes hospitalizados con depresión, entre un 18,1% y un 69% sufrían también hipocondría (El-Islam *et al.*, 1989; Kellner *et al.*, 1986). El estudio de Gureje *et al.* (1997), basado en criterios CIE-10, constató una tasa de comorbilidad muy elevada (46,3%), que, sin embargo, desciende hasta el 15,3% en el trabajo más reciente de Fink *et al.* (2004). En ambos casos, el número de pacientes era muy pequeño y los datos se recabaron en atención primaria. En nuestro contexto, la tasa de comorbilidad entre hipocondría y depresión mayor (criterios DSM-IV-TR) en personas que acuden a un centro de salud mental es del 31,8%, cifra cercana a la tasa

informada en el estudio mencionado de Gureje *et al* (López-Santiago, 2011).

Es evidente que la mayoría de los estudios son anteriores al DSM-5 y, en muchos casos, incluso al DSM-IV. Además, el número de pacientes que se incluye en esos estudios es muy reducido, lo que plantea serias dudas sobre su generalización. Un problema adicional es que los datos publicados se han obtenido en contextos muy diferentes (hospitalización psiquiátrica, atención primaria, centros especializados en algún tipo de enfermedad médica, centros de salud mental, etc.), lo que complica las comparaciones entre los diferentes estudios. Teniendo en cuenta todo ello, la conclusión más evidente a la que se puede llegar es que, en realidad, no se dispone de información fiable, estable y actualizada sobre la comorbilidad de la hipocondría con otros trastornos mentales. Es posible que con los cambios en los criterios diagnósticos, pueda disponerse en el futuro próximo de información más acotada y fiable.

1.9. Diagnóstico diferencial

A continuación, se describen los trastornos que deben tenerse en consideración a la hora de realizar el diagnóstico diferencial con la hipocondría. Dado que la hipocondría comparte características clínicas con otros trastornos, siempre hay que valorar su coexistencia con otro y, si es así, hasta qué punto la hipocondría es el problema principal o diana, o si, por el contrario, es el secundario o derivado. En el caso de que no se tenga seguridad sobre ello, deben diagnosticarse todos los trastornos coexistentes. Además, el diagnóstico diferencial debe seguir, según Starcevic (2001, 2014), una secuencia específica de modo que las condiciones que requieran atención inmediata deben ser las primeras en descartarse o confirmarse, como es el caso de las enfermedades médicas y los trastornos de la esfera psicótica. En las páginas siguientes se explica la secuencia que propone este experto.

1.9.1. Enfermedades médicas

Puesto que la preocupación excesiva por la salud no es un antídoto contra la enfermedad, el primer paso en el diagnóstico diferencial es excluir la existencia de un *trastorno físico*. Es necesario determinar si los síntomas y las quejas que presenta el paciente tienen una base orgánica. Especial atención hay que prestar a las enfermedades con base orgánica que, con frecuencia, se acompañan de quejas somáticas múltiples y que, al inicio de su evolución, pueden simular síntomas característicos de hipocondría.

Si bien es cierto que la presencia de una enfermedad médica no es incompatible con el diagnóstico de hipocondría, los síntomas del paciente se considerarían desproporcionados en relación con la enfermedad.

Según Schmidt (1994), cuando existe una enfermedad o trastorno médicos, es posible establecer un diagnóstico adicional de hipocondría en los cuatro casos siguientes:

1. El paciente interpreta catastróficamente la información médica sobre la enfermedad.
2. No se tranquiliza cuando el médico le confirma el pronóstico favorable de su trastorno.
3. Su temor o creencia se basa en síntomas físicos independientes de la enfermedad o poco relevantes.
4. Las preocupaciones hipocondríacas existían con anterioridad a la aparición de la enfermedad física actual.

Aunque estas indicaciones pueden contribuir a facilitar el diagnóstico conjunto de hipocondría y enfermedad física, queda pendiente determinar el grado de discrepancia que debe existir entre síntomas con justificación orgánica y la preocupación, el temor, o la creencia disfuncional sobre ellos.

En algunas ocasiones, la forma en la que se presentan las enfermedades puede resultar relevante en la hipocondría. Así pues, cobran especial importancia las enfermedades con un inicio agudo y un curso crónico o internamente, con presencia atípica, variable y que afectan a diferentes sistemas orgánicos; por ejemplo, los tumores de diagnóstico difícil o las enfermedades que afectan al sistema endocrino, neurológico y autoinmune.

1.9.2. Trastornos del espectro de la esquizofrenia o psicóticos

Es importante descartar que exista un delirio sobre la presencia de una enfermedad grave. Los delirios se caracterizan por una gran convicción (la persona está convencida de que su creencia es real), una gran fijación (la creencia persiste, a pesar de las evidencias en contra) y una disminución de la capacidad para reconocer que la creencia es consecuencia de un trastorno mental (Brakoulias y Starcevic, 2011). En este sentido, un paciente con hipocondría no tiene la certeza absoluta de que su creencia sobre la enfermedad sea cierta, lo que aumenta su incertidumbre; sin embargo, un paciente con psicosis parece estar más seguro de que padece una enfermedad grave y rara vez pone en duda su creencia (Starcevic y Noyes, 2014). Además, la convicción de enfermedad, y no tanto la preocupación, sería más característica de la hipocondría, mientras que los delirios de tipo somático o hipocondríaco se acompañan habitualmente de otros síntomas de la esfera psicótica que no se producen en la hipocondría (alucinaciones somáticas, autolesiones para eliminar la enfermedad, afectación emocional grave, dificultades en las relaciones interpersonales y en seguir un estilo de vida poco acorde con el rol y capacidades del paciente).

1.9.3. Depresión

La literatura sobre la relación entre hipocondría y depresión es amplia y se remonta a muchas décadas. De hecho, durante mucho tiempo, se consideraba que la hipocondría no era más que una manifestación del trastorno depresivo (Kenyon, 1964). El término *depresión enmascarada* remitía de hecho a este planteamiento, pues se suponía que los síntomas de hipocondría ocultaban en realidad una depresión. Como recuerda Starcevic (2014), esta idea se refleja incluso en la escala de Hamilton para la depresión, una de las escalas de autoinforme más utilizadas, sobre todo en el contexto hospitalario, para evaluar la depresión. En la actualidad, se considera que ambas entidades son clínicamente diferentes, aunque son frecuentemente comórbidas.

La hipocondría suele estar acompañada de síntomas depresivos, tales como bajo estado de ánimo, baja autoestima, fatiga, disminución del apetito e insomnio, aunque estos síntomas no forman parte del cuadro clínico puro de la hipocondría (Starcevic, 2014). En este sentido, y tal como señalan Noyes *et al.* (1994), es más probable que la hipocondría preceda a la depresión y que esta última sea consecuencia directa de la hipocondría. De hecho, la depresión mayor puede ser el resultado de la naturaleza agotadora y desmoralizadora que tiene la hipocondría. En estos casos, suele haber una larga historia de síntomas de hipocondría previa a la depresión. Por tanto, debería hacerse un doble diagnóstico cuando la depresión mayor es moderada o grave, además de tratar ambos trastornos.

Las creencias hipocondríacas pueden estar presentes en pacientes con depresión mayor. Si las preocupaciones y miedos hipocondríacos del paciente relacionadas con padecer una enfermedad grave se asocian con atribuciones de culpabilidad o de castigo por los errores cometidos, lo más probable es que la depresión sea el diagnóstico principal. Además, se considera que la hipocondría es secundaria al trastorno depresivo cuando solo está presente durante el episodio depresivo y no ha existido antes del inicio de este. En esos casos, los síntomas hipocondríacos desaparecerán o disminuirán con la recuperación del episodio de depresión mayor (Kellner *et al.*, 1986).

Dubovsky (1988) ha señalado algunos aspectos que pueden ayudar a diferenciar una depresión mayor de la hipocondría. Entre otros, indica que en la depresión, pero no en la hipocondría, predominan los síntomas de tipo vegetativo que, además, suelen agravarse en las primeras horas del día. Otras variables diferentes refieren a que en los pacientes deprimidos es más probable que exista historia familiar de depresión, pérdidas afectivas significativas tempranas que preceden a la sintomatología, tendencia a aislarse socialmente, incluyendo personas significativas, resistencia a solicitar ayuda médica por los síntomas físicos y mayor aceptación de la naturaleza psicológica de sus síntomas, junto a una buena respuesta a medicación antidepresiva. Por nuestra parte, se añade a todo ello que a las personas con depresión no les preocupan en realidad sus síntomas físicos, o les preocupan mucho menos que a las que padecen hipocondría, sin olvidar que la ideación autolítica es poco habitual en la hipocondría, mientras que es un riesgo muy común en la depresión mayor, aunque, en ocasiones, sea difícil detectarla porque el paciente tiende a ocultarla.

Por otro lado, actualmente se considera que la hipocondría está más relacionada con

la ansiedad que con la depresión, y ello queda en parte reflejado en la denominación de *trastorno de ansiedad por la enfermedad* del DSM-5, así como en la consideración de la hipocondría como el extremo patológico de un continuo de ansiedad por la salud.

1.9.4. Trastorno de pánico

La hipocondría y el trastorno de pánico se caracterizan por un estilo de pensamiento focalizado en el cuerpo y los síntomas. En este sentido, Salkovskis y Clark (1993) indicaron que la interpretación catastrófica de sensaciones y síntomas corporales inocuos podría estar en la base de ambos trastornos y que la principal diferencia entre ambos estaba en la creencia en la inmediatez de la catástrofe (morir aquí y ahora) en el caso del trastorno de pánico, frente a la creencia en una catástrofe demorada en el tiempo, insidiosa, dolorosa, y de larga duración en la hipocondría (la muerte) (Noyes, 1999). Hay varios estudios que demuestran que las personas con estos trastornos presentan niveles similares de vigilancia corporal (Deacon y Abramowitz, 2008), miedo a los cambios corporales (Neziroglu *et al.*, 2000) y amplificación somatosensorial (Martínez *et al.*, 1999).

Aunque los dos trastornos comparten una serie de rasgos comunes, también poseen diferencias significativas entre sí. La primera de ellas hace referencia a la inmediatez de la amenaza temida. Este hecho se refleja en la rapidez con la que las personas con trastorno de pánico buscan ayuda especializada para su problema, ya sea en los servicios de urgencia o en los centros especializados de salud mental (Del Valle *et al.*, 2018), en comparación con los más amplios periodos de demora en la búsqueda de ayuda de las personas con hipocondría, ya que no creen que la enfermedad suponga un peligro de muerte inminente. También hay diferencias entre ambos trastornos en la forma en la que se malinterpretan los síntomas.

Generalmente, los pacientes con trastorno de pánico se centran en los síntomas de hiperactividad autonómica y arousal (taquicardia, dificultad para respirar, etc.), que interpretan como signo de muerte inminente en lugar de como síntomas de ansiedad, mientras que el rango de síntomas que los pacientes con hipocondría interpretan disfuncionalmente es mucho más amplio y, a menudo, inespecífico y cambiante (Deacon y Abramowitz, 2008; Salkovskis y Clark, 1993). Por último, en la hipocondría, los síntomas se manifiestan de manera persistente, mientras que en el pánico lo hacen sobre todo durante las crisis.

También ha sido objeto de debate cuál de los dos trastornos se produce cronológicamente primero (Fava y Magnelli, 2001). Cuando el pánico es el trastorno primario, las manifestaciones hipocondríacas secundarias pueden no requerir un tratamiento diferente al del trastorno de pánico. Sin embargo, cuando la hipocondría es el trastorno primario, el tratamiento para el pánico podría no contribuir a la mejora de los síntomas hipocondríacos (Benedetti *et al.*, 1997).

1.9.5. Trastorno obsesivo-compulsivo

Las similitudes entre la hipocondría y el TOC se han abordado de manera detallada a lo largo del capítulo, por lo que aquí se hace referencia únicamente a las diferencias entre ambos trastornos de cara a establecer un diagnóstico diferencial.

Las diferencias entre la hipocondría y el TOC parecen ser fundamentalmente de naturaleza más cuantitativa que cualitativa, en muchos casos. Las preocupaciones sobre la enfermedad en la hipocondría se experimentan de forma menos intrusa y más egosintónica que las obsesiones, en buena medida porque la persona con hipocondría considera normal y ajustado a sus valores y ética preocuparse por su estado de salud, mientras que muchos contenidos obsesivos son experimentados como egodistónicos porque contravienen las normas y valores del paciente. Además, mientras que los contenidos de las obsesiones son muy heterogéneos (agresivos, sexuales, morales, de contaminación, etc.) y los pacientes pueden presentar más de uno, o transitar entre unos y otros a lo largo de la evolución del trastorno, los contenidos de las preocupaciones hipocondríacas se refieren siempre a la enfermedad y el significado amenazante o peligroso de los síntomas físicos.

Los pacientes con TOC son más conscientes de la irracionalidad o, en todo caso, de lo excesivo de sus miedos, mientras que los pacientes con hipocondría pueden mantener sus creencias sobre enfermedad con mucha intensidad. En consecuencia, las conductas de comprobación y búsqueda de reaseguro se perciben como menos problemáticas, o menos ilógicas y excesivas, en la hipocondría y, de hecho, los pacientes hacen pocos esfuerzos por resistirse a ellas (salvo cuando se sienten observados). Sin embargo, las personas con TOC intentan resistirse a sus compulsiones, al menos en algunas fases del trastorno. Salvo en los casos en los que el *insight* es muy bajo, son conscientes de lo excesivo e ilógico de sus comprobaciones. Los pacientes con hipocondría y con TOC se diferencian, además, en que los primeros presentan menos síntomas obsesivo-compulsivos (Hedman *et al.*, 2017), más síntomas somáticos (Lopez-Solá *et al.*, 2014; Mataix-Cols *et al.*, 2013), niveles más altos de ansiedad por la salud (Deacon y Abramowitz, 2008; Hedman *et al.*, 2017), mayor vigilancia corporal (Deacon y Abramowitz, 2008), creencias más catastróficas sobre la enfermedad (Abramowitz *et al.*, 2007) y una mayor evitación (Neziroglu *et al.*, 2000). Asimismo, los pacientes con hipocondría se diferencian de los pacientes con TOC en que los primeros tienen una tendencia a sobrestimar la probabilidad de que los síntomas ambiguos sean indicativos de una enfermedad grave, un temor que es exclusivo de este trastorno (Fergus, 2014; Marcus y Church, 2003).

En suma, aunque ambos trastornos presentan muchas similitudes clínicas y fenomenológicas, que se traducen en una *anatomía funcional* similar, también presentan diferencias clínicamente relevantes que justifican su consideración como trastornos distintos.

1.9.6. Trastorno de ansiedad generalizada

La hipocondría y el trastorno de ansiedad generalizada (TAG) se caracterizan por un estilo cognitivo concreto: la preocupación. A los pacientes con hipocondría y con ansiedad generalizada les resulta difícil controlar sus pensamientos y su nivel de ansiedad se ve, frecuentemente, amplificado por el “y si...”. Dadas estas similitudes en el estilo de pensamiento, cabría esperar que los dos trastornos presentasen un cuadro clínico similar; sin embargo, mientras que las preocupaciones en el TAG se relacionan con múltiples aspectos de la vida diaria (relaciones interpersonales, trabajo, estudios, economía, etc.), las preocupaciones típicas de la hipocondría giran en torno a la salud y la enfermedad.

Woody y Rachman (1994) han señalado los siguientes puntos de divergencia entre ambas condiciones:

1. En la hipocondría, el temor a la enfermedad se focaliza en la propia persona, en cambio, en el trastorno por ansiedad generalizada suele concernir a alguna persona querida.
2. En la hipocondría, es posible lograr seguridad a corto plazo mediante la información tranquilizadora proporcionada por el médico, mientras que, en el trastorno por ansiedad generalizada, resulta más difícil lograrla debido a que la preocupación se centra en diferentes familiares y futuras amenazas a la salud.
3. En la hipocondría, la amenaza está orientada al presente (“puedo tener cáncer de estómago”), sin embargo, en el trastorno por ansiedad generalizada, lo está hacia el futuro (“enfermaré –sobre todo enfermarán–”).
4. En la hipocondría, los temores están más ligados a los estímulos, por lo que las sensaciones corporales pueden incrementar la percepción de peligro, en cambio, en el trastorno por ansiedad generalizada, los temores no requieren activadores o precipitantes.

Además, estos dos trastornos difieren en sus respuestas fisiológicas. La hipocondría se caracteriza por la activación (arousal) autonómica, mientras que en el TAG son más comunes otras alteraciones físicas, tales como tensión motora, aprensión, vigilancia, irritabilidad, insomnio, fatiga y dificultad para concentrarse.

No existen muchos estudios que evalúen la relación entre la hipocondría y el TAG. En un estudio pionero llevado a cabo por Starcevic *et al.* (1994), se encontró que ni siquiera los pacientes con TAG que estaban preocupados por padecer una enfermedad presentaban características clínicas hipocondríacas. Así, los autores concluyeron que la distinción entre la hipocondría y el TAG era relativamente fácil y este último raramente suponía un problema en el diagnóstico diferencial de la hipocondría.

1.9.7. Fobia a la enfermedad

La fobia a la enfermedad se incluye en la categoría de fobias específicas, Otros tipos del DSM-IV-TR (APA, 2000) y se caracteriza por un miedo intenso a padecer una enfermedad o a poder contraerla con facilidad. Cabe destacar que, aunque el DSM-5 reconoce que la fobia específica implica miedo a las situaciones que pueden conducir a contraer una enfermedad, no incluye un especificador para la fobia a la enfermedad (APA, 2013).

La fobia a la enfermedad y la hipocondría tienen en común el miedo a la enfermedad; no obstante, hay varias características que pueden ayudar a diferenciar ambos trastornos. En primer lugar, la hipocondría se caracteriza por la creencia (que no la convicción) de que una enfermedad está ya presente (o se está gestando), mientras que la fobia a la enfermedad se caracteriza por el miedo a desarrollar o contraer una enfermedad concreta en el futuro (Noyes *et al.*, 2004). Así, esta última se caracteriza por una mayor conciencia de enfermedad, de modo que el paciente tiene menos dificultades para reconocer que su miedo es poco lógico o fundamentado y, por lo tanto, desproporcionado o excesivo.

Fava y Grandi (1991) indicaron que, en la fobia a la enfermedad, existía una mayor especificidad y estabilidad de los síntomas. Así, un paciente con fobia a la enfermedad cuyo principal miedo sea desarrollar una enfermedad cardiovascular, rara vez transmitirá este miedo a otras enfermedades; sin embargo, en la hipocondría, es más frecuente un miedo constante y crónico que uno episódico y, generalmente, este se dirige a enfermedades no específicas.

A nivel comportamental, los pacientes con fobia a la enfermedad, evitan frecuentemente estímulos relacionados con la enfermedad (sensaciones, pensamientos, noticias, etc.), mientras que las conductas hipocondríacas típicas son la búsqueda de reaseguro y la comprobación del estado de salud. Esto supone la consideración de estrategias de tratamiento distintas para cada trastorno; esto es, exponerse a la enfermedad temida en el caso de la fobia a la enfermedad (Warwick y Marks, 1988) y terapia cognitivo-conductual para la hipocondría (Bouman, 2008; Cooper *et al.*, 2017).

1.9.8. Trastorno de síntomas somáticos

La clasificación propuesta por el DSM-5 para la categoría de trastornos somatomorfos (ahora denominada trastornos de síntomas somáticos y trastornos relacionados) elimina a la mayoría de los trastornos clasificados como trastornos somatomorfos en el DSM-IV-TR (trastorno de somatización, el trastorno somatomorfo indiferenciado, el trastorno de dolor y la mayoría de los casos antes clasificados como hipocondría) y los incluye en un solo diagnóstico: el trastorno de síntomas somáticos. Como ya se ha comentado anteriormente (Matijasevic, 2014), el subgrupo de pacientes con hipocondría que estaba preocupado por padecer una enfermedad grave, no tenía síntomas somáticos –o si estaban presentes eran leves–, y tenía una elevada ansiedad acerca de su salud, quedaron clasificados bajo la etiqueta de trastorno de ansiedad por la enfermedad (TAE), como

segundo miembro de la categoría de síntomas somáticos.

No obstante, este apartado va a centrarse en la antigua clasificación de los trastornos somatoformos (DSM-IV-TR) para poder establecer una diferenciación entre el trastorno de somatización y la hipocondría.

Hay una serie de características que distinguen a la hipocondría del trastorno de somatización (DSM-IV-TR). En lo referente al foco de malestar, los pacientes hipocondríacos están preocupados por el significado de sus síntomas (es decir, que estén enfermos), mientras que a los pacientes con trastorno de somatización les preocupan los síntomas *en sí mismos* y las *consecuencias* que puedan acarrear en su vida diaria.

Asimismo, los pacientes con hipocondría suelen estar preocupados por la posibilidad de estar enfermos, o de estar contrayendo una enfermedad, y los síntomas somáticos son menos relevantes. La hiperfrecuentación médica es característica de los pacientes con trastorno de somatización, pero un subtipo de paciente hipocondríaco evita acudir al médico. También se han señalado discrepancias en cuanto a la forma de aproximación a los síntomas.

En la hipocondría, predomina un acercamiento *científico y preciso* (informándose de la enfermedad temida a través de revistas, consultas en internet, etc.), mientras que, en la somatización, se da una descripción vaga, dramática y exagerada de los síntomas. Además, habitualmente, los hipocondríacos temen enfermedades concretas y, por tanto, sus síntomas tienden a ser bastante limitados; por el contrario, el trastorno de somatización implica la presencia de quejas múltiples y variadas en relación con diferentes sistemas y órganos.

Los pacientes con hipocondría presentan frecuentemente rasgos obsesivos (Sakai *et al.*, 2010), mientras que los pacientes con trastorno de somatización suelen presentar fundamentalmente rasgos de personalidad histriónicos, antisociales y límites (Cloninger, 2001; Morrison, 1989).

Además, existen diferencias de género entre ambos trastornos. La prevalencia de hipocondría es similar en hombres y mujeres (Garyfallos *et al.*, 1999; Gureje *et al.*, 1997), mientras que el trastorno de somatización es más común en mujeres (Garyfallos *et al.*, 1999). Por último, la probabilidad de que el mismo trastorno esté presente en familiares de primer grado es mayor en el trastorno de somatización (Guze *et al.*, 1986).

Murphy (1990) también señaló una serie de aspectos que permitirían diferenciar la hipocondría del trastorno de somatización:

1. Los hipocondríacos buscan información médica tranquilizadora en las exploraciones a las que se someten; los que tienen trastorno de somatización quieren conseguir un diagnóstico de enfermedad médica que explique sus síntomas físicos.
2. En la hipocondría, la creencia se centra en la existencia de una o más enfermedades orgánicas graves; en el trastorno de somatización, la creencia de enfermedad es firme, pero no se relaciona necesariamente con algo grave e irreversible.

3. Los hipocondríacos se preocupan por sus síntomas; los pacientes con trastorno de somatización centran su preocupación en el desacuerdo con los médicos en relación con el origen y las causas de tales síntomas.
4. En la hipocondría, al paciente le asusta poder sufrir una enfermedad grave; en el trastorno de somatización, lo que causa temor son las consecuencias que se derivarían del hecho de enfermar sin que se le haya diagnosticado.

1.9.9. Trastornos de personalidad

Ciertas características de la hipocondría, tales como la forma que tienen los pacientes de comunicarse o su forma de reaccionar al estrés, se han considerado como parte de la propia identidad de los pacientes con hipocondría.

Estas características suelen prolongarse a lo largo del tiempo e impregnan el comportamiento de los pacientes, lo que provoca que, en cierta medida, la hipocondría se asemeje a un trastorno de personalidad (Kellner, 1986; Starcevic, 2001). De hecho, Stenbäck y Jalava (1961) acuñaron el término de *personalidad hipocondríaca* para dar cuenta de una forma específica de hipocondría y, durante más de tres décadas, se habló del *trastorno de personalidad hipocondríaca*, que se definió como un trastorno diferente de la hipocondría (Tyrer *et al.*, 1990).

No se ha encontrado ningún trastorno de personalidad que esté directamente vinculado con la hipocondría, pero sí se ha constatado que guarda ciertas relaciones con algunos trastornos de personalidad. Así, tanto la hipocondría como el trastorno de personalidad obsesivo-compulsivo se caracterizan por la búsqueda de control, la desconfianza hacia uno mismo y los demás, así como por una baja tolerancia a la incertidumbre y ambigüedad (Starcevic, 1990). La hipocondría y el trastorno de personalidad narcisista se asemejan en la preocupación por uno mismo y el deseo de controlar el propio cuerpo y la salud (Starcevic, 1989).

En todo caso, la valoración concurrente de un trastorno de personalidad o de rasgos disfuncionales de personalidad en personas con hipocondría, requiere una evaluación amplia para valorar en qué medida ambos trastornos son interdependientes y, especialmente, para establecer un plan terapéutico adecuado. Por ello, dada la tendencia a la cronicidad y la generalmente larga evolución de la hipocondría, resulta ineludible valorar la presencia de rasgos de personalidad disfuncionales y, en su caso, de un trastorno de la personalidad en cualquier persona que tenga un problema mental.

Los criterios actuales para la evaluación de los trastornos de la personalidad que se proponen en la CIE-11 y en el modelo alternativo para estos trastornos del DSM-5 deberían tenerse en consideración para una comprensión adecuada del trastorno hipocondríaco o de cualquier otro trastorno mental (Belloch, Fernández-Álvarez y Pascual-Vera, 2019).

Pautas para la evaluación y el diagnóstico

Este capítulo tiene como objetivo presentar los aspectos más relevantes de la evaluación psicológica de la hipocondría. En primer lugar, se describen las pautas generales que pueden guiar la entrevista de evaluación y las posibles complicaciones y dificultades que los terapeutas pueden encontrar durante este proceso. En segundo lugar, se proporciona información sobre el estado actual de los instrumentos de autoinforme y las entrevistas administradas por el terapeuta para la evaluación de la hipocondría.

2.1. Evaluación de la hipocondría en el contexto clínico

La evaluación psicológica de los pacientes con hipocondría tiene un cuádruple objetivo:

1. Realizar un análisis detallado del *estado mental* del paciente en el momento actual, sin olvidar un análisis longitudinal, puesto que, como ya se ha dicho en repetidas ocasiones, la hipocondría tiende a ser un problema de amplio recorrido en la vida de la persona.
2. Valorar si la problemática que presenta actualmente se centra en la hipocondría o si, por el contrario, esta es secundaria a otros problemas con los que puede asociarse. En definitiva, se trata de realizar un *diagnóstico diferencial* exhaustivo que permita esclarecer la problemática del paciente y descartar otros posibles diagnósticos.
3. Hacer una *formulación clínica* del problema en la que se contemplen los principales aspectos que pueden estar involucrados en su génesis, pero también los que operan en su mantenimiento. Este paso es importante de cara a la planificación óptima del tratamiento, es decir, para valorar qué modelo explica mejor el problema del paciente y qué estrategias y técnicas de tratamiento son las más adecuadas para su caso particular.

4. Establecer una *relación terapéutica* adecuada para que el paciente se implique en el tratamiento. El paciente debe sentir que la evaluación ha sido satisfactoria y completa, y que el terapeuta es empático y competente.

En cuanto a la base de estos objetivos y teniendo en cuenta las aportaciones de expertos en el estudio de la hipocondría (Noyes, 2014; Salkovskis, 1989; Warwick, 1995), así como de nuestra propia experiencia clínica, van a describirse una serie de pautas y sugerencias para la consecución de esos objetivos.

2.1.1. Examen del estado mental

Realizar un adecuado examen mental de un paciente con hipocondría requiere valorar la presencia e intensidad (o gravedad) de posibles alteraciones asociadas a las diferentes funciones o procesos mentales, además de las comportamentales, el estado emocional que acompaña a las quejas del paciente cuando acude a la consulta y la duración del problema. Los siguientes ejemplos pueden ilustrar este proceso y, en el [cuadro 2.1](#), se resumen los aspectos fundamentales que han de valorarse.

- *Caso de Gonzalo. 51 años. Casado. Trabaja como profesor*

Se presenta en la primera sesión muy angustiado por el hecho de estar continuamente preocupado por sus sensaciones corporales, lo que interfiere en todas las áreas de su vida (personal, laboral, social, etc.). El paciente se describe como una persona “hipocondríaca de toda la vida”. En el momento de la entrevista, se encontraba de baja laboral como consecuencia de una depresión mayor, por la que estaba recibiendo medicación. Cuida mucho su alimentación, hace ejercicio regularmente, no fuma y solo algunos fines de semana, en reuniones con amigos, toma algo de alcohol. Sus preocupaciones actuales giran en torno a la idea de morir de un cáncer de próstata, como le había sucedido a un hermano de su padre hacía años. Los síntomas en los que basa su sospecha son leves e inespecíficos (dificultad al orinar en alguna ocasión y necesidad de levantarse por las noches para orinar, que coincidía con haber hecho mucho ejercicio ese día y tomar bebidas energéticas o hipertónicas para aumentar su resistencia al ejercicio).

Había visitado al urólogo, el cual no encontró ningún síntoma de sospecha. Se describía a sí mismo como “cobarde ante las enfermedades”, y en otras épocas sus preocupaciones habían versado sobre padecer un tumor cerebral (basándose en dificultades para concentrarse en las clases), hipotiroidismo (por sentirse cansado y soñoliento), cáncer de pulmón (durante una época en la que se resfriaba más de lo normal, según su opinión) o cáncer de estómago (cuando alguna comida no le sentaba bien o tenía una digestión “pesada”).

En todas esas ocasiones visitó al especialista correspondiente y nunca se habían

encontrado razones que justificaran sus temores. Comenta que, hasta su visita al urólogo por los problemas de próstata que cree padecer ahora, ha estado diez años sin ir al médico por miedo a que le diagnosticaran una enfermedad grave. La semana previa a la consulta con nosotros, había visitado a un dentista, que, a su vez, lo había remitido al reumatólogo por síntomas relacionados con una sequedad excesiva en las mucosas (boca y ojos, principalmente).

El diagnóstico del reumatólogo fue que padecía un síndrome de Sjögren, también conocido como *síndrome seco*, una enfermedad autoinmune inflamatoria cuyos síntomas más frecuentes son sequedad de ojos y boca y que, según el especialista, era secundario a la medicación antidepresiva que estaba tomando y no revestía en su caso una gravedad especial.

Su preocupación se ha centrado siempre en el miedo a morir e indica que la terapia para el tratamiento de la hipocondría no le ha funcionado hasta ahora.

En el momento en que se presenta en la consulta, el paciente se encuentra muy triste y desanimado porque no puede hacer su vida normal. Se siente física y anímicamente sin fuerzas. No confía en los médicos porque, según dice: “no saben nada, nunca aciertan, hay muchos fallos y demandas y todo eso. Mi hermano mayor es médico y sus hijos siempre están enfermos de algo, así que, si él (su hermano) no sabe cómo curar a sus propios hijos o impedir que se pongan enfermos, imagínate con el resto”.

- *Caso de María. 38 años. Casada y con dos hijas. Trabaja como administrativa*

Acude a consulta porque se encuentra continuamente preocupada por la posibilidad de que ella, o alguna de sus hijas de 8 y 13 años, esté gravemente enferma. Esta preocupación está interfiriendo en todas las áreas de su vida, pues la lleva a poner en marcha diferentes conductas para descartar o confirmar la presencia de una enfermedad. La paciente relata que cada vez que experimenta una sensación corporal extraña, o que alguna de sus hijas presenta cualquier tipo de síntoma, le invaden pensamientos sobre la posibilidad de que una enfermedad grave (no detectada) esté presente.

En el momento de acudir a consulta, su gran temor es la posibilidad de padecer un cáncer, que motivan comportamientos de comprobación, como el estar continuamente tocándose para encontrar posibles “tumores”. No obstante, señala que sus preocupaciones por la salud han ido variando a lo largo del tiempo.

En el pasado, a raíz de una situación estresante con su hija menor, estuvo más centrada en sus hijas que en ella misma. Aun así, en la actualidad, sigue prestando atención a cualquier síntoma de sus hijas que pueda ser indicativo de enfermedad grave (color de las heces, bultos en la cabeza, etc.).

CUADRO 2.1. *Guía para evaluar el estado mental del paciente con hipocondría*

<i>Proceso, función, estado</i>	<i>Alteraciones posibles</i>
Atención	• Hipervigilancia de síntomas y signos corporales.

	• Atención selectiva a cambios corporales. • Atención selectiva a información médica o sobre enfermedades.
Memoria	• Recuerdo selectivo (incrementado) de síntomas o enfermedades previas, propias o ajenas.
Pensamiento	• Pensamientos e imágenes intrusos sobre enfermedades y muerte. • Interpretación distorsionada de signos y síntomas físicos (catastrofismo, intolerancia a la incertidumbre, sobrevaloración de la importancia de los pensamientos). • Ideas sobrevaloradas sobre la salud. • Intensidad de la creencia sobre estar enfermo (incluye rechazo a aceptar explicación médica). • Grado de <i>insight</i> o conciencia del problema.
Estado emocional	• Disforia, depresión. • Irritabilidad. • Ansiedad.
Comportamiento	• Búsqueda de información tranquilizadora, reaseguro. • Comprobación del estado corporal. • Evitación/restricción de actividades. • Relación difícil con el personal sanitario (petición de estudios/pruebas específicas, consultas no programadas, consultas con otros profesionales, etc.). • Interferencia del problema en la vida cotidiana.

2.1.2. Diagnóstico diferencial: guía general

En el primer capítulo, se describieron las principales características que diferencian la hipocondría de otros trastornos y enfermedades en los que la preocupación por la salud o las creencias disfuncionales sobre la misma ocupan un rol relevante.

Teniendo en cuenta esas características, ofrecemos aquí un árbol de decisión ([cuadro 2.2](#)), modificado del que elaboró Starcevic (2001).

Hay que tener en cuenta que este árbol de decisión secuencial no es más que una guía que ayuda al clínico a tomar decisiones sobre la naturaleza fundamental de los síntomas que presenta un paciente. Pero no debe olvidarse que la hipocondría, como sucede con muchos otros trastornos mentales, coexiste muy a menudo con otros. De hecho, puede afirmarse que, en el caso de la hipocondría, *la coexistencia de un trastorno comórbido es más la norma que la excepción*. Ello se debe en buena medida a la tendencia a convertirse en un problema crónico, es decir, a estar presente, con mayor o menor intensidad, en una buena parte de la vida de la persona.

La cronificación de un problema como la hipocondría depende de causas muy diversas, algunas de las cuales tienen que ver con la persona que la padece (ocultación del problema por miedo, vergüenza, sentimientos de culpabilidad, creer que se le pasará o que podrá superarlo, dificultad para tomar conciencia de que tiene un problema, necesidad de preservar un cierto rol tanto a nivel personal como social, etc.), mientras que otras dependen de factores externos a la persona, desde las trabas o imposibilidad para acceder a un tratamiento adecuado, hasta los problemas relacionados con su

diagnóstico. Pero además esa cronificación tiene consecuencias importantes, entre las que se encuentran sin duda la aparición de otros problemas asociados, en especial de sintomatología ansiosa y afectiva, a los que hay que atender también.

En definitiva, lo que se pretende con este árbol de decisión es facilitar el proceso del diagnóstico de hipocondría como el problema principal o, por el contrario, como el secundario. Pero debe insistirse en que el hecho de que sea secundario no significa que no deba ser motivo de atención clínica específica. Además, se debe valorar en qué medida los síntomas hipocondríacos son estables, con una duración superior a los 6 meses (como mínimo) o si se trata de un estado transitorio y, por supuesto, valorar la gravedad y la interferencia que provoca en el funcionamiento cotidiano del paciente.

CUADRO 2.2. *Árbol de decisión para el diagnóstico diferencial de hipocondría*

<i>Cumple criterios de hipocondría</i>	
⇓	
Los síntomas sugieren una enfermedad médica que explican los síntomas de hipocondría	→ SÍ → Enfermedad médica
NO ↓	
¿Cualidad delirante de los síntomas? ¿Más síntomas psicóticos?	→ SÍ → Espectro psicótico
NO ↓	
¿Síntomas típicos de depresión mayor, solo presentes durante episodio de DM?	→ SÍ → Depresión mayor
NO ↓	
Miedo a una enfermedad concreta, evitación de estímulos asociados a ella, consciencia de lo excesivo del miedo	→ SÍ → Fobia a la enfermedad
NO ↓	
Pensamientos/imágenes/impulsos intrusos, que se viven como no razonables, excesivos, injustificados, se intentan detener	→ SÍ → TOC
NO ↓	
El malestar se centra en los síntomas físicos y se busca explicación médica para ellos	→ SÍ → TSS
NO ↓	
Síntomas de ansiedad solo circunscritos a crisis o ataques	→ SÍ → Trastorno de pánico
NO ↓	
Síntomas de hipocondría < 6 meses	→ SÍ → Hipoc. transitoria
NO ↓	
¿Leves? ¿Interfieren poco? ¿Exceso de concienciación con la salud?	→ SÍ → Ansiedad por la salud
NO ↓	
Hipocondría	

El siguiente extracto de la entrevista con Gonzalo, el paciente al que antes se hacía referencia, es ilustrativo de la asociación entre hipocondría y alteraciones del estado

emocional, muy habituales en la práctica clínica, y que en este caso se concretaban, recordemos, en una depresión mayor.

Gonzalo: Yo tuve una depresión a los 23 años, también se supone que, por esto, o sea, motivada por (...) y estuve un año muy mal, no como este año de mal, pero estuve mal, bastante mal.

Terapeuta: O sea, ¿continuamente rumiando, pensando?

G.: Sí, constantemente pensando que me iba a morir. Tenía unos mareos y estaba como ausente. Estuve en tratamiento tres años, pero seguí mi vida normal. Y ahí estuvo mi mujer conmigo, apoyándome, y luego ya me casé porque yo quería vivirlo todo rápido, porque tenía un poco el miedo este... miedo a morir.

T.: ¿Cómo estás de triste?

G.: ¿De triste? Muy triste. Bueno, al principio no. Luego estaba triste porque no hacía mi vida normal, mi vida era sentarme en un sofá y ya está. No tenía ganas de hacer nada. Con el paso del tiempo, y supongo que con los antidepresivos, bueno, yo siempre pensaba en incorporarme a trabajar... pero con el tiempo se me fueron las ganas de trabajar, bueno más que las ganas, siento que no tengo fuerzas.

Se presenta también un extracto de la primera entrevista con Azucena, maestra, de 26 años, con un trastorno de pánico comórbido con hipocondría.

Nunca había recibido tratamiento para la hipocondría, a pesar de que como muchos pacientes se identifica como “hipocondríaca”.

A.: La primera vez fue horrible. Estaba de fiesta y empecé a sentir que todo se nublaba a mi alrededor, que me fallaban las piernas. El corazón me iba a mil. Me llevaron a urgencias. Me hicieron pruebas y nada, pero me tuvieron en observación horas. Me dieron tranquilizantes y me dijeron que había sido un ataque de ansiedad, pero muy gordo, no creas.

T.: ¿Recuerdas si había pasado algo antes, si habías bebido o algo así?

A.: Nada ini hablar! Yo no bebo casi nunca y ese día no me había dado ni tiempo a probarlo... isi acababa de llegar!

T.: Vale, de acuerdo. Pero quizá estabas nerviosa por algo, o enfadada quizá.

A.: Nerviosa, sí, es verdad. Es que a mi madre le habían dicho que tenía que operarse de un bulto en el pecho y yo, preocupada, lo llevaba muy mal. Y a partir de ahí..., sí, creo que fue a partir de ahí cuando empecé con esto de las enfermedades. Todo me preocupa, me da miedo. Siempre pensando que me va a pasar algo o que le va a pasar a mi madre. Cualquier bobada que tenga, ahí está, zas, encima.

T.: Y esos ataques, ¿te han vuelto a pasar?

A.: Sí, muchas veces. Estuve un año o así que los tenía muy seguidos, casi todas las semanas. Llegué a no poder salir de casa por miedo. Entonces me llevaron a terapia y se me fueron. La verdad que la terapia fue muy bien. Pero ahora, ahora, otra vez, desde este verano, otra vez. No sé si será por la boda. Porque desde que me he casado, ya no me preocupan solo mis enfermedades, sino también las de mi marido, que a él le pase algo. Es un sin vivir todo el rato.

T.: ¿Cuáles son los síntomas que más te preocupan?

A.: Pues... es que creo que no son ni siquiera síntomas, así, tal cual. Síntoma lo que le pasó a mi madre, que ya está bien, gracias a dios. Me preocupan, pues eso, chorradas: que si sudo porque sudo, si no sudo porque no sudo, que si me ha salido un granito en la boca, que si me duele la espalda, que si... es un que si, que si, todo el rato. Un suplicio. Y bueno, si un crío en el colegio estornuda o tose, o tiene decimitas, pues ya estoy yo dale que te pego: que si me lo va a pegar, que si a ver si es algo. Y si por una de aquellas al día siguiente, yo que sé, me duele la cabeza, ya la tengo liada.

T.: ¿Qué piensas entonces?, ¿qué quieres decir con que la tienes liada?

A.: Pues eso, ivete tú a saber!, que igual pilló una tuberculosis y luego se convierte en un cáncer. ¡Fíjate qué locura!. Yo sé que es imposible, o casi, pero ies que realmente me lo llego a creer! Y entonces vuelvo loco a todo el mundo esos días. Y si me da muy fuerte, pues acabo teniendo otro ataque de ansiedad.

T.: ¿Por qué dices que vuelves loco a todo el mundo?

A.: Porque me pongo histérica y me empiezo a mirar y a tocar, y pido cita urgente con el médico. Es que me salgo de mis casillas. Y bueno, que acabo teniendo un ataque.

En el caso de Gonzalo, la hipocondría era el problema principal, aunque bien es cierto que en el inicio del tratamiento dedicamos varias sesiones al tratamiento de la depresión (tratamiento cognitivo y estrategias de activación conductual), como paso previo al tratamiento de la hipocondría.

Con Azucena, en cambio, nos centramos en el tratamiento de la hipocondría, aunque, como es lógico, dedicamos varias sesiones a recordar las estrategias de afrontamiento que le habían sido útiles en el pasado, además de integrar el problema dentro del programa mismo de tratamiento de la hipocondría.

2.1.3. Pautas para la formulación clínica del problema

En primer lugar, hay que animar al paciente a que describa el problema con sus propias palabras, centrándose en el presente. Para ello puede ser útil comenzar pidiendo al paciente que describa un día habitual de su vida, puesto que se amplía la información sobre el problema principal y se pueden identificar otros posibles problemas que requieran atención inmediata o futura. Algunos ejemplos de las entrevistas con Gonzalo y María pueden ilustrar este aspecto.

Gonzalo:

T.: ¿Qué es lo que te pasa? Cuéntame.

G.: Bueno, vamos a ver, pues yo... sí... digamos que, al ser una historia mía previa, he sido una persona hipocondríaca toda mi vida, con miedo a las enfermedades, con mucho miedo a las

enfermedades y tal, pero, durante una época, sobre todo cuando saqué la plaza de funcionario y tenía asistencia médica, pues machaqué mucho a los médicos. Luego me di cuenta de que así no podía vivir y entonces estuve como unos 10 años sin ir al médico, también porque me daba un poco de miedo, la verdad, bueno me daba miedo. Así que estuve esos 10 años gestionándolo perfectamente, o sea, no me pasa nada, soy joven, no me pasa nada, y me lo he gestionado así.

Lo que me ocurre ahora es que, hasta Navidad, todos mis miedos eran de tipo físico, o sea de morirme, y ahora el miedo que tengo es... una ansiedad tremenda, porque me equivoqué con el tema de la plaza y tal... Pero lo que pienso es que yo siempre he salido adelante y que ahora no puedo hacerlo porque me falla el cuerpo. Que al final siempre hay solución para todo, sí, pero es que ahora... Ahora me falla el cuerpo y no puedo manejar la ansiedad. Yo la ansiedad la tengo todos los días, estoy súper nervioso hoy, mañana y a todas horas. La idea es que, mentalmente, no puedo con esto.

María:

T.: Cuéntame qué es lo te pasa tal y como tú lo ves.

M.: Siempre he sido una persona muy sufrida, muy padecedora, pero con los años se ha acentuado y con las niñas más. Siempre estoy con altibajos. Todo empezó por una cuestión en particular. Mi hija. Tengo un primo que es toxicómano y que por aquel entonces tenía una pareja. Cuando se casaron, a mi hija la pequeña le dieron el típico regalito de boda que dan a los niños, pero justo mi hija se había caído y se había partido el labio. El caso es que la novia de mi primo le infló un globo, la niña se lo metió en la boca y yo a partir de ahí empecé a obsesionarme y a pensar si le habría pegado el SIDA, la hepatitis, etc. Fui haciendo la pelota sin acudir a un médico, que yo ya no razonaba, cualquier cosa que le pasaba a la niña, la tiraba para ese lado. El detonante es que la niña empezó a echar flujo y la médica me dijo: "a ver si está floja", entonces ahí ya me disparé. En aquel entonces la cosa iba con la niña, pero con los años lo he conseguido superar, pero es que ahora estoy con el cáncer.

A continuación, se debe obtener una información más detallada del problema, incluyendo el inicio, duración y gravedad de los síntomas, y los factores que actúan como agravantes y mantenedores del problema. Algunas preguntas que podrían ayudar a obtener esta información: ¿cuándo empezaron tus preocupaciones por la salud?, ¿en qué situaciones aparecen normalmente estas preocupaciones?, ¿crees que tus preocupaciones han aumentado con el tiempo?, etc.

Gonzalo:

T.: Antes de eso, ¿hubo algún otro episodio? Porque dices: "desde siempre soy hipocondríaco" ...

G.: Tenía miedo a que me pegaran golpes en la cabeza. Si mi madre me daba un cachete la reprendía y le decía que podía generarme un derrame. Eso cuando tenía 7 u 8 años. Tenía miedo a tener meningitis con 11 o 12 años. Siempre tenía miedo. Tuve un tifus cuando tenía 12 años. Pero miedo tenía siempre.

T.: Entiendo. Entonces, el miedo ha estado presente desde siempre. Otra cosa es que haya habido épocas en las que has estado mejor o has conseguido manejarlo.

G.: Sí, lo he manejado bien. Con ritos y cosas así.

Se puede pedir al paciente que describa las pruebas y consultas médicas realizadas en el pasado, y preguntarle por qué cree que el reaseguro no ha funcionado. Por ejemplo: ¿ha acudido al médico para consultar sobre sus síntomas?, ¿ha consultado diferentes médicos o especialistas?, ¿qué tipo de pruebas médicas le han realizado?, ¿cuáles fueron los resultados de estas pruebas?, ¿por qué cree que sigue preocupado o preocupada por su salud a pesar de que los exámenes médicos son normales?, etc.

María:

Pues ahora estoy con el pecho que se me inflamó. Bueno, en el pecho he tenido ya 20 cánceres de pecho. Tengo el pecho fibroquístico y cada vez que me lo toco me veo un bulto nuevo. A finales de junio se me inflamó en parte por tocármelo yo, y sí, me han mandado un tratamiento, aunque el médico me dijo que no me había visto nada. Me dijo que me haría otra ecografía para asegurarse, aunque no me ha visto nada. Pero si voy al médico y me dice: "no tienes nada pero ponte esto", me pongo a maquinar y a pensar que me está ocultando algo, que no lo ha visto nada claro.

Recuérdese que es necesario hacer una evaluación cuidadosa y completa del estado de ánimo, puesto que, en muchas ocasiones, los pacientes con hipocondría experimentan síntomas de depresión o, incluso, ideación suicida, tras un episodio intenso de ansiedad por la salud. Además, algunos pacientes con hipocondría presentan una enfermedad crónica que podría estar contribuyendo a su preocupación por la enfermedad. Esto debe tenerse en cuenta. Hay que valorar también si las preocupaciones por la salud afectan a la vida laboral y social del paciente (por ejemplo, ¿en qué medida la preocupación por la salud ha interferido en su vida social?, ¿y laboral?). Asimismo, se deben registrar los episodios previos de ansiedad por la salud (como ¿recuerda algún momento del pasado, en el que estuviera especialmente preocupado por su salud?), junto con cualquier antecedente de enfermedad física y mental en el paciente o sus familiares (por ejemplo, ¿ha padecido alguna enfermedad grave?, ¿alguna persona de tu familia padece o ha padecido una enfermedad grave?).

Gonzalo:

G.: Ahora porque estoy hinchado a antidepresivos, y como estoy hasta arriba de ellos, las ideas suicidas se me han ido, pero durante una temporada las tenía.

T.: ¿Cuándo tuviste esas ideas suicidas? ¿En qué consistían?

G.: Desde Navidad hasta... bueno, hasta ahora mismo, lo que pasa es que ahora no quiero. Vamos a ver, mi problema es que me veo así: veo una vida de muy mala calidad, y que eso está afectando a mi entorno, como si se estuviera extendiendo. Entonces, inmediatamente, la idea que tengo es que la única forma de acabar con esto, aunque yo no quiera, es suicidándome, porque es una cosa que, al cabo del tiempo, la gente supera y rehace su vida. Pero yo ahora no puedo rehacer

mi vida porque no tengo fuerzas, porque el cuerpo me falla.

María:

[...] Pues sí, de hecho en mi familia. Mi hermana está fatal, a mi hermana. bueno tenía depresiones y le diagnosticaron esquizofrenia paranoide, tiene momentos que está mejor o peor, pero ella no ha dejado las pastillas. Mi prima está actualmente fatal, yo no conozco su diagnóstico, pero está fatal, el primo que era toxicómano, tampoco es que... o sea que sí, que nos viene de familia, que es una herencia que tenemos estúpida. No de lo mío en concreto, pero de tener problemas de estabilidad emocional, sí.

Los miembros de la familia también se ven afectados por la enfermedad del paciente y, al mismo tiempo, pueden afectar al curso de esta. Puede que hayan culpado al paciente por *inventar* síntomas, o se hayan involucrado demasiado con ellos, creando así una red relacional poco saludable. Los miembros de la familia tienen sus propias creencias acerca de la naturaleza de los síntomas, los roles sociales que debe desempeñar el paciente, sus propios roles como familiar y, por supuesto, con respecto a los tratamientos que pueden o no ser adecuados. Por todo ello, es necesario tener en cuenta sus opiniones y creencias, siempre que sea posible. Establecer una relación de comunicación fluida con los familiares más cercanos al paciente puede ayudar a planificar el tratamiento, mejorar la adherencia del paciente al mismo, contar con los familiares en el manejo adecuado del problema y, en suma, mejorar la calidad de vida del núcleo primario de apoyo.

Una vez establecida la naturaleza básica del problema, es necesario evaluar las variables cognitivas y de comportamiento involucradas, ya sea en la aparición del trastorno o en su mantenimiento. Asimismo, hay que acotar cuáles son los síntomas, en caso de que existan, que más preocupan al paciente en el momento actual, así como su gravedad y frecuencia de aparición, y el tipo de explicaciones (médicas o no) que ha encontrado para ellos. A continuación, se examinarán cada uno de estos tres conjuntos de variables.

A) Factores cognitivos

Los pensamientos intrusos negativos, molestos o desagradables sobre los síntomas físicos juegan un papel fundamental en el origen y desarrollo de la hipocondría (Salkovskis y Warwick, 1986; Warwick y Salkovskis 1989, 1990). El contenido de estos pensamientos generalmente está relacionado con el miedo a padecer una enfermedad física y las consecuencias de tal enfermedad. En la entrevista de evaluación, deben registrarse ejemplos de estos pensamientos. Por ejemplo, una pregunta que se puede formular al paciente sería: “cuando experimentas síntomas o estás preocupado por tu salud, ¿podrías decirme exactamente qué pasa por tu cabeza?”. Estos pensamientos no tienen por qué ser frases completas, pudiendo referirse a palabras que aparecen como *flashes* en la mente (cáncer). Asimismo, se debe obtener una descripción detallada de los

síntomas y sensaciones corporales que normalmente *activan* estos pensamientos. El paciente puede utilizar un diario para registrar los diferentes pensamientos negativos que experimenta ante la aparición de un síntoma. También hay que evaluar las imágenes intrusas del paciente. Estas imágenes pueden resultar muy perturbadoras y molestas porque se experimentan de forma muy vívida y suelen estar relacionadas con la enfermedad o la muerte. Así contaba Laura, la paciente que se ha mencionado en el primer capítulo, estas intrusiones:

[...] No descanso bien, me falta el aire, no puedo respirar bien, y de pronto pienso que el pulmón derecho no funciona bien porque tiene un tumor, ¡un tumor dentro!, y es por eso que me duele la espalda. Pero lo que más me preocupa es lo de la clavícula, sé que a la gente que tiene cáncer de pulmón le duele la clavícula, lo sé, y tengo miedo.

En este punto es necesario valorar si hay, además, otras variables cognitivas que están manteniendo la ansiedad por la salud, y de manera especial hasta qué punto el paciente centra su atención de manera selectiva en las sensaciones corporales desagradables y, por lo tanto, en qué medida ignora o pasa por alto otros indicadores sobre su normal estado de salud o sobre los signos que indican que su salud es buena. También hay que explorar qué relaciones establece el paciente entre sus síntomas y la enfermedad que estos le sugieren, y las creencias o supuestos disfuncionales que mantiene sobre la salud y la enfermedad. Estos aspectos se ejemplifican bien en el relato de Laura:

[...] Lo sé, soy consciente de que estoy todo el día escuchándome. Noto cualquier pequeña cosa que me pase y eso me impide concentrarme, hacer mi trabajo, estudiar... Y cuanto más me cuesta concentrarme, peor, porque entonces me digo a mí misma que es porque estoy realmente mal, y que por eso no me concentro... Y vuelta a empezar, otra vez a escucharme, a ver si respiro bien, si me duele el pulmón, etc.

T.: ¿Y qué otras cosas te pasan entonces por la cabeza?, ¿qué piensas?

L.: Pues que todo esto es horroroso, todo lo que pienso, que no lo puedo soportar y que me va a dar un ataque de pánico.

T.: ¿Qué es lo que no puedes soportar?, ¿respirar mal?, ¿el dolor?

L.: No, ahora que me lo preguntas, en realidad creo que lo que no puedo soportar, lo que me agobia más, es no saber, no estar segura. No saber si tengo dentro un tumor o qué. Pero claro, si lo pienso, será por algo, y eso es lo peor, no estar segura de nada.

B) Factores relacionados con el comportamiento

Como ya se ha indicado anteriormente a lo largo de este capítulo, los comportamientos más característicos de los pacientes con hipocondría son la comprobación y la búsqueda de reaseguro. La necesidad de encontrar una explicación *adecuada* para sus síntomas motiva estas conductas, que, a su vez, mantienen o

aumentan la preocupación por la salud. Muchos pacientes realizan numerosas evaluaciones de su estado físico, preguntan repetidamente a los miembros de su familia, sus amigos o médicos para asegurarse de que no padecen la enfermedad que sospechan y se autodiagnostican con la ayuda de internet o manuales médicos.

En la entrevista de evaluación, es necesario evaluar la naturaleza y la frecuencia de este tipo de comportamientos mediante preguntas específicas tales como “¿hay algo que hagas, especialmente cuando estás preocupado por tu salud?”, “¿qué haces cuando entras en ese estado de preocupación, de darle vueltas?”. En ocasiones, los pacientes pueden ser muy concretos y comprender de inmediato a qué nos estamos refiriendo. Por ejemplo, en uno de los fragmentos que antes se han expuesto de la entrevista con Gonzalo, nos decía que en épocas anteriores había conseguido manejar sus temores “con ritos y cosas así”. En estos casos, hay que preguntar a qué se refiere exactamente:

Gonzalo:

T.: ¿A qué te refieres con ritos? ¿Me los podrías explicar mejor?

G.: Sobre todo alimenticios, de no comer ciertas cosas. Y luego pues, procurar comer poco. Y también la idea esa... Esa sí que fue una idea racional, la de pensar que soy una persona joven, y que si tenía alguna molestia le daba una semana, y cuando pasaba una semana le daba un mes.

En todo caso, hay que evaluar siempre de la manera más clara y directa posible la presencia y frecuencia con la que se producen tres de los comportamientos característicos de las personas con hipocondría:

1. *Comprobación corporal.* Se trata de saber si el paciente comprueba el estado de alguna parte específica de su cuerpo, con qué frecuencia lo hace, el método que utiliza y si implica a otras personas (por ejemplo, “¿se toca para comprobar si alguna parte de su cuerpo ha cambiado?”). Además, hay que valorar en qué medida estos comportamientos tranquilizan o no al paciente.
2. *Búsqueda de reaseguro.* Hay que conocer cuáles son las fuentes de las que lo obtiene: familiares, amigos, médicos, farmacéuticos, internet, revistas, etc. Por ejemplo: ¿consultas con tu médico/a sobre los síntomas de la enfermedad que temes padecer?, ¿preguntas a tus familiares, amigos, etc., si tienes buen aspecto o si, por el contrario, pareces enfermo/a?
3. *Evitación.* Hay que explorar las situaciones que evita el paciente preguntando directamente “¿hay cosas que no haces ahora, o que has dejado de hacer, debido a tus preocupaciones, o por el miedo a que los síntomas aumenten?”.

No obstante, a partir de las primeras entrevistas de evaluación, resulta muy útil que los pacientes registren durante un tiempo limitado (dos semanas, una vez realizada la entrevista inicial y antes de abordar el tratamiento) todos aquellos comportamientos que

realizan para asegurarse de que no están enfermos o para evitar estarlo.

Este registro permitirá al terapeuta conocer el abanico de comportamientos disfuncionales que utiliza el paciente, a la vez que valorar si su frecuencia disminuye o se modifica de manera significativa a lo largo del tratamiento.

El fragmento que sigue de la entrevista con María ejemplifica cómo explorar estos aspectos:

María:

T.: Cuando tienes esos pensamientos, esas ideas de que estás enferma, ¿cuéntame, qué es lo que haces habitualmente?

M.: Pues depende. Bueno si me pasa en mí o a quien sea, me dedico a... aunque eso ya no lo hago, eso era muy típico en mí, me ponía a buscar en internet. Eso lo he conseguido evitar la mayoría de los casos porque lo único que hacía era ponerme peor, evidentemente, no me llevaba a ningún lado. Lo que no consigo tanto es ponerme a comprobar, es decir, si es el caso del pecho "taca-taca" a tocar y a mirar, aparte es que lo busco. El fin de semana mismo, mi hija, la mayor me dijo: "me pica la cabeza", y es que voy buscándolo, ¡ay!, que tiene algo. Le vi que tenía una parte más hinchada que la otra y la niña me mandó a freír puñetas. Entonces empecé a tocarme yo a ver si tenía una parte más grande que la otra, como no podía... comprobar, comprobar... Yo lo que más hago es comprobar y, cuanto más compruebo, peor me pongo.

T.: Y lo que compruebas, ¿es que...?

M.: Físico, físico, es algo físico, si es algo que no es físico, que no puedo tocarlo, hay tengo una línea entre comillas, porque como no puedo hacerlo pues me tengo que fiar, porque si soy yo, soy yo, pero si es la niña, a lo mejor le pregunto. Pero no puedo ir a tocar algo. Básicamente mi táctica es esa: comprobar.

T.: Cuando lo haces, ¿cuánto te tranquiliza?

M.: No me tranquiliza en absoluto. O sea, a ver, o a lo mejor me puedo tocar y ¡ay! parece que tengo más pequeño el bulto, pero me vuelvo a tocar otra vez para confirmar si está más pequeño y a lo mejor me lo veo más grande y entonces... no. El final de la historia es que me digo a mí misma: "ya no me toco más", pero sé que lo tengo ahí y a la mínima de cambio me volveré a tocar.

C) Factores relacionados con síntomas físicos

Es necesario realizar un registro detallado de los síntomas físicos que pueden ser motivo de interpretación errónea, en especial las sensaciones derivadas de la activación del sistema nervioso autónomo inducidas por la ansiedad (sudoración excesiva, aumento de tasa cardiaca, etc.), y los cambios corporales que surgen por la comprobación; por ejemplo, la comprobación repetida de un bulto en una mama puede provocar una respuesta inflamatoria y, por consiguiente, dolor y aumento de la sensibilidad alrededor del pecho. Se puede utilizar un diario de una semana de duración, en el que el paciente anote la aparición de los síntomas temidos, calificando su gravedad y describiendo qué

estaba haciendo en ese momento, de tal manera que el terapeuta pueda construir (junto con el paciente) un análisis funcional que permita encuadrar el problema.

Los siguientes extractos de las entrevistas con Gonzalo, Laura y Manuel (el paciente al que se ha hecho referencia en el primer capítulo, que no consultaba nunca con el médico) ejemplifican el relato que hacen los pacientes de sus síntomas.

Gonzalo:

[...] a la vuelta (se refiere a su regreso después de haber participado en una marcha con amigos por el campo) empiezo a notar que tengo la boca muy seca, la saliva muy seca. Voy al dentista y me saca unos hilos de saliva seca que no puedo tragar. Y entonces esto lo empiezo a notar y empiezo a preocuparme y empiezo a darle una importancia muy grande. Pensaba que tenía algo del riñón que me estaba generando estos problemas.

Laura:

Sé que algo me pasa. Algo sucede en mi pecho, en el pulmón. Empiezo a tener mocos, a toser, y me duele. No sé si es mi distorsión o que me estoy volviendo loca, pero anoche me miraba en el espejo y no me reconocía la cara, me veía los pómulos hundidos, muchas ojeras, la boca extraña, me veía cara de agotada, de enferma. Me duele debajo de la clavícula al toser, y sé que eso les pasa a las personas que tienen cáncer de pulmón.

Manuel:

Hace un año o así me salió un granito en la axila que se me inflamó. Entonces empecé a pensar que podía ser un cáncer porque a un vecino mío le salió un bulto debajo del brazo y era un cáncer. Empecé a angustiarme. Un amigo que me dijo que no me preocupara, que eso era normal, que al él le salían de sudar, y que tal y cual, hasta que ya vi que se iba y ya... El mes pasado fue un lunar en la espalda que me vio mi novia. Yo no me lo había visto. Me dijo que era la primera vez que me lo veía, y no sabes el susto que me llevé. Toda la semana pensando que era un cáncer de piel, un melanoma o como se diga. Hasta que le pregunté a mi madre y me dijo que lo tenía desde pequeñito. Pero ahora, desde ese momento, ya sé que cuando vaya a la playa voy a intentar taparlo, para que no le dé el sol, no sea que...

Lo más reciente ocurrió la semana pasada. Estábamos de fiesta en la playa, bebiendo y tal... Normal. Entonces me pido un cubata y al poco de empezar a beberlo siento angustia, me siento incómodo, no sé qué me pasa. Y, entonces, veo que uno de los camareros se estaba riendo y pienso "me han metido algo en la bebida" y les digo a mis amigos, "mirad, yo me voy, que no me encuentro bien". Y total, que mis amigos se van conmigo también. Se preocupan. Me llevan a casa y empiezo a sentirme fatal por haberles fastidiado el día, ya que, llegando a casa, se me había pasado todo, pero claro, no les quise decir nada.

Además de mediante la entrevista clínica habitual, los factores cognitivos, de comportamiento y los relacionados con síntomas pueden evaluarse con instrumentos de autoinforme estandarizados que describiremos más adelante y que se incluyen en el anexo 1 (disponible en www.sintesis.com).

2.2. La relación con el paciente

Muchos pacientes con hipocondría han tenido experiencias negativas con los servicios sanitarios. Puede que hayan consultado con diferentes profesionales médicos (lo que se conoce, de un modo un tanto despectivo como *doctor shopping*), que, en muchos casos, no han hecho más que cuestionar la realidad de sus síntomas, incluso con la mejor de las intenciones: tranquilizar al paciente. En el primer capítulo, ya se ha hecho referencia a la paradoja que para un profesional médico supone un paciente que no está convencido de estar enfermo, pero que actúa y se comporta como si estuviera seguro de padecer una enfermedad. Una respuesta habitual de estos profesionales, una vez hechas las pruebas pertinentes (en el mejor de los casos), es “usted no tiene nada”, refiriéndose, claro está, a nada físico.

Pero el problema es que el paciente sí tiene algo: tiene hipocondría. Y esperar que admita que el malestar físico y emocional que acompaña a sus preocupaciones y miedos por si está desarrollando una enfermedad, no son realistas, es muy difícil o imposible, solo porque el médico le diga que “no tiene nada”. En palabras de Starcevic (1991: 124), “es erróneo suponer que cualquier información, por más tranquilizadora que sea, tenga poder para convencer al que la recibe y que ese convencimiento suponga curación, es decir, que el paciente responda con una mejoría sintomática apreciable”. También se ha comentado en varias ocasiones que los comportamientos de reaseguro son característicos de las personas con hipocondría. Su función no es otra que la de disipar las dudas y el malestar, y es por ello por lo que el paciente acude al médico. Si la respuesta que encuentra es “no tiene nada”, lo normal es que vuelva de nuevo a consultar con ese mismo profesional o con otro, porque, aunque de momento pueda llegar a tranquilizarlo esa respuesta, se sigue sintiendo mal y, por lo tanto, sigue pensando que hubo algo que se pasó por alto, o que no se exploró lo suficiente.

En definitiva, las relaciones entre las personas con hipocondría y el personal sanitario no suelen ser fáciles. Los datos de un estudio realizado en España entre médicos de atención primaria a los que se les preguntaba en una encuesta abierta sobre sus actitudes y problemas en la relación con pacientes hipocondríacos son reveladores de esta situación: el 71% evitaba siempre dar un diagnóstico de hipocondría, a pesar de estar razonablemente seguros de que ese era el problema del paciente; el 53% solicitaba una consulta con un especialista para confirmar la ausencia de diagnóstico de enfermedad médica; el 45% programaba más visitas para asegurarse de que el paciente no tenía en realidad nada; el 35% prescribía placebos para mantener alejado de la consulta al enfermo; el 50% reconocía sentir cansancio e irritación cuando tenía que atenderlos, y de estos, un 6% reconocía incluso no tratarlos adecuadamente (Castañeiras, 2001). Ante datos como estos, es esperable que haya quejas y desconfianza de los pacientes en su relación con los médicos. Puede que parte de esas quejas y desconfianza las traslade también a la consulta con el especialista en psicología clínica o en psiquiatría. A continuación, se exponen las más habituales y las pautas generales para abordarlas.

2.2.1. Los pacientes sienten que no han recibido una explicación satisfactoria sobre sus síntomas

Los pacientes acuden a las consultas médicas deseosos de conocer la causa de sus síntomas. Pero, como ya se ha dicho, esta expectativa no se cumple y los médicos se limitan a decirles que “no les ocurre nada” o que “todo es psicológico”. Para salvar este problema, el terapeuta deberá explicar al paciente que uno de los objetivos de la evaluación psicológica es proporcionar una hipótesis explicativa de lo que le está ocurriendo. Los pacientes con hipocondría tienen un trastorno que les causa malestar y afecta a su funcionamiento diario, por lo que necesitan un diagnóstico, una explicación de sus síntomas, y, si es posible, un tratamiento específico. Se trata, por lo tanto, de ofrecer al paciente una explicación sobre sus problemas y los tratamientos posibles, así como una formulación psicológica que le permita comprender su problema o modificar la percepción que tenía del mismo, con el objetivo de favorecer el cambio.

2.2.2. Los pacientes sienten que no han tenido la oportunidad de explicar sus problemas de manera adecuada

Como en cualquier relación interpersonal, una escucha atenta es imprescindible para que el paciente perciba que estamos tomando en serio su problema. Una respuesta empática al sufrimiento que provocan los síntomas y el reconocimiento de que este sufrimiento es genuino proporciona tranquilidad. Si se les da la oportunidad de contar su historia, es probable que el mero hecho de haberse desahogado tenga en sí mismo un efecto beneficioso. Ello conlleva, en muchas ocasiones, la necesidad de prolongar la evaluación durante más de una sesión.

Una situación habitual en la consulta psicológica es que los pacientes se sientan tan ansiosos que no lleguen a comprender e interiorizar la información recibida a través del terapeuta. Ante esta situación, el terapeuta debe explicar que puede interrumpir la sesión en cualquier momento, en especial si tiene dudas sobre algo, o bien si desea proporcionar alguna información adicional. Al final de la evaluación, se pedirá al paciente que haga un breve resumen sobre las conclusiones aportadas por el terapeuta, con la finalidad de resolver cualquier posible confusión. Se le indicará también que anote cualquier información o inquietud que surja durante los siguientes días, para discutirlo en la próxima consulta.

2.2.3. Insatisfacción con la actitud de los profesionales médicos

Los pacientes con hipocondría se sienten a menudo incomprendidos porque consideran que el médico no toma en serio sus síntomas. El éxito del tratamiento depende, por tanto, de que el terapeuta reconozca que el sufrimiento de los pacientes hipocondríacos es

genuino, real. En este punto, el terapeuta puede decirle al paciente que, afortunadamente, los exámenes médicos realizados son normales, pero que sus molestias desagradables no son únicamente fruto de su imaginación: hacerle ver que sus síntomas son totalmente reales y que el terapeuta no considera que solo estén en su cabeza.

La creencia de un paciente de que los síntomas somáticos tienen una causa física puede ser contrarrestada a través de ejemplos tales como que el dolor de cabeza puede estar provocado por la tensión o que el dolor de pecho pueda producirse como consecuencia de la ansiedad. Se trata de que consigan entender que hay muchos factores que pueden contribuir a la aparición de los síntomas: físicos, fisiológicos, estilo de vida, estrés, etc., y que la mente y el cuerpo son aspectos inseparables e interactivos de un solo organismo. Una explicación de este tipo facilitará la psicoterapia, ya sea de corte cognitivo-conductual o de cualquier otro tipo.

2.2.4. Insatisfacción por las diferencias entre la programación de evaluación y tratamiento que maneja el terapeuta y lo que espera el paciente

Mientras que el paciente puede ver la evaluación y tratamiento psicológico como un obstáculo para conseguir la realización de los exámenes y pruebas médicas que confirmen o descarten una posible enfermedad, el terapeuta piensa que el tratamiento psicológico es lo que realmente necesita. Este posible conflicto no debe ser obviado y requiere ser resuelto lo antes posible, pues, de lo contrario, la alianza terapéutica no será posible y es muy probable que el tratamiento fracase. Las diferencias en las expectativas, metas y creencias sobre la enfermedad del paciente y su tratamiento pueden ser fuentes de tensión, que, si no se abordan, pueden producir una creciente frustración y deterioro de la relación. Discutir abiertamente estos aspectos al inicio de la evaluación, mostrando comprensión y empatía por el dilema que vive el paciente, será imprescindible para que pueda considerar la posibilidad de abordar su problema desde un enfoque psicológico.

2.3. Instrumentos para la evaluación y diagnóstico de la hipocondría

En este apartado se van a describir los instrumentos más utilizados en la evaluación y diagnóstico de la hipocondría, tanto en la práctica clínica como en la actividad investigadora. Entre los instrumentos se incluyen entrevistas estructuradas y semiestructuradas y autoinformes empíricamente validados. Todos los que se describen en detalle a continuación se encuentran en el anexo 1. En ese mismo anexo se presenta un cuadro-resumen que utilizamos en nuestra práctica habitual para sistematizar el análisis funcional del problema que presenta el paciente en el momento en que acude a la consulta y también como control para los seguimientos una vez finalizado el programa

de tratamiento.

2.3.1. Entrevistas diagnósticas estructuradas

Existen dos entrevistas estructuradas que pueden utilizarse para la detección y orientación diagnóstica de la hipocondría y que están focalizadas en la ansiedad: la entrevista para los trastornos de ansiedad del DSM-IV (*Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV*, ADIS; Brown *et al.*, 1994) y la entrevista diagnóstica estructurada para el diagnóstico de hipocondría (*Structured Diagnostic Interview for Hypochondriasis*, SDIH; Barsky *et al.*, 1992). Otras entrevistas diagnósticas estructuradas que se pueden emplear para evaluar la hipocondría son la entrevista clínica diagnóstica estructurada para el DSM-IV-TR (*Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR*, SCID-IV; First *et al.*, 1996) y la minientrevista neuropsiquiátrica internacional (*Mini International Neuropsychiatric Interview*, MINI; Sheenan *et al.*, 1998). No obstante, estas entrevistas presentan la limitación de no incluir un número suficiente de ítems para evaluar la sintomatología hipocondríaca y es preferible utilizarlas para evaluar la comorbilidad con otros trastornos de ansiedad y del estado de ánimo (Abramowitz y Braddock, 2010).

A continuación, va a describirse con más detalle la entrevista diagnóstica estructurada para el diagnóstico de hipocondría (SDIH), puesto que ha sido la herramienta más utilizada para la evaluación clínica y diagnóstico de la hipocondría. Fue desarrollada por Barsky *et al.* (1992) para la evaluación de la hipocondría según los criterios del DSM-III-R y para ser administrada por profesionales de la salud con experiencia en la realización de entrevistas clínicas y un conocimiento básico de psicopatología.

La entrevista comienza con cuatro preguntas que son de carácter general:

1. ¿Tienes muchos problemas de salud?
2. ¿Tienes síntomas que te molestan mucho?
3. ¿Estás preocupado/a por tu salud?
4. ¿Estás continuamente pensando en tu salud?

Si la persona responde de modo afirmativo a cualquiera de ellas, entonces el entrevistador realiza 12 preguntas más, unas de respuesta dicotómica (SÍ/NO) y otras de respuesta abierta. Estas preguntas hacen referencia a los criterios diagnósticos del DSM-III-R:

- a) Preocupación por la enfermedad.
- b) Ausencia de reconocimiento de la enfermedad.
- c) Fobia a la enfermedad.
- d) Duración del trastorno.

Por ejemplo, para evaluar la preocupación por la enfermedad, plantea las siguientes preguntas: ¿le preocupa que pudiera tener una enfermedad grave que no se le ha detectado? (SÍ/NO); ¿le preocupa poder enfermar o estar ya enfermo? (SÍ/NO). Y, como ejemplo de pregunta abierta: ¿qué tipo de síntomas ha experimentado? En función de las respuestas de la persona, el entrevistador juzga si se cumplen o no los criterios para el diagnóstico del trastorno.

El principal criterio de exclusión del DSM-III-R, según el cual los síntomas no solo ocurren en los ataques de pánico, requiere determinar si los pacientes tienen trastorno de pánico. Esto debe hacerse con el módulo de la SCID o con otro método de diagnóstico fiable y válido. La SDIH ha mostrado una elevada fiabilidad interjueces (Barsky *et al.*, 1992), y validez concurrente y predictiva (Barsky *et al.*, 1998).

En el anexo 1 se puede encontrar una adaptación de la SDIH al español realizada por Castañeiras, Belloch y Botella y utilizada en las investigaciones y en la práctica clínica de nuestro grupo sobre la hipocondría y la ansiedad por la salud. Las modificaciones introducidas son las siguientes:

- a) Adaptación de las preguntas a los criterios del DSM-IV.
- b) Formato de respuesta de 0-10, con el fin de valorar no solo la presencia o ausencia del criterio, sino además su intensidad.
- c) Descripción de los síntomas o problemas médicos diagnosticados.
- d) Preguntas de cribado para facilitar el diagnóstico diferencial o la presencia de comorbilidad.
- e) Tipo y duración de tratamientos actuales.
- f) Otros datos clínicos de interés para la evaluación.

Esta versión adaptada es mucho más breve que la original, aunque recoge todos los aspectos que pueden considerarse esenciales para el diagnóstico.

2.3.2. Entrevistas semiestructuradas

A) *Escala de obsesiones-compulsiones de Yale-Brown adaptada a la hipocondría (Hypochondriasis Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale-Modified version, H-YBOCS-M; Skritskaya et al., 2012).*

Esta entrevista fue inicialmente elaborada por Goodman *et al.* (1989) para evaluar la gravedad de la sintomatología obsesivo compulsiva. Diferentes autores la han adaptado recientemente para la evaluación de los síntomas hipocondríacos (Abramowitz y Braddock, 2011; Greeven *et al.*, Balkom, 2009; Skritskaya *et al.*, 2012). Aquí va a describirse la versión más actualizada de este instrumento, la escala de obsesiones-

compulsiones de Yale-Brown adaptada a la hipocondría-versión modificada (H-YBOCS-M) de Skritskaya *et al.* (2012).

Se trata de una entrevista semiestructurada administrada por un terapeuta con experiencia para evaluar la gravedad de la sintomatología hipocondríaca.

Consta de 19 ítems que se responden en una escala tipo Likert de 5 puntos (desde 0 = ausencia de síntomas hasta 4 = síntomas extremos). Se divide en tres subescalas que evalúan:

1. Preocupación por la enfermedad.
2. Conductas relacionadas con la enfermedad.
3. Evitación.

Dentro de cada subescala, los diferentes enunciados examinan la frecuencia, el tiempo empleado, la interferencia, el malestar, la resistencia y el grado de control. La puntuación de gravedad total del H-YBOCS-M es la suma de los ítems del 1 al 18. El ítem 19 evalúa la conciencia de enfermedad del paciente y no se incluye en el cómputo total de la escala. No se han calculado todavía los puntos de corte para este instrumento, pero puntuaciones más altas indican una mayor gravedad del trastorno. El H-YBOCS-M tiene una buena consistencia interna, fiabilidad (interjueces y test-retest) y sensibilidad al cambio terapéutico (Skritskaya *et al.*, 2012). La traducción de la escala al español, realizada por una de las autoras del libro, se ofrece en el anexo 1.

2.3.3. Instrumentos de autoinforme

A continuación, se describen los principales cuestionarios de autoinforme que se utilizan actualmente tanto en la práctica clínica como en la investigación. Todos ellos se han validado y cumplen los requisitos científicos necesarios para poder utilizarlos con garantías en población hispanohablante.

A) Índice Whiteley (Whiteley Index, IW; Pilowsky, 1967)

Fue diseñado por Pilowsky en 1967 como un instrumento de cribado para la detección de la hipocondría y todavía hoy sigue siendo una de las herramientas más utilizadas en la investigación y práctica clínica. Sus enunciados se desarrollaron a partir de las experiencias que el personal sanitario (médicos, enfermeros y auxiliares) había tenido con los pacientes que padecían elevada ansiedad por la salud.

Se trata de un cuestionario de autoinforme de 14 ítems con respuesta dicotómica (SÍ/NO), aunque versiones más recientes proponen utilizar una escala tipo Likert. Los ítems se distribuyen en tres dimensiones o factores que hacen referencia a la

preocupación por el cuerpo, la fobia a la enfermedad y la convicción de enfermedad, si bien lo más habitual es utilizar la puntuación total. De hecho, el punto de corte para un diagnóstico probable de hipocondría es una puntuación total mayor o igual a 8. No obstante, un estudio reciente ha encontrado que el punto de corte óptimo para detectar la hipocondría es mayor o igual a 5 (Hedman *et al.*, 2015). Los resultados de múltiples estudios han demostrado que el IW presenta una buena fiabilidad y validez (Speckens, 2001).

El IW puede encontrarse también incluido en el cuestionario de conducta de enfermedad (*Illness Behavior Questionnaire*, IBQ; Pilowsky y Spence, 1983), un instrumento compuesto por 62 ítems que proporciona información relevante sobre las actitudes, ideas, emociones y atribuciones de un paciente en relación con la enfermedad. Una traducción al español del cuestionario, realizada por una de las autoras, se encuentra en el anexo 1.

B) Inventario de ansiedad por la salud-versión abreviada (Short Health Anxiety Inventory, SHAI; Salkovskis, Rimes, Warwick y Clark, 2002)

Es un cuestionario de autoinforme, ampliamente validado, que evalúa la ansiedad por la salud independientemente del estado de salud física. El SHAI se desarrolló seleccionando 18 ítems de los 64 ítems originales que incluía una versión extensa del instrumento, el inventario de ansiedad por la salud (*Health Anxiety Inventory*, HAI; Salkovskis *et al.*, 2002). Cada ítem consiste en cuatro afirmaciones que expresan diferentes niveles de intensidad. Por ejemplo:

1. No me preocupo por mi salud.
2. Ocasionalmente me preocupo por mi salud.
3. Paso mucho tiempo preocupándome por mi salud.
4. Paso la mayor parte del tiempo preocupándome por mi salud.

Para cada ítem, se pide a la persona que seleccione la afirmación que mejor describe sus sentimientos durante los últimos seis meses. Las afirmaciones se califican en una escala categórica de 0 (baja ansiedad por la salud) a 3 (elevada ansiedad por la salud). La puntuación total del SHAI va de 0 a 54. No obstante, algunos autores han empleado una escala que oscila de 1 a 4, con una puntuación total que va de 0 a 72 (Abramowitz *et al.*, 2007b). Los autores del SHAI identificaron dos factores:

1. Probabilidad de padecer una enfermedad.
2. Consecuencias negativas de la enfermedad.

Sin embargo, los resultados de diferentes investigaciones son inconsistentes,

variando en el número de factores encontrados o en los ítems que incluye cada factor (Abramowitz *et al.*, 2007a; Wheaton *et al.*, 2010). Pese a ello, la estructura de dos factores del SHAI es la que ha recibido mayor apoyo en la literatura científica, incluyendo nuestra propia validación en el contexto español (Arnáez *et al.*, 2019; Te Poel, *et al.*, 2017).

Se han propuesto diferentes puntos de corte para identificar a las personas con elevada ansiedad por la salud o hipocondría. Por ejemplo, Kojcan (2016) sugirió una puntuación total de 27, y Salkowskis *et al.* (2011) propusieron una puntuación de 38. Otros autores informaron puntuaciones de corte más bajas, de 15 a 18, para identificar a las personas con preocupaciones excesivas sobre la salud (Rode *et al.*, 2006; Zhang *et al.*, 2015). No obstante, como afirman Alberts *et al.* (2013), aunque las puntuaciones de corte mencionadas se utilizan ampliamente, no existen suficientes datos que las apoyen.

Los diferentes estudios han utilizado muestras muy dispares (desde estudiantes universitarios hasta pacientes con enfermedades cardiovasculares), y algunos de ellos ni siquiera han especificado la población con la que se obtuvieron las puntuaciones.

En nuestro estudio de validación realizado en la población española adulta que incluía tanto personas con hipocondría como sin trastornos mentales, constatamos que una puntuación de 40,5 en la escala total presentaba valores óptimos para diferenciar entre ausencia y presencia del trastorno (sensibilidad del 100% y especificidad del 95%) (Arnáez *et al.*, 2019). Pese a la disparidad de resultados en los distintos contextos socioculturales, el SHAI muestra una excelente fiabilidad y validez y es considerado una herramienta de cribado para la detección de la hipocondría particularmente útil en contextos médicos (Salkovskis *et al.*, 2002).

Una versión del SHAI para niños y adolescentes ha sido validada en español por Morales *et al.* (2015) y la versión para adultos es la realizada por nuestro grupo (Arnáez *et al.*, 2019), cuya traducción al español se incluye en el anexo 1.

C) Escalas de actitud hacia la enfermedad (Illness Attitude Scales, IAS; Kellner, 1986, 1987)

Las escalas de actitud hacia la enfermedad (IAS) fueron desarrolladas por Kellner (1986, 1987) para evaluar miedos, actitudes y creencias relacionados con la hipocondría y la conducta anormal de enfermedad. Con estas escalas, Kellner buscaba mejorar los problemas que presentaban los dos instrumentos de autoinforme por entonces más utilizados para evaluar hipocondría y conducta anormal de enfermedad: la escala de hipocondría del inventario multifásico de personalidad de Minnesota (MMPI) y el cuestionario de conducta de enfermedad (IBQ). Por ello, se incluyeron ítems que únicamente evaluaran creencias, actitudes y miedos asociados a hipocondría, excluyendo otros no específicos del trastorno como dificultades para conciliar el sueño, síntomas de disforia o síntomas somáticos.

Consta de 9 escalas, cada una de ellas con 3 ítems que se responden en una escala

tipo Likert de 5 puntos (desde 0 = no, nunca, hasta 4 = la mayoría del tiempo, casi siempre). Además, las IAS incluyen dos preguntas adicionales de control: la 22, sobre la existencia actual de alguna enfermedad orgánica diagnosticada y, en caso afirmativo, de cuál se trata, y la 26, sobre tratamientos recibidos durante el último año. Ninguna de estas dos preguntas contribuye a la puntuación total, ni a la de ninguna de las subescalas. Los contenidos de las subescalas son los siguientes:

1. *Preocupación por la enfermedad*: inquietud por el estado físico actual y por la posibilidad de enfermar.
2. *Preocupación por el dolor*: interpretación disfuncional del dolor y consultas médicas asociadas con él.
3. *Hábitos de salud*: evitación de hábitos y alimentos no saludables y conductas de autoobservación corporal.
4. *Creencias hipocondríacas*: creencias distorsionadas sobre estar padeciendo una enfermedad y desconfianza hacia la información médica.
5. *Tanatofobia*: miedo a la muerte y estímulos asociados.
6. *Fobia a la enfermedad*: miedo desproporcionado a la posibilidad de contraer una enfermedad.
7. *Preocupación por el cuerpo*: frecuencia con que se atiende a las sensaciones corporales y preocupación por ellas.
8. *Experiencia con el tratamiento*: frecuencia de consultas médicas y tratamientos recibidos en el último año.
9. *Efectos de los síntomas*: interferencia de los síntomas en la vida cotidiana.

La puntuación total de cada subescala se obtiene sumando los tres ítems. Los ítems 22 y 26 tienen una valoración cualitativa. Las IAS han demostrado tener una adecuada sensibilidad para discriminar entre los pacientes con hipocondría y otros trastornos psicológicos (Kellner, 1987). Este instrumento también ha mostrado una fiabilidad y validez aceptables (Speckens *et al.*, 1996). No existe, que sepamos, una versión validada en español de las IAS, pero han sido traducidas al español por diferentes autores, entre los que se encuentran autores de este libro. Una copia del instrumento traducido puede encontrarse en el anexo 1.

D) Escala de amplificación somatosensorial (Somatosensory Amplification Scale, SASS; Barsky, Wyshak y Klerman, 1990)

La escala de amplificación somatosensorial (SSAS) de Barsky, Wyshak y Klerman (1990) es un instrumento de autoinforme ampliamente utilizado, que se basa en el modelo cognitivo-perceptual de la hipocondría (Barsky *et al.*, 1990). La amplificación somatosensorial se define como la tendencia a malinterpretar las sensaciones corporales

normales y experimentarlas como intensas y amenazantes (Barsky y Klerman, 1983). La escala se construyó con el fin de evaluar la sensibilidad a las sensaciones benignas que resultan molestas, pero que no constituyen síntomas típicos de enfermedad. La SSAS está compuesta por 10 ítems que evalúan la sensibilidad a las sensaciones corporales (por ejemplo, “algunas veces puedo oír mi pulso o los latidos de mi corazón palpitando en mi oído” o “enseguida siento las contracciones de hambre en mi estómago”). Los ítems se responden en una escala tipo Likert de 5 puntos (desde 0 = nada en absoluto, hasta 4 = totalmente) y se pide a la persona que indique en qué grado cree que tales enunciados la caracterizan. El rango posible de puntuaciones oscila entre 10 y 55.

Las propiedades psicométricas de la escala fueron estudiadas originariamente en una población de pacientes con diagnóstico clínico (criterios DSM-III-R) procedentes de atención primaria, que incluía pacientes con diagnóstico de hipocondría (Barsky *et al.*, 1990). La consistencia interna (alfa de Cronbach), según el estudio citado, fue de 0,82 y la fiabilidad test-retest, medida en un intervalo de tiempo de 74 días, de $r = 0,79$. Estos resultados fueron confirmados en un estudio posterior en una muestra con características similares (Speckens *et al.*, 1996). El instrumento ha sido estudiado en nuestro medio, tanto en población no clínica (Belloch, *et al.*, 1999), con una consistencia interna de $\alpha = 0,80$, como en una muestra de personas con hipocondría según criterios DSM-III-R (Martínez, 1997). En este caso, la consistencia interna fue algo menor, pero elevada ($\alpha = 0,77$). Las adaptaciones de la SSAS a otros contextos e idiomas, como el turco (Gulec y Sayar, 2007) o el japonés (Nakao *et al.*, 2002), han mostrado propiedades psicométricas adecuadas.

El análisis factorial de la versión en español de la escala en una muestra de pacientes diagnosticados de trastornos de pánico e hipocondría (Martínez, Belloch, y Botella, 1999), ha reflejado dos componentes:

1. Amplificación de estímulos externos o situacionales (ítems 1, 2, 5 y 7).
2. Amplificación de estímulos internos o interoceptivos (ítems 3, 5, 6, 8, y 10).

Esta misma versión, analizada en población general, ha replicado la estructura bifactorial, aunque con ligeras variaciones (Belloch *et al.*, 1999). En este último estudio, se estableció como punto de corte una puntuación superior a 21, que identifica, con *razonable seguridad*, a personas amplificadoras entre la población normal (Belloch *et al.*, 1999). En el estudio de López-Santiago (2011), tanto los pacientes con hipocondría como los diagnosticados de trastorno de síntomas somáticos y los de pánico obtuvieron puntuaciones similares, lo que indica una escasa capacidad de la escala para diferenciar entre personas con diagnósticos diferentes. De hecho, las principales críticas a la escala se refieren a su validez.

Según Kirmayer *et al.* (1994), la escala parece ser más una medida de los *productos* de la amplificación somática y no tanto una medida los *procesos* cognitivos y perceptivos implicados en el constructo teórico de la amplificación. Por otra parte, tampoco queda claro si el instrumento permite diferenciar la amplificación de síntomas

somáticos de otras formas de malestar. Como muy bien señaló Martínez (2001), una de las principales limitaciones es su validez de constructo, en la medida en que el cuestionario solo evalúa dos de los tres componentes del constructo teórico de amplificación, tal y como lo formuló el autor del constructo y de la escala: la hipervigilancia corporal y la focalización atencional sobre los síntomas corporales. Pero respecto al tercer componente, la interpretación negativa de las sensaciones físicas, nada puede inferirse de las respuestas al cuestionario (Martínez *et al.*, 1999).

La versión validada al español de Martínez *et al.* (1999) se incluye en el anexo 1.

E) Inventario de pensamientos intrusos sobre la enfermedad (INPIE; Arnáez, García-Soriano y Belloch, 2017).

El INPIE es un cuestionario de autoinforme recientemente diseñado por nuestro grupo para evaluar la frecuencia y las características de los pensamientos intrusos sobre la enfermedad (PIE). Está basado en el inventario de pensamientos intrusos obsesivos (INPIO; García-Soriano, 2008a, 2008b; García-Soriano *et al.*, 2011; García-Soriano y Belloch, 2013) y su finalidad es explorar la presencia de este tipo de cogniciones, y sus consecuencias funcionales asociadas, en la población general. Por lo tanto, su objetivo inicial está más vinculado con la ansiedad por la salud que con la hipocondría clínica. No obstante, al igual que sucede con el INPIOS, su utilidad clínica reside en cuatro aspectos:

- a) Evaluar la presencia de intrusiones molestas sobre la salud y la enfermedad en pacientes.
- b) Evaluar de un modo preciso y detallado las consecuencias (emocionales, interferencia, creencias asociadas, y estrategias de control disfuncionales) que tienen las intrusiones más molestas (y, por tanto, clínicamente significativas), de tal modo que se pueda realizar un análisis funcional exhaustivo de la sintomatología del paciente.
- c) Desde el punto de vista terapéutico, permite ayudar a que un paciente comprenda mejor las razones por las que una intrusión llega a convertirse en un problema clínico, mientras que otras, aun siendo molestas, no llegan a ese punto.
- d) Normalizar la experimentación de este tipo de intrusiones, que son extraordinariamente frecuentes en la población general.

Por todo ello, antes de que la persona responda al cuestionario, se le ofrece una descripción detallada de lo que significa el concepto de *pensamiento intruso*, a fin de evitar confusiones y sesgos de respuesta.

El cuestionario se divide en dos partes bien diferenciadas. La primera evalúa la frecuencia con la que se experimentan un listado de 42 PIE, según una escala de 7 puntos: desde 0, “nunca he tenido esta intrusión”, hasta 6, “tengo esta intrusión

frecuentemente, durante todo el día”. Los 42 PIE se agrupan empíricamente en cinco factores según su contenido (Arnáez *et al.*, 2017):

1. Intrusiones que aparecen de forma espontánea o ante sensaciones físicas leves o inocuas.
2. Intrusiones asociadas a la desconfianza hacia el médico y las explicaciones médicas.
3. Intrusiones relacionadas con el estado de salud de un ser querido o una persona cercana.
4. Intrusiones que aparecen ante síntomas físicos prolongados o cuando se recibe información nueva sobre la enfermedad.
5. Intrusiones relacionadas con la muerte.

En la segunda parte del INPIE, los participantes deben elegir la intrusión más molesta que hayan experimentado en los últimos 3 meses de entre las 42 enumeradas en la primera parte. Una vez seleccionada, se pide evaluar esa intrusión en 4 dimensiones o aspectos, que se corresponden con el análisis funcional de la intrusión elegida que, en el caso de los pacientes, se corresponde con el síntoma más perturbador. Para esa evaluación, se utilizan escalas Likert de 5 puntos (desde 0 = en absoluto, nada, nunca, hasta 4 = extremo, muchísimo, siempre). Las dimensiones son las siguientes:

- a) 6 ítems sobre el impacto emocional que provoca la intrusión al experimentarse: malestar, ansiedad, tristeza, culpa, asco y vergüenza.
- b) 3 ítems sobre la dificultad para controlar la intrusión y la interferencia que esta produce: dificultad para controlar la intrusión; éxito en el control/supresión; interferencia o interrupción de la actividad en curso que provoca.
- c) 8 ítems sobre la forma disfuncional en que se evalúa la intrusión: importancia del pensamiento; fusión pensamiento-acción tipo moral; fusión pensamiento-acción tipo probabilidad; significado personal que se atribuye a la intrusión; responsabilidad que suscita; importancia de controlar la intrusión; sobrevaloración de la amenaza que representa el hecho de tener la intrusión, e intolerancia a la incertidumbre que genera la intrusión.
- d) 18 ítem referidos a estrategias de control que la persona utiliza para deshacerse o neutralizar la intrusión. Estas estrategias se agrupan en tres factores derivados empíricamente y un ítem independiente:
 - 10 ítems sobre estrategias generales para controlar el pensamiento: distracción (cognitiva y conductual), compulsión mental, reestructuración cognitiva, búsqueda de reaseguro, autotranquilización, esfuerzos de supresión del pensamiento, detención del pensamiento, relajación y evitación.

- 4 ítems sobre estrategias relacionadas con la salud y la enfermedad: conductas de comprobación y chequeo, conductas de búsqueda de reaseguro, búsqueda de información tranquilizadora, y conductas dirigidas a mantenerse sano/a.
- 3 ítems sobre compulsiones típicas del trastorno obsesivo-compulsivo (TOC): lavar/lavarse, ordenar, repetir.
- 1 ítem sobre no hacer nada para librarse o afrontar la intrusión.

La primera parte del INPIE ha demostrado buenas propiedades psicométricas en población general, con una consistencia interna (α) que oscila entre 0,80 y 0,94. La segunda parte tiene una consistencia interna aceptable, entre 0,65 y 0,81, excepto para la escala de compulsiones típicas del TOC, en la que la consistencia es pobre. En el anexo 1 puede encontrarse una copia de este instrumento.

F) Inventario de preocupaciones hipocondríacas de Aiglé (IPHA; Belloch, Fernández – Álvarez, y Castañeiras, 2004)

Es un instrumento de autoinforme diseñado para evaluar las preocupaciones y miedos hipocondríacos y la ansiedad por la salud en la población general. El IPHA se basa en los criterios DSM-IV para el diagnóstico de hipocondría, así como algunos de los más relevantes supuestos que, desde una perspectiva cognitivo-conductual, caracterizan este trastorno. Consta de 30 ítems que deben responderse en una escala tipo Likert de 7 puntos que oscila entre 0 y 6, con tres verbalizaciones de anclaje: “nada habitual en mí, no me suele pasar”, “bastante habitual en mí, me sucede bastante” y “muy habitual en mí, me pasa muchas veces”. La puntuación total oscila entre 0 y 180. Los 30 ítems se agrupan empíricamente en cinco dimensiones o subescalas:

1. Miedo a la enfermedad fatal y a la muerte (8 ítems).
2. Consciencia de hipocondría (6 ítems).
3. Atención a y vigilancia de la salud (6 ítems).
4. Sentimientos de vulnerabilidad a la enfermedad (5 ítems).
5. Desconfianza hacia el médico y convicción de enfermedad (5 ítems).

La utilidad de este cuestionario ha sido puesta a prueba en el contexto clínico por nuestro grupo, con resultados excelentes. Por ejemplo, en el estudio de López-Santiago (2011), los pacientes con hipocondría obtuvieron puntuaciones significativamente superiores a las de pacientes con trastorno de síntomas somáticos, pacientes con trastorno de pánico y población general sin trastornos. Los mismos resultados se obtuvieron con las tres primeras subescalas (miedo a la enfermedad y a la muerte, conciencia de hipocondría y atención/vigilancia de la salud). Sin embargo, tanto los

pacientes con hipocondría como los diagnosticados de trastorno de síntomas somáticos obtuvieron puntuaciones similares en las subescalas 4 y 5 (sentimientos de vulnerabilidad a la enfermedad y desconfianza hacia el médico/convicción de enfermedad). Es importante señalar que estos resultados se mantuvieron aun cuando se controló la posible influencia de la depresión.

En cuanto a la capacidad discriminativa del cuestionario en el contexto clínico, se ha constatado que una puntuación total de 96 o superior (sensibilidad 91,3%; especificidad: 84%) permite diferenciar entre personas con hipocondría y pacientes con otros tipos de trastornos (de síntomas somáticos, otros somatomorfos y pánico), además de población general sin trastornos. En síntesis, el IPHA ha demostrado unas buenas propiedades psicométricas y ser capaz de diferenciar entre personas que manifiestan preocupaciones de naturaleza hipocondríaca por la posibilidad de estar enfermas, independientemente de su estado de salud y las que indican no tener este tipo de preocupaciones (Belloch *et al.*, 2004). Una copia del instrumento se presenta en el anexo 1.

G) Escala de intolerancia a la incertidumbre (Intolerance of Uncertainty Scale, IUS; Freeston, Rhéaume, Letarte, Dugas y Ladouceur, 1994)

Un instrumento de autoinforme que, aunque no está diseñado exclusivamente para evaluar preocupaciones y miedos hipocondríacos, se utiliza frecuentemente en la evaluación de la hipocondría es la escala de intolerancia a la incertidumbre (IUS) de Freeston *et al.* (1994). La intolerancia a la incertidumbre se ha considerado una variable de vulnerabilidad cognitiva para el desarrollo y mantenimiento de la hipocondría.

La IUS está compuesta por 27 ítems, que se responden en una escala de tipo Likert de 5 puntos (1 = nada característico de mí, y 5 = extremadamente característico de mí), relacionados con la idea de que la incertidumbre es inaceptable, provoca malestar en la persona y puede llevar a la frustración, al estrés y a la incapacidad de actuar. Por ejemplo, “uno debería planificar siempre para evitar sorpresas” o “un pequeño acontecimiento imprevisto lo puede estropear todo, incluso con la mejor planificación”. La escala ha mostrado unas propiedades psicométricas adecuadas y una validez de constructo aceptable (Freeston *et al.*, 1994). La traducción al castellano de la IUS realizada por una de las autoras del libro puede encontrarse en el anexo 1.

Causas de la hipocondría

En las últimas décadas se han presentado varios modelos y teorías para explicar los mecanismos psicológicos que subyacen tanto a la génesis como al mantenimiento de la hipocondría. Estos modelos se asientan en paradigmas teóricos tan dispares como el psicodinámico, el psicosocial, el conductual, el cognitivo o el cognitivo-conductual. Es cierto que la mayoría de ellos reconocen que la hipocondría no obedece a una causa única, sino a un proceso interactivo de variables de diversa índole, cada modelo ha subrayado la importancia de un elemento frente a los demás. Desde una perspectiva psicodinámica, ha sido conceptualizada como una manifestación somática de fuerzas emocionales intrapsíquicas e inconscientes. Las formulaciones de corte psicosocial la han entendido en términos de ganancias asociadas al hecho de asumir el rol de enfermo o como un modo de comunicación interpersonal. Finalmente, las aproximaciones conductuales y cognitivas la han considerado producto de alteraciones o disfunciones en la atención, en el pensamiento, o en ambos. En este capítulo se resumen algunas de las contribuciones más significativas realizadas desde estos enfoques psicológicos, con especial referencia a los cognitivo-conductuales, ya que de ellos se derivan los planteamientos terapéuticos considerados más eficaces en la actualidad que se exponen en el [capítulo 4](#).

3.1. Planteamientos psicodinámicos

Los autores psicodinámicos no se mostraron muy interesados en el estudio de la hipocondría. De hecho, Freud incorporó las explicaciones sobre la etiopatogenia de esta condición únicamente con el propósito de abrir una vía para aproximarse al conocimiento del narcisismo. Como idea general, sugería que “el hipocondríaco retrae su interés y su libido – esta última con especial claridad– de los objetos del mundo exterior y los concentra sobre el órgano que le preocupa” (Freud, 1914: 2022).

Propuso que en la hipocondría existían alteraciones orgánicas, lo que condujo a incluirla, junto con la neurastenia y la neurosis de angustia, entre las neurosis actuales.

Estas alteraciones orgánicas las relacionó con la *erogeneidad*, que consideraba una facultad que poseían todos los órganos y que podía incrementarse o aminorarse en una zona determinada del cuerpo. Además, señaló que “paralelamente a cada una de estas alteraciones de la erogeneidad en los órganos, podría tener efecto una alteración de la carga de libido en el yo. Tales serían, pues, los factores básicos de la hipocondría” (Freud, 1914: 2023).

Más específicamente, consideraba que el fenómeno de la hipocondría tenía su origen en el estancamiento de la libido del yo que, al provocar displacer, hacía surgir la necesidad de investir de libido los objetos del exterior. Si la descarga exterior de los impulsos no podía ser satisfecha de manera inmediata (o esta no era oportuna), se producía la introversión de la libido, es decir, que se orientaba hacia los objetos imaginarios en vez de hacia los objetos reales. Esta elaboración interna de la libido era posible gracias a las fantasías megalomaniacas. Cuando este mecanismo psíquico fracasaba en su función, surgían las manifestaciones hipocondríacas.

Las explicaciones psicoanalíticas de la hipocondría que se han ido elaborando con posterioridad, pueden ser agrupadas en dos conjuntos (Nemiah, 1982):

1. Teorías que la entienden como expresión de pulsiones biológicas.
2. Teorías que la consideran un mecanismo de defensa del yo.

3.1.1. La hipocondría como expresión de pulsiones biológicas

Los autores clasificados en este grupo han propuesto que la hipocondría es un canal alternativo a través del cual la persona puede desviar sus impulsos sexuales, agresivos u orales. Schilder y colaboradores desarrollaron el concepto de Freud respecto de la libido narcisista, planteando que la libido objetal sexual es retirada de los objetos mediante el mecanismo psíquico de la regresión, y es dirigida de nuevo hacia el yo en forma de libido narcisista. De este modo, según estos autores, el placer sexual reside en “el experimentado en los genitales simbólicos de los órganos del sujeto hipocondríaco” (...) “las sensaciones hipocondríacas simbolizan los genitales” (Nemiah, 1982: 931).

Otros teóricos psicodinámicos como Vaillant (1977) y Brown y Vaillant (1981) han puesto el énfasis en la transformación de los deseos de agresión y hostilidad dirigidos hacia los demás en quejas físicas. Consideran que los sentimientos de ira y agresividad originados por ciertas experiencias vitales negativas, como el abandono o el rechazo, al no poder ser expresados abiertamente, son reconvertidos en críticas y reproches hacia los demás. Autores como Altman (1975), han señalado la importancia de los impulsos orales y de dependencia. Defienden que los síntomas hipocondríacos son una expresión, en forma de quejas corporales, de deseos de atención y mimo, los cuales son satisfechos mediante el reclamo de cuidados justificados por el estado de enfermedad.

3.1.2. La hipocondría como mecanismo de defensa del yo

Los autores que se incluyen en este grupo han considerado que la hipocondría desempeña una función de defensa del *yo* contra la baja autoestima o la culpa. Para Sullivan (1953), representa una “actividad substitutiva” que impide que el sujeto sufra al enfrentarse directamente al descenso de autoestima. Afirma que la persona puede aceptar mejor la imagen de sí mismo como físicamente enfermo que como carente de valor (Nemiah, 1982). Wahl ha sugerido que la sintomatología hipocondríaca desempeña una función protectora de la culpa por sentir deseos de destrucción dirigidos hacia los demás, debido al hecho de experimentar el *yo* herido, debilitado y castigado. Delahousse (1976), planteaba que la *defensa hipocondríaca* funciona como un amortiguador que, cuando se desborda, puede dar lugar a la aparición de otras condiciones más graves como la melancolía, la psicosis esquizofrénica delirante o el delirio paranoide. Holmes (1981) ha presentado una explicación parsimoniosa de la hipocondría al considerar que el mecanismo de defensa principal que actúa en este trastorno es la *racionalización*. Según este mecanismo, el hipocondríaco utiliza sus síntomas físicos como forma de justificar la ansiedad que le provocan sus preocupaciones subyacentes. La naturaleza de estas preocupaciones varía, de acuerdo con Holmes, dependiendo del planteamiento teórico concreto que se asuma.

3.2. Planteamientos psicosociales

Entre las explicaciones de carácter psicosocial que pretenden dar cuenta de los comportamientos hipocondríacos, pueden identificarse dos grupos principales. Por un lado, las que han enfatizado las ventajas o beneficios que se pueden derivar del hecho de adoptar el papel de enfermo, tales como recibir cuidados o eludir responsabilidades, y, por otro, las que han entendido la hipocondría como un modo de comunicación interpersonal (Barsky y Klerman, 1983). A continuación, se comenta qué propone cada una de ellas.

3.2.1. Rol de enfermo y conducta anormal de enfermedad

Algunos autores (Parsons, 1951; Mechanic, 1962; Pilowsky, 1969) han conceptualizado la enfermedad, o el hecho de enfermar, desde una perspectiva biopsicosocial. Parsons (1951) acuñó el término *rol de enfermo* para subrayar la idea de que el hecho de enfermar implica un proceso social que lleva al reconocimiento, por parte de todos los miembros de la comunidad (incluido el enfermo), de un estatus con ciertos derechos y obligaciones. Entre los derechos figuran la exención de las responsabilidades sociales y no ser considerado culpable de la situación. Las obligaciones consisten en que el enfermo debe considerar su estado como *no deseable* queriendo, por tanto, mejorar, para

lo cual debe buscar ayuda profesional y cooperar activamente en el proceso de mejora.

Las carencias de las que adolecía el modelo de Parsons (por ejemplo, su incapacidad para explicar las variaciones y diferencias entre individuos), motivaron la aparición de otras perspectivas que acentuaban la importancia de los procesos psicológicos implicados en la experiencia de enfermar (Ballester, 1993). Desde otro ángulo menos centrado en el análisis sociológico, Mechanic y Volkart (1960) introdujeron el concepto de *conducta de enfermedad*. Con él quisieron aludir al modo en que las personas perciben, evalúan e interpretan sus síntomas corporales y emprenden acciones destinadas a eliminarlos (Ballester, 1993). Según Mechanic (1962), la noción de conducta de enfermedad puede tener varios matices conceptuales referidos al modo en que las personas perciben los mensajes del cuerpo, definen e interpretan estos mensajes, inician acciones para remediarlos y utilizan distintos recursos sanitarios para tratar su enfermedad. Entre los factores determinantes de los patrones de expresión de la enfermedad, postuló la participación de las influencias socioculturales, las influencias sociales y las predisposiciones individuales. De estas últimas, destacó el rol de la *introspección*, definida como la inclinación a dirigir la atención difusa hacia uno mismo o hacia el exterior.

Pilowsky compartía solo en parte la concepción de conducta de enfermedad que mantenía Mechanic; por ello, reformuló este concepto desplazando el acento en el estado corporal del individuo a su predisposición a percibir los síntomas en términos de salud/enfermedad. Así, Pilowsky (1969, 1987, 1993a) definió la *conducta anormal de enfermedad* como:

[...] la persistencia de un modo inapropiado o desadaptativo de percibir, evaluar y actuar de una persona en relación con su estado de salud, a pesar de que el médico (u otros agentes sociales adecuados) hayan ofrecido una explicación razonablemente lúcida de la naturaleza de la enfermedad y del curso adecuado del tratamiento que debe ser seguido, con oportunidades para la discusión, negociación y clarificación por el paciente, basándose para ello en la evaluación de los parámetros de funcionamiento del individuo (biológico, psicológico y social) y teniendo en cuenta su edad y ámbito educativo y sociocultural (Pilowsky, 1993: 62).

En definitiva, lo que este autor planteaba es que ante determinadas situaciones relacionadas con el estado de salud y bajo una serie de condicionantes de distintos tipos, la persona puede responder y comportarse de un modo inadecuado o desadaptativo en relación con su estado de salud. Este modo de comportamiento se mantiene, a pesar de la información tranquilizadora que reciba, ya sea la que le proporciona el médico o cualquier otra fuente significativa, y a pesar asimismo de todos los intentos de comprobación.

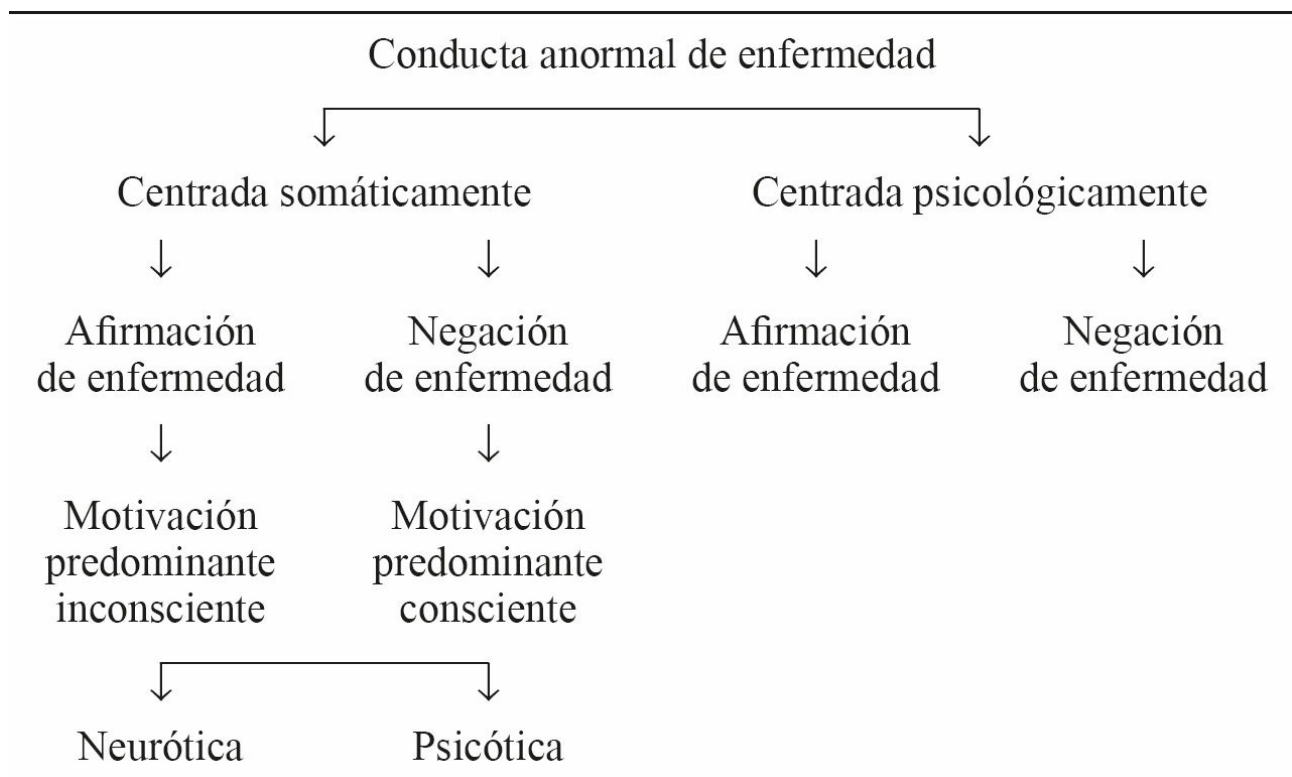
A partir de su propuesta sobre la conducta anormal de enfermedad, elaboró una clasificación basada en dos parámetros iniciales:

1. Convicción *versus* negación de enfermedad.
2. Foco del malestar (somático *versus* psicológico).

Cada una de las posibles combinaciones daría lugar a un problema o trastorno diferente, como se ejemplifica en el [cuadro 3.1](#). La hipocondría se caracterizaría por afirmación de enfermedad focalizada somáticamente, con una motivación predominantemente inconsciente (lo que la diferenciaría de cualquier intento de obtener beneficios secundarios por el hecho de padecer una enfermedad y de la simulación), y que podría encuadrarse, bien como una condición de naturaleza neurótica (somatoforme), bien de tipo psicótico (en el caso del delirio hipocondríaco) (Pilowsky, 2001). Paralelamente, propuso considerar la conducta anormal de enfermedad como un sexto eje diagnóstico en el DSM-IV, propuesta que obviamente no tuvo éxito. No obstante, sus propuestas sobre la hipocondría, como un ejemplo de conducta anormal de enfermedad y sus instrumentos de autoinforme para la evaluación (el cuestionario de conducta de enfermedad o IBQ, y el índice Whiteley que se presentaron en el [capítulo 2](#)), han sido extraordinariamente útiles tanto desde el punto de vista de la investigación como de la práctica clínica.

Para terminar, es importante recordar que el planteamiento de Pilowsky de conceptualizar la hipocondría como una forma de conducta anormal de enfermedad pretendía explicar el malestar de las personas que sufren este trastorno como algo genuino y real, merecedor de investigación, atención y cuidados específicos, para de alguna forma *dignificarlo* ante los ojos de muchos profesionales médicos que no comprenden ni aceptan como real o verdadero el sufrimiento de estas personas.

CUADRO 3.1. *Clasificación de la conducta anormal de enfermedad (Pilowsky, 1993)*



3.2.2. Hipocondría como un modo de comunicación interpersonal

Algunos autores han sugerido que los hipocondríacos sustituyen la comunicación verbal directa, por el lenguaje indirecto del cuerpo expresado a través de quejas físicas. Por ejemplo, Baur (1988) ha apuntado que la enfermedad es un recurso más eficaz y aceptable que manifestar abiertamente la disconformidad con una determinada situación o plantear la existencia de un problema. Asimismo señala que, para la persona insegura, puede resultar un método idóneo para transmitir a los demás mensajes, resguardándose del peligro de estar expuesta a posibles rechazos o conflictos.

Según Avia (1993), este planteamiento se asemejaría a los principios del análisis transaccional de Berne (1964). Desde este enfoque, se defiende que la mayoría de los intercambios comunicativos que se dan entre las parejas y núcleos familiares consisten en la reiteración prolongada del mismo juego. En este contexto, se entiende por juego una secuencia de transacciones que siguen una pauta definida, predecible y aparentemente plausible, que se rige por criterios implícitos y en los que se detecta una motivación oculta. Asimismo, los juegos se caracterizan por su carácter inconsciente y por estar constituidos por complejas interacciones en las que existe una discrepancia entre el nivel social de comunicación (propio de la edad adulta) y el nivel psicológico subyacente de comunicación (frecuente en la infancia).

Como apunta Avia, muchas facetas del modo de proceder del hipocondríaco podrían analizarse según los principios del análisis transaccional de Berne. Así, se podría plantear, por ejemplo, que el hipocondríaco y su pareja juegan al “si no fuera por la enfermedad”, compartiendo ambos la idea de que la relación entre ellos es buena y que lo único que la perturba es la enfermedad.

Esta situación puede ser, de hecho, bastante común. Se transcribe parte del relato que hacía Gonzalo, un paciente al que hemos hecho referencia en el [capítulo 2](#), sobre el estado actual de su matrimonio:

Gonzalo:

[...] Con mi mujer nunca he tenido problemas por esto. Salimos con amigos, vamos a correr, coincidimos poco en casa, por el trabajo, pero cenamos juntos siempre, hablamos de las cosas del día. Ella se ocupa de las comidas, tiene cuidado en no hacer cosas que me sienten mal. Nunca hemos tenido grandes discusiones. Las relaciones sexuales nunca han sido una prioridad para nosotros. Ella no es exigente. Comprende que, si estoy enfermo o no me siento bien, no tenga ganas de...

3.3. Planteamientos cognitivos

La mayor parte de las aportaciones cognitivas a la explicación de la hipocondría se basan en conceptualizar este trastorno como el extremo más grave de la dimensión de ansiedad por la salud. Las investigaciones en las que se basan estas aportaciones pueden agruparse en

alguno de los siguientes ámbitos:

- a) Alteraciones en los procesos o funciones cognitivas primariamente responsables de la recepción y entrada de la información: atención y percepción.
- b) Alteraciones en los procesos cognitivos responsables de la elaboración de la información: memoria y pensamiento.
- c) Alteraciones en el comportamiento: conductas de seguridad y evitación.
- d) Alteraciones en los procesos emocionales y en la expresión de emociones: sensibilidad a la ansiedad y alexitimia.
- e) Características de personalidad: neuroticismo y escrupulosidad.

Además, se han propuesto modelos integradores que incorporan, en un marco unificado, los distintos hallazgos e hipótesis de uno o más de los cuatro ámbitos mencionados.

3.3.1. Alteraciones en los procesos de atención y percepción de síntomas y signos corporales

La hipótesis de que las personas con hipocondría tienen una tendencia a prestar atención de manera especial y, por tanto, a seleccionar, información relacionada con la salud y la enfermedad ha suscitado un gran interés entre los expertos. La razón de ese interés es clara: si se demuestra que los pacientes atienden de manera selectiva a la información relacionada con la salud y la enfermedad, incluyendo las sensaciones corporales que experimentan, podría entenderse mejor la gran sensibilidad –en apariencia– de estas personas para darse cuenta de cualquier cambio que se produce en su cuerpo. Esa mayor *consciencia* del funcionamiento corporal podría explicar, al menos en parte, la búsqueda de explicaciones sobre las causas de esos cambios y la tendencia a creer que se deben a una enfermedad.

La hipótesis se ha investigado sobre todo mediante autoinformes, aunque también se ha puesto a prueba mediante tareas experimentales. Además, está en la base de uno de los modelos explicativos más conocidos sobre la hipocondría propuesto por Barsky y colaboradores, según el cual en este trastorno se produce una *amplificación de los signos y síntomas corporales*. La amplificación somatosensorial se define como la tendencia a experimentar las sensaciones somáticas como intensas, nocivas y perturbadoras e implica tres aspectos fundamentales: (Barsky, 1992; Barsky y Wyshak, 1990):

1. Hipervigilancia o aumento del foco atencional en las sensaciones corporales.
2. Tendencia a seleccionar y centrarse en determinadas sensaciones corporales relativamente débiles e infrecuentes.
3. Predisposición a reaccionar a las sensaciones somáticas mediante respuestas

afectivas y cognitivas que las intensifican y las convierten en más alarmantes, ominosas o más perturbadoras, facilitando, por tanto, que sean interpretadas como síntomas de enfermedad, en vez de como sensaciones inocuas.

Además, la amplificación somatosensorial puede ser tanto un estado transitorio, de modo que el mismo individuo puede percibir la misma sensación más o menos intensa en distintos momentos, como un rasgo o tendencia estable, lo que caracterizaría entonces a la persona como alguien que tiene un *estilo perceptivo amplificador* duradero (Barsky, 1992).

Las investigaciones sobre amplificación somatosensorial se han realizado sobre todo con la escala de amplificación somatosensorial (SSAS, Barsky *et al.*, 1990) que se ha comentado en el [capítulo 2](#). Los resultados con la SSAS apoyan solo parcialmente la hipótesis de que las personas con hipocondría y las que tienen elevada ansiedad por la salud amplifican sus sensaciones corporales benignas.

En uno de los primeros estudios, Barsky *et al.* (1990) compararon 41 pacientes hipocondríacos (criterios DSM-III-R) con 75 no hipocondríacos y encontraron que las puntuaciones en la SASS eran significativamente más elevadas en el grupo de hipocondríacos. Las diferencias seguían siendo significativas cuando se controló la influencia de síntomas de ansiedad y depresión, habitualmente asociados a la hipocondría. Sin embargo, la presencia de síntomas hipocondríacos (evaluados con el índice Whiteley) se asociaba significativamente con la escala tanto en hipocondríacos como en quienes no lo eran, además de con otros indicadores de somatización, ansiedad y depresión. Estos resultados apuntaban desde el principio a una falta de especificidad de la amplificación somatosensorial en la hipocondría, al menos cuando se evaluaba con la SSAS.

Esa falta de especificidad no significa que la tendencia a amplificar sensaciones no sea importante para explicar la hipocondría. En realidad, parece que esa tendencia es común a diversos trastornos o situaciones vitales, como, por ejemplo, cuando se está enfermo, en los que se produce una consciencia aumentada de las señales y síntomas corporales. De hecho, los estudios que han comparado la hipocondría con el trastorno de pánico no han encontrado diferencias en la SSAS entre ambos grupos de patologías. Martínez *et al.* (1999), en un estudio que comparaba pacientes de ambos trastornos, no constataron diferencias en la puntuación de la escala y, de hecho, se asociaba a preocupaciones por la salud en ambos grupos. Las autoras plantean que la falta de especificidad de la amplificación en relación con la hipocondría *versus* el pánico podría deberse a que ambos trastornos comparten una característica clínica nuclear: la preocupación por la salud. Si esto es así, entonces puede que sea esta preocupación la que produce, en ambos trastornos, un incremento de la focalización en el cuerpo, que es una de las características nucleares de la amplificación. Dicho en otros términos, la amplificación sería la consecuencia, y no la causa, de un estado de preocupación excesiva por el funcionamiento del propio cuerpo que se activa a partir de un sesgo a prestar atención selectiva a cualquier señal corporal.

En otros trabajos, el propio grupo de Barsky plantea que hay una gran variedad de sensaciones corporales que pueden ser susceptibles de amplificación. Entre ellas, se incluyen las sensaciones fisiológicas normales (movimientos peristálticos intestinales, hipotensión postural, variaciones de la tasa cardíaca, etc.), disfunciones benignas o enfermedades autolimitadas, como zumbidos, contracciones nerviosas de los párpados, sequedad de la piel, dolores de cabeza o diarrea, concomitantes somáticos o viscerales de reacciones afectivas intensas, tales como activación simpática que acompaña a estados emocionales intensos como la ansiedad o del enfado y, por supuesto, también los síntomas propios de enfermedades físicas. Por tanto, la amplificación se refiere a un estilo perceptivo en relación con las sensaciones corporales o viscerales, con independencia de cuál sea su origen.

Se han propuesto cuatro factores como moduladores de la intensidad de la amplificación: cognición, contexto, atención y estado de ánimo (Barsky, 1992). Respecto a la cognición se supone que tanto la información y los conocimientos de que se dispone, como las creencias y, muy especialmente, la atribución causal sobre la naturaleza de los síntomas, modulan la amplificación. Desde esta perspectiva, el síntoma se verá *intensificado* si se atribuye a una enfermedad grave. En segundo lugar, se hipotetiza que el contexto o situación en el que se produzca un síntoma ofrecerá las claves sobre cómo va a ser interpretado. En tercer lugar, prestar atención a un síntoma lo amplificará, mientras que la distracción lo disminuirá. Finalmente, los estados de ánimo ansiosos facilitan que se produzca una tendencia a valorar de forma catastrofista los síntomas a la vez que aumentan la autoconciencia. De modo análogo, los estados de ánimo depresivos activan esquemas cognitivos negativos y pesimistas e intensifican la atención hacia un mismo, lo que aumenta las probabilidades de que se instaure un estado de preocupación por el cuerpo.

En definitiva, aunque inicialmente la amplificación somatosensorial se vinculó especialmente con la hipocondría (Barsky y Wyshak, 1989, 1990; Barsky *et al.*, 1990), los autores acaban relacionando el constructo con una gran variedad de condiciones clínicas, tanto psicológicas como somáticas, en las que la experiencia y manifestación de quejas somáticas tiene un papel significativo.

Desde esta perspectiva, Barsky (1992) ha planteado que la amplificación juega un papel patogénico en la hipocondría y otros trastornos funcionales como colon irritable, fibromialgia o trastorno de fatiga crónica. A la vez, puede tener un papel más general en muchos otros trastornos mentales que se acompañan de quejas somáticas como el trastorno de somatización, el trastorno por dolor, el trastorno depresivo o el trastorno de pánico, así como en procesos más o menos transitorios y no necesariamente patológicos de somatización, tales como los que se producen ante la experimentación de acontecimientos vitales estresantes. De hecho, López-Santiago (2011) constató que los pacientes con hipocondría no diferían de los diagnosticados de trastorno de pánico y los diagnosticados como somatizadores (criterios DSM-IV) en amplificación somatosensorial evaluada con la SSAS.

La amplificación también puede relacionarse con la variabilidad entre diferentes

personas que padecen una misma enfermedad en manifestar el grado de malestar ante esa misma condición médica. Esta variabilidad podría deberse, en parte, a las diferencias individuales en el estilo perceptivo, o más concretamente, al grado de amplificación somatosensorial. En este sentido, Barsky *et al.* (1998) observaron que la puntuación en la SSAS se relacionaba con las diferencias individuales respecto a la manifestación de síntomas subjetivos y el nivel de malestar en los pacientes, con independencia de la gravedad de la enfermedad que se padeciera.

La investigación sobre la hipótesis con la que se ha comenzado este punto, la de una atención selectiva hacia información relacionada con la enfermedad en personas con hipocondría, ha recibido un mayor apoyo y consenso con los estudios que utilizan tareas experimentales, aunque el número de este tipo de investigaciones es mucho menor. A partir de las revisiones sistemáticas sobre las publicaciones en torno a esta cuestión (Marcus *et al.*, 2007; Williams, 2004), se pueden extraer dos conclusiones importantes:

1. Las personas con elevada ansiedad por la salud, comparadas con quienes tienen poca ansiedad por la salud, presentan mayor atención selectiva a información relacionada con salud y enfermedad (por ejemplo, realizan peor las tareas de atención tipo *Stroop*, cuando las palabras que se incluyen en la tarea se refieren a enfermedades).
2. Las personas con alta ansiedad por la salud muestran atención selectiva a estímulos (palabras) amenazantes con contenidos de enfermedad en comparación con estímulos no relacionados con enfermedades.

Estas conclusiones permiten aclarar, al menos en parte, los resultados de los estudios en los que se comparan datos de autoinforme obtenidos con la SSAS y medidas fisiológicas. Por ejemplo, Barsky *et al.* (1995) compararon un grupo de pacientes hipocondríacos con otro de pacientes sin hipocondría, entre los que había diferencias en la escala SSAS. Los hipocondríacos no eran más precisos al detectar incrementos de su frecuencia cardíaca en una tarea experimental. En otro estudio con personas no hipocondríacas (Mailloux y Brener, 2002), donde se encontró una relación inversa entre la puntuación en SSAS y conciencia de cambios en la tasa cardíaca, y en un trabajo con estudiantes universitarios (Aronson *et al.*, 2001), se observó que, aunque la amplificación se relacionaba con varias medidas de ansiedad, depresión y afectividad negativa, no se asociaba con medidas directas de sensibilidad interoceptiva. Los autores concluyen que la SSAS es más un índice de emocionalidad negativa y malestar general, que una medida válida de sensibilidad sensorial *per se*. Hay que decir, no obstante, que esta valoración de la escala como una medida relacionada con el concepto de afectividad negativa o *neuroticismo* ya fue señalada por Barsky *et al.* (1990: 332) cuando afirmaban que “es posible que la angustia y el malestar que el hipocondríaco siente con sensaciones corporales benignas, sea únicamente una faceta de una propensión a la insatisfacción con un amplio rango de experiencias vitales”.

En una revisión que realizó el propio Barsky (2001) sobre las publicaciones en torno

a su hipótesis de la amplificación en las que se combinan resultados de tareas experimentales y puntuaciones en la SSAS, plantea una reformulación interesante de su hipótesis. Los datos revisados indican que, aunque los hipocondríacos y las personas con altas puntuaciones en ansiedad por la salud obtienen, en general, puntuaciones más altas en la SSAS que no hipocondríacos y con baja ansiedad por la salud, no son mejores perceptores en medidas objetivas de cambios somáticos y que, en ocasiones, son incluso peores perceptores que los no hipocondríacos o no ansiosos por la salud. Ante este tipo de resultados concluye lo siguiente: “[...] más que ser detectores extremadamente sensibles, capaces de discernir y diferenciar sensaciones corporales débiles o ambiguas, los amplificadores y pacientes hipocondríacos son en realidad menos hábiles para distinguir esas señales del ruido circundante” (Barsky, 2001: 242). Es decir, que la amplificación actuaría como un elemento distorsionador o confundente que induciría a los pacientes a interpretar como significativa cualquier señal. En nuestra opinión, la amplificación somatosensorial sería, en todo caso, una consecuencia de la atención selectiva hacia la información relacionada con la enfermedad y no un antecedente ni, menos todavía, una medida válida de esa atención selectiva.

De hecho, otras investigaciones realizadas con cuestionarios diferentes a la SASS revelan resultados que avalan la hipótesis de atención selectiva hacia información sobre enfermedad en personas con hipocondría. Rief *et al.* (1998) compararon pacientes hipocondríacos con pacientes somatizadores (criterios DSM-III) con un cuestionario que evaluaba intolerancia a los síntomas corporales con ítems como “cuando tengo molestias corporales, consulto con el médico lo antes posible” o “si no estoy pendiente de mi cuerpo a menudo, podría enfermar gravemente sin darme cuenta”. Los hipocondríacos obtuvieron puntuaciones significativamente mayores que los somatizadores, y los autores concluyeron que los primeros estaban más atentos a sus cambios corporales que otros pacientes en los que los síntomas físicos constituyen un síntoma fundamental. Más recientemente, utilizando el cuestionario IPHA que se describió en el [capítulo 2](#), López-Santiago (2011) constató que los pacientes hipocondríacos obtenían puntuaciones significativamente mayores en la subescala de vigilancia de la salud que los pacientes de los grupos de pánico y trastorno de somatización. Como se puede constatar en el anexo 1 que contiene el IPHA, la subescala de vigilancia contiene ítems como “me mantengo alerta y atento a cualquier cambio que se produzca en mi cuerpo” y “debo estar atento a todo lo que sucede en mi cuerpo para evitar enfermedades”. Sin embargo, estos mismos grupos no presentaron diferencias en la SSAS, como ya se ha comentado antes. Si bien es evidente que la cantidad de investigación realizada con la SSAS es muy superior a la llevada a cabo con otras escalas y, por lo tanto, sus resultados son mucho más generalizables a los obtenidos con otros instrumentos, no se puede descartar que sean la falta de especificidad de la SSAS y su dudosa validez de constructo para evaluar la atención selectiva, las responsables de la falta de apoyo consistente a la hipótesis de la atención selectiva a las amenazas contra la salud que caracteriza a las personas con hipocondría.

Para concluir, resultados como los enunciados apoyan la hipótesis de que las

personas con hipocondría o elevada ansiedad por la salud tienen una marcada tendencia a atender de forma selectiva a cualquier información que se refiera a enfermedades.

Desde esta perspectiva, se explicaría el hecho tan característico de estos pacientes a aumentar sus preocupaciones y temores por la enfermedad ante cualquier dato, situación, o estímulo, que guarde relación con enfermedades, incluyendo lógicamente las propias sensaciones corporales. Además, ayudaría a entender mejor, según Lecci y Cohen (2002), la necesidad de buscar reaseguro de los pacientes mediante comportamientos como la búsqueda de atención médica o la comprobación. Sin embargo, parece que permitiría también entender justo lo contrario: la evitación de búsqueda de información tranquilizadora o la adopción de comportamientos de seguridad (dietas, evitación de actividades de riesgo para la salud, aislamiento, etc.), en un intento por atenuar la tendencia a estar vigilantes, atentos, a cualquier estímulo o situación que active el miedo y la preocupación por enfermar.

3.3.2. Alteraciones en los procesos cognitivos responsables de la elaboración de la información: memoria y pensamiento

Las investigaciones sobre el papel que puede tener la memoria en la génesis o en el mantenimiento de la hipocondría son escasas y a menudo se mezclan y confunden con las realizadas sobre la atención selectiva. No obstante, es interesante constatar que los estudios coinciden en observar un sesgo de memoria explícita de las personas con elevada ansiedad por la salud relacionado con la tendencia a recordar mejor que los no ansiosos información relacionada con salud y enfermedad (Brown *et al.*, 1999; Muse *et al.*, 2010). Este sesgo se observa también en tareas experimentales de reconocimiento en las que los hipocondríacos reconocen más rápidamente palabras relacionadas con enfermedades que palabras neutras (Hitchcock y Mathews, 1992) o no relacionadas con enfermedades (Ferguson *et al.*, 2007).

Las investigaciones sobre la implicación de los procesos de pensamiento en la hipocondría y la ansiedad por la salud son, sin embargo, mucho más numerosas, en especial las que se centran en el papel de las *creencias sobre la salud*. Este énfasis especial de los expertos en este ámbito no es casual, ya que uno de los supuestos centrales en todas las formulaciones cognitivas sobre la hipocondría, es el de que las personas con ansiedad por la salud tienen creencias disfuncionales o desadaptativas sobre la enfermedad, que pueden actuar bien como desencadenantes de la hipocondría, bien como factores que contribuyen a su mantenimiento.

El *catastrofismo*, o la tendencia a dar más peso a las posibles consecuencias negativas de un síntoma que a las neutras o inocuas, independientemente de las experiencias previas o del estado de salud, induce a otorgar un valor excesivo a un síntoma físico, por leve que sea, de manera que se evalúa como una amenaza al estado de salud. Como ya se ha indicado en el primer capítulo, las creencias catastrofistas características de la hipocondría se encuentran también en muchos pacientes con

trastornos obsesivo-compulsivo, lo que para muchos expertos constituye uno de los motivos por los que está justificado incluir ambos trastornos en un mismo grupo.

Para examinar la importancia de esta creencia en la hipocondría, uno de los procedimientos típicos es presentar a las personas una lista de síntomas ambiguos y pedirles que digan qué enfermedad tendrían en el caso de experimentar esos síntomas o que evalúen la probabilidad de que su presencia sea indicativa de una enfermedad catastrófica. Los resultados de las investigaciones confirman este supuesto incluso en personas sin diagnóstico formal de hipocondría, pero con puntuaciones elevadas en ansiedad por la salud.

Algunos ejemplos: Hitchcock y Mathews (1992) y Marcus (1999) constataron que estudiantes universitarios con elevada ansiedad por la salud (evaluada con las escalas de actitudes hacia la enfermedad, IAS, de Kellner), comparados con los que obtenían puntuaciones bajas, interpretaban las sensaciones corporales como indicadoras de una enfermedad catastrófica, además de que las puntuaciones elevadas en las IAS se asociaban con una mayor probabilidad de que un síntoma ambiguo (como un dolor de cabeza) fuera un indicador de enfermedad grave (un tumor cerebral). Castañeiras (2001) observó que los pacientes hipocondríacos, en comparación con deprimidos, ansiosos, y somatizadores (criterios DSM-III-R) no solo obtenían puntuaciones significativamente más elevadas en las IAS, sino que, además, tendían a interpretar como amenazantes e indicadores de enfermedad grave y de evolución prolongada síntomas ambiguos, a diferencia del resto de pacientes no hipocondríacos. Haenen *et al.* (2000) mostraron que los pacientes hipocondríacos realizaban más valoraciones de resultados negativos de enfermedad que los no hipocondríacos cuando juzgaban situaciones ambiguas sobre la salud. En la misma línea, Hadjistavropoulos *et al.* (1998) constataron que las personas con elevada ansiedad por la salud, a diferencia de los que la tenían baja, valoraban que tenían más riesgo de sufrir complicaciones médicas ante una enfermedad, y MacLeod *et al.* (1998) observaron que los hipocondríacos en los que concurría además un trastorno de ansiedad, comparados con pacientes ansiosos sin hipocondría, proporcionaban más explicaciones de tipo somático para las sensaciones físicas inocuas.

Investigaciones más recientes aportan nuevos datos que reafirman la importancia de las creencias catastrofistas en la hipocondría. Marcus y Church (2003) constataron que la tendencia a realizar interpretaciones catastrofistas sobre la salud se asociaba con claridad a ansiedad por la salud, pero no a depresión ni a ansiedad generalizada, un resultado que ha sido corroborado por otros autores como Fergus (2014), y Gautreau *et al.* (2014) han demostrado que la interpretación catastrofista de las sensaciones corporales es una creencia que mantiene elevada la ansiedad por la salud a lo largo del tiempo. Más recientemente, Wood *et al.* (2016) han estudiado, en una muestra muy amplia de mujeres jóvenes, la capacidad de estas creencias para asociarse con sintomatología hipocondríaca y de ansiedad por la salud, y para predecir la aparición de esa sintomatología a lo largo del tiempo. Se trata, pues, de un estudio longitudinal que permite extraer conclusiones sobre el rol causal de las creencias catastrofistas sobre la ansiedad por la salud. Sus resultados muestran que las mujeres que al inicio del estudio

interpretaban información ambigua en escenarios hipotéticos relacionados con somatización de un modo catastrofista eran las que obtenían las puntuaciones más elevadas en hipocondría (Índice Whiteley) y miedo a las sensaciones corporales al inicio del estudio, pero además esas interpretaciones predecían el inicio de sintomatología clínica 17 meses después.

La *intolerancia a la incertidumbre* es otra creencia que se observa en muchos pacientes con hipocondría y que, como la anterior, es asimismo característica del TOC. Se define como una reacción compleja, pues incluye al menos tres componentes (cognitivo, emocional y comportamental), que promueve importantes sesgos en el procesamiento de la información, los cuales a su vez dan lugar a valorar equivocadamente como muy amenazantes una amplia variedad de estímulos o situaciones, a la vez que inhibe la puesta en marcha de recursos y capacidades de afrontamiento adaptativas. Esta creencia se postuló inicialmente como un constructo que explicaba el *worry* o preocupación patológica, característico del trastorno de ansiedad generalizada (Dugas *et al.*, 1995). McEvoy y Mahoney (2012) postulan que está relacionada con una amplia gama de trastornos internalizantes y, por lo tanto, es firme candidata a ser incluida en el ámbito de las dimensiones con valor transdiagnóstico y, de manera específica, como factor de mantenimiento en los trastornos de ansiedad y depresivos. Su papel explicativo en la ansiedad generalizada está ampliamente aceptado, pero, además, hay evidencias claras de su role en otros trastornos diferentes, como el obsesivo-compulsivo, el pánico y la depresión, además de su asociación con la sensibilidad a la ansiedad, que es especialmente importante en la hipocondría, como veremos más adelante.

La investigación con personas que padecen diferentes trastornos de ansiedad indica que cualquier cuestión que genere dudas o que no proporcione seguridad absoluta provoca una exacerbación de los síntomas sobre todo si aquello sobre lo que se tienen dudas es importante para la persona, como lo es sin duda la salud.

La relevancia de esta creencia en el mantenimiento de la ansiedad por la salud ha sido puesta de manifiesto en diversos estudios (Deacon y Abramowitz, 2008; Fergus *et al.*, 2015; Fetzner *et al.*, 2014). Además, se ha constatado que se relaciona con la frecuencia con la que se hacen búsquedas relacionadas con la salud en internet y, junto con este comportamiento, predice las puntuaciones en ansiedad por la salud elevadas (Fergus, 2013). No obstante, otros estudios sugieren que la importancia de esta creencia está mediatizada por el nivel de sensibilidad a la ansiedad (O'Bryan y McLeish, 2017), es decir, que su impacto en la hipocondría depende del grado de sensibilidad a la ansiedad que tenga la persona.

Además de las creencias mencionadas las personas con hipocondría creen que tienen muy poca capacidad para controlar las recaídas en la enfermedad y mantienen supuestos rígidos y extremos sobre el significado de la salud como ausencia total de síntomas físicos. Esta creencia, que puede adquirir entidad de *idea sobrevalorada sobre la salud*, fue constatada en el estudio de Castañeiras (2001), en el que la mayoría de los pacientes con hipocondría, pero no los somatizadores ni los diagnosticados de pánico,

manifestaban acuerdo total con la idea de que “estar sano es no tener ni notar ningún síntoma, por leve que sea”. También creen que son especialmente sensibles y hábiles para detectar los procesos que ocurren en su cuerpo, aunque como ya se ha visto antes, esta creencia no se corresponde con su capacidad real de reconocer o etiquetar adecuadamente el funcionamiento de su cuerpo.

Por último, aunque no menos importante, autores como Abramowitz *et al.* (2002), plantean que las creencias sobre una *vulnerabilidad personal* aumentada ante las enfermedades tienen también un rol relevante en la aparición de la hipocondría. Por ejemplo, afirmaciones del tipo “muchas personas de mi familia han tenido cáncer” o “mi padre falleció de un ataque al corazón” pueden activar, en personas vulnerables con elevada ansiedad por la salud, síntomas hipocondríacos ante multitud de situaciones: desde el escuchar o leer información sobre alguna enfermedad, hasta el notar ciertos síntomas, pasando por alcanzar la misma edad en la que alguien de la familia falleció. No obstante, hay que decir que la importancia de esta creencia en pacientes con diagnóstico de hipocondría ha sido muy poco o nada investigada. De hecho, solo conocemos un estudio de nuestro grupo en el que, a través del cuestionario IPHA que se explicó en el [capítulo 2](#), las personas con hipocondría obtenían puntuaciones significativamente mayores que otros pacientes de los grupos somatomorfos y de pánico en la subescala de vulnerabilidad a la enfermedad, lo que sugiere que se trata de una creencia muy relevante en la hipocondría que debe ser abordada en el contexto psicoterapéutico (López-Santiago, 2011).

En suma, Marcus *et al.* (2007) concluyen en su revisión de investigaciones publicadas acerca del rol que tienen las creencias disfuncionales sobre la salud en la hipocondría (y en la ansiedad por la salud) que las evidencias son claras y consistentes. Las personas con estos trastornos mantienen creencias y supuestos claramente disfuncionales sobre la enfermedad, que se ponen de manifiesto cuando realizan interpretaciones catastrofistas sobre sus síntomas y sensaciones corporales, o cuando se sienten más vulnerables a enfermar que otras personas o tienen dudas acerca de su estado de salud.

Los modelos cognitivos ponen también un énfasis importante en otros productos cognitivos relacionados con los procesos de pensamiento que, a diferencia de las creencias, estarían implicados en la génesis de la hipocondría y no solo en su mantenimiento. Las *intrusiones mentales desagradables y no deseadas* son productos cognitivos que se experimentan como imágenes, impulsos, sensaciones o pensamientos y que interrumpen de forma involuntaria el flujo consciente de pensamiento. La persona les atribuye un origen interno, es decir, sabe que son un producto de sus pensamientos y tienden a experimentarse de manera recurrente y repetitiva. La mayoría de los estudios realizados sobre intrusiones mentales se han centrado en analizar su papel en el desarrollo de las obsesiones que se dan en el TOC.

Desde los modelos cognitivos del TOC (Rachman, 1997; Salkovskis, 1985), se propone que las intrusiones mentales se convierten en obsesiones porque se valoran de forma disfuncional, lo que lleva a los individuos a poner en marcha diferentes estrategias

para controlarlas, reducir su impacto emocional o suprimirlas. Estas estrategias en un primer momento reducen el malestar y aumentan la sensación de control, pero paradójicamente provocan un incremento posterior en la frecuencia de la intrusión mental, que se vuelve más llamativa. Así, la reaparición de la intrusión en el flujo de pensamiento habitual provoca un aumento del malestar inicial, estableciéndose un círculo vicioso que culmina, finalmente, en la reaparición recurrente de la intrusión, que ya tiene las características de un síntoma clínicamente significativo (obsesión).

La importancia de las intrusiones mentales en la génesis de la hipocondría fue planteada en las primeras conceptualizaciones cognitivas de la ansiedad por la salud por Salkovskis y Warwick (1986; Warwick y Salkovskis, 1989, 1990). También Rachman (2012) enfatizó su importancia para la hipocondría cuando planteó que los pacientes con este trastorno interpretan de un modo disfuncional el significado de pensamientos e imágenes intrusos sobre síntomas y sensaciones corporales poco importantes, iguales a los que la mayoría de las personas experimentamos. Esas interpretaciones aumentan la ansiedad por la salud inicial y suscita comportamientos de seguridad cuya finalidad es disminuir el contenido amenazante que representan para el afectado. En los criterios diagnósticos del DSM-5 y la CIE-11, bajo la denominación de *pensamientos o preocupaciones sobre la salud y la enfermedad*, se pone también de manifiesto la importancia de esta modalidad de pensamientos.

Sin embargo, la investigación sobre estos pensamientos y las consecuencias que tienen en el desarrollo de la ansiedad por la salud es escasa. Hasta donde se conoce, se han publicado únicamente seis trabajos. Wells y Hackman (1993), en un estudio realmente pionero, evaluaron las imágenes intrusas de pacientes con hipocondría y mostraron que los contenidos más frecuentes estaban relacionados con temas de muerte y enfermedad grave. Freeston *et al.* (1994) mostraron que las valoraciones de responsabilidad excesiva y desagrado o malestar por la intrusión predecían la frecuencia con la que se experimentaban las intrusiones, las dificultades para deshacerse de ellas y los sentimientos de culpa que provocaban en las personas.

Más recientemente, Muse *et al.* (2010) reprodujeron los resultados de Wells y Hackman en pacientes hipocondríacos, encontrando que el 78% de los participantes experimentaban imágenes intrusas relacionadas con esos mismos contenidos. Langlois *et al.* (2014) examinaron, en una muestra no clínica de estudiantes universitarios, si los miedos hipocondríacos guardaban más similitud psicopatológica con las intrusiones de contenido obsesivo o con las preocupaciones características de la ansiedad generalizada. Sus resultados indicaron que los miedos hipocondríacos quedaban en un espacio intermedio entre las obsesiones y las preocupaciones ansiosas, pues compartían características de ambos productos cognitivos. Constataron, además, que los miedos intrusos sobre enfermedades se producían tanto en forma de imagen como de pensamiento. Nuestro grupo (Arnáez *et al.*, 2017) ha demostrado que las intrusiones sobre salud y enfermedad que experimenta la población general sin trastornos provocan mucho malestar y dan lugar, como planteaba Rachman, a valoraciones negativas sobre su aparición y significado además de estrategias para eliminarlas. Se ha encontrado

también que el contenido de las intrusiones que resultan más molestas está relacionado con la muerte y la posibilidad de padecer o desarrollar una enfermedad grave, lo que es consistente con los resultados encontrados por otros autores en pacientes diagnosticados de hipocondría, que informan de la presencia de imágenes intrusas relacionadas, principalmente, con los temas de muerte y enfermedad (Muse *et al.*, 2010; Wells *et al.*, 1993). Además, la frecuencia con la que se experimentan las intrusiones se relaciona más con los síntomas hipocondríacos que con las preocupaciones ansiosas y con los síntomas obsesivo-compulsivos y que, cuanto más negativa o disfuncionalmente se valora la intrusión, más sintomatología hipocondríaca existe. Estos mismos resultados se han reproducido en un grupo de personas con diagnóstico principal de hipocondría (Arnáez *et al.*, 2019), lo que muestra no solo la importancia de esta modalidad de pensamientos para el desarrollo de la hipocondría, sino también que el problema no reside tanto en tener pensamientos intrusos sobre salud, enfermedad o muerte, sino en cómo se interpretan, se valoran y se afrontan o manejan.

En definitiva, lo que se sabe es que, cuanto más importancia se otorgue a este tipo de pensamientos, más malestar provocan, más probable es que se intente hacer algo para manejarlas y, dado que como se detalla a continuación, los comportamientos que se llevan a cabo son infructuosos, lo más probable es que reaparezcan y acaben por ocupar buena parte de los pensamientos habituales. Desde esta perspectiva, los pensamientos intrusos desagradables sobre la salud y la enfermedad son el punto de partida de la caracterización de una persona con hipocondría como alguien que está constantemente preocupándose o *rumiando* sobre su estado de salud.

3.3.3. Alteraciones en el comportamiento: conductas de seguridad y evitación

La importancia crucial del *factor comportamiento* en el mantenimiento y, en muchos casos, el incremento en gravedad de la hipocondría resulta indiscutible para los expertos. Los comportamientos que llevan a cabo la mayoría de los pacientes con hipocondría tienen como función básica asegurarse de que no están enfermos, del mismo modo que los pacientes con TOC llevan a cabo sus compulsiones para neutralizar o mantener bajo control el contenido de sus pensamientos obsesivos. La disfuncionalidad de esas conductas reside en sus efectos paradójicos: aunque a corto plazo pueden atenuar el malestar, a medio y largo plazo lo incrementan porque la persona no puede estar todo el tiempo realizándolos y, por lo tanto, cuando los abandona y le sobreviene de nuevo la duda (cuando nota un síntoma), que genera aún más dudas e inseguridades.

Los comportamientos más disfuncionales y característicos que llevan a cabo las personas con hipocondría son la vigilancia y comprobaciones de su cuerpo, la búsqueda de reaseguro, la búsqueda de información y la evitación (Rachman, 2012). Todos ellos están, además, relacionados funcionalmente con las alteraciones básicas de procesamiento que hemos venido comentando.

La *vigilancia corporal* consiste en prestar atención excesiva y supervisar cualquier ligera perturbación y fluctuación que produce de manera natural nuestro cuerpo y se traduce en comportamientos de *comprobación y supervisión*. La mayoría de los pacientes realiza comprobaciones de sus funciones corporales de un modo más o menos repetitivo (temperatura, tasa cardíaca, presión arterial, agudeza visual, saturación pulmonar, escudriñamiento cutáneo, etc.), y más o menos formalizado, es decir, con aparatos específicos de medición, o simplemente tomándose el pulso. A este respecto, se ha observado que la proliferación actual de dispositivos electrónicos (teléfonos y relojes inteligentes, pulseras para uso deportivo, etc.), que monitorizan de manera continua diferentes estados y funciones corporales, ha supuesto un incremento sustancial de este tipo de conductas entre nuestros pacientes. La finalidad de estos comportamientos es asegurarse de que “todo está bien” o de que “no hay nada que funcione mal”, pero suponen varios problemas.

Los problemas con este tipo de comportamientos para una persona con hipocondría son varios y diversos. Por un lado, en el caso de que el registro obtenido no coincida con lo esperado, lo más probable es que aumente la ansiedad del paciente y, como consecuencia, sus valores *anormales* aumenten y, a continuación, aumente también su preocupación por la posibilidad de estar enfermo. Pero lo más probable es que esas alteraciones que observa se deban a las variaciones normales que todos experimentamos a lo largo del día y no guarden relación alguna con procesos mórbidos. Es decir, que el paciente interpreta las variaciones normales como amenazantes y peligrosas, o como *pruebas* de que realmente tiene un problema. Este era el caso de Luis, un paciente de 30 años, que de manera casi continua observaba en su reloj inteligente su tasa cardíaca. Cualquier mínima elevación de lo que él consideraba normal para su peso y estatura lo llevaba a dejar de inmediato lo que estuviera haciendo para intentar relajarse haciendo ejercicios de respiración hasta que recuperaba su *tasa normal*. Consideraba esas alteraciones como síntoma inequívoco de que tenía un problema cardiovascular.

Otro problema tiene que ver con el momento en el que el paciente decide hacer las comprobaciones. No es infrecuente que *escoja* determinados momentos del día o situaciones para realizarlas y por lo común esas situaciones coinciden con sentirse ansioso o estresado. En esos momentos, los síntomas físicos de ansiedad se hacen más evidentes y, por lo tanto, el paciente los registrará y los interpretará como una señal de enfermedad y no como lo que realmente son: síntoma de activación fisiológica debida a la ansiedad o al estrés. De hecho, Luis, nuestro paciente, *redoblaba* sus comprobaciones cuando se sentía especialmente tenso, pero tendía a *olvidarse* de ellas cuando estaba relajado, tranquilo o pasándolo bien con sus amigos.

Otro de los efectos no deseables de las comprobaciones es que, en ocasiones, provoca un aumento de las sensaciones que el paciente teme porque las asocia con una enfermedad. El caso de María que comentamos en el [capítulo 2](#) ejemplifica a la perfección este efecto cuando comentaba sus miedos sobre tener un cáncer de pecho “[...] y cada vez que me lo toco me veo un bulto nuevo... Y a finales de junio se me inflamó en parte por tocármelo yo”. La vigilancia del cuerpo produce además otro efecto

pernicioso adicional.

En palabras de Abramowitz y Braddock (2006), da lugar a un sobreaprendizaje o un incremento de la sensibilidad de los pacientes a las señales corporales normales, aumentando así la posibilidad de ser interpretadas como amenazantes o como signos inequívocos de enfermedad. De hecho, muchos pacientes dicen que no es necesario que se sientan estresados o ansiosos para darse cuenta de que su corazón late más rápido o que les duele la cabeza, porque notan rápidamente esos síntomas y es a partir de ellos cuando interpretan que pueden estar enfermos *de verdad*.

Sobre la base de este razonamiento, estos autores llaman la atención acerca de los efectos perniciosos que, en un paciente hipocondríaco, pueden tener las recomendaciones médicas sobre la importancia de tomarse la tensión o de vigilar la tasa cardíaca, ya que pueden estar reforzando de manera intencionada los comportamientos inadecuados de vigilancia corporal en la hipocondría.

El testimonio de María (pág. 75) ejemplifica este aspecto.

Las *búsquedas de reaseguro y de información* tienen efectos parecidos a los de la vigilancia y subsiguiente comprobación. Muchos pacientes se sienten aliviados cuando escuchan información médica que les asegura que están bien y que su salud es buena. Sin embargo, este efecto de alivio inmediato suele tener una consecuencia negativa a muy corto plazo: refuerza la utilización de ese comportamiento cuando de nuevo surge una duda o un temor, lo que en parte explica la naturaleza muchas veces *compulsiva* de la búsqueda de reaseguro en los pacientes, que acaba considerándola como el único modo de tranquilizarse y dejar de preocuparse.

Además, estos comportamientos pueden tener un efecto negativo adicional: aumentan la sensación de incapacidad e inutilidad de los pacientes para manejar y afrontar sus preocupaciones. Si, además, resulta que, como sucede en no pocas ocasiones, las consultas con los profesionales no coinciden en cuanto a sus prescripciones y observaciones (aunque las diferencias sean mínimas o poco relevantes), la búsqueda de reaseguro puede tener un efecto más perverso todavía: el de disminuir la confianza en esos profesionales y provocar un aumento de las consultas y exigencias por parte de los pacientes, generando un clima de desconfianza y complejidad en las relaciones.

Los efectos nocivos de la búsqueda de reaseguro se ponen de manifiesto en los resultados de una investigación con cerca de 200 pacientes atendidos por médicos generalistas: la ansiedad por la salud aumentaba cuantas más consultas médicas se hacían, incluyendo derivaciones a especialistas, interconsultas y peticiones de pruebas complementarias (Conroy *et al.*, 1999).

En este contexto, se pueden encuadrar también las facilidades y oportunidades que actualmente ofrece internet para la búsqueda de información tranquilizadora.

White y Horwitz (2009) constataron que la búsqueda de información sobre enfermedades estaba entre las primeras actividades de los usuarios de internet. Además, observaron que una gran mayoría de los usuarios transitaban con mucha rapidez de un tópico a otro cada vez más grave o problemático, como en una especie de *escalada*

similar a la que se produce en la hipocondría. Por ejemplo, se empieza por buscar *migraña* y rápidamente se pasa (favorecido muy a menudo por los enlaces de la página que se visita) a *migraña crónica* y de ahí a *tumor cerebral* (Bouman, 2014).

La importancia de estos comportamientos en el mantenimiento de la ansiedad por la salud se puso de manifiesto en los primeros estudios de Salkovskis y Warwick (1986), cuando demostraron que su disminución a lo largo del proceso terapéutico se asociaba con una reducción clínicamente significativa de la ansiedad por la salud. En consecuencia, el abordaje y modificación de estos patrones de conducta en el proceso de tratamiento parece inexcusable.

Por último, los comportamientos de *evitación*, a menudo utilizados por los pacientes como conductas de seguridad, tienen como resultado aumentar la fuerza de las creencias disfuncionales sobre la propia salud o la vulnerabilidad personal a enfermar. Por ejemplo, si un paciente evita hacer ejercicio físico porque teme sufrir un ataque cardíaco, su creencia de que el ejercicio puede provocar el ataque, o la de que es más vulnerable a tenerlo si hace ejercicio, se fortalecerá, porque obviamente no tiene ningún ataque. Es decir, al evitar algo que se teme, desaparecen las oportunidades de comprobar o poner a prueba la propia capacidad para afrontar el miedo y, naturalmente, también las creencias que tenemos sobre nuestras capacidades y habilidades.

La importancia de los comportamientos de evitación en el mantenimiento de la hipocondría se ha puesto de manifiesto en varios trabajos con pacientes y se incluyen como criterio diagnóstico en el DSM-5 (subtipo evitador) y en la CIE-11.

En una investigación reciente de Doherty-Torstrick *et al.* (2016) con 195 pacientes hipocondríacos, se constató que, cuanto más graves eran los comportamientos evitativos, mayor era la gravedad del trastorno, mayor el deterioro en el funcionamiento cotidiano y peor era la calidad de vida.

3.3.4. Alteraciones en los procesos emocionales y en la expresión de emociones

En este apartado se comentarán las aportaciones que desde los enfoques cognitivos se han realizado sobre la presencia de alteraciones en la esfera emocional en la hipocondría. La mayor parte de los estudios específicos para este trastorno se han centrado en dos conjuntos de procesos muy diferentes entre sí: la sensibilidad a la ansiedad y la alexitimia.

A) Sensibilidad a la ansiedad

La sensibilidad a la ansiedad se ha definido como el miedo a las sensaciones físicas relacionadas con la activación del sistema nervioso simpático (*arousal*), por las consecuencias negativas de tipo físico, cognitivo y social que puede tener esa activación

(McNally 2002; Reiss y McNally 1985; Taylor *et al.*, 2007). Hace referencia a una predisposición cognitiva relativamente estable, aunque modificable, cuya consecuencia es un aumento o amplificación de los niveles previos de ansiedad. En consecuencia, se ha propuesto como variable transdiagnóstica, común no solo a los trastornos emocionales, entre los que se incluye la ansiedad por la salud, sino también a otros muy diferentes como los relacionados con el sueño. Por ejemplo, Fairholme *et al.* (2012) mostraron, en 59 pacientes con diversos trastornos de ansiedad, que la sensibilidad a la ansiedad mediaba entre la gravedad del insomnio y los comportamientos típicamente asociados a él (conductas de seguridad, creencias disfuncionales sobre el insomnio y cansancio físico), lo que sugiere que la sensibilidad a la ansiedad actúa como factor de mantenimiento de los problemas del sueño.

En el contexto de la ansiedad por la salud, los tres componentes de la sensibilidad a la ansiedad, el cognitivo (preocupaciones e intrusiones sobre la salud, especialmente la salud mental), el social (consecuencias de la pérdida de salud) y el físico, han mostrado ser especialmente importantes. Salkovskis y Warwick (2001) observaron que la ansiedad por la salud mantenía relaciones igual de importantes con la sensibilidad a la ansiedad que con las creencias disfuncionales características del trastorno. Wheaton *et al.* (2010) encontraron que los componentes cognitivo y social estaban claramente vinculados con la ansiedad por la salud, un resultado que avala el planteamiento de Rachman (2012) acerca de que esa modalidad de ansiedad incluye no solo la salud física, sino también la mental. Otros autores han encontrado también evidencias de la importancia de la ansiedad por la salud como predictor de la ansiedad por la enfermedad y del miedo a contraer enfermedades (Fergus 2014; Fetzner *et al.* 2014; Olatunji *et al.* 2009), sobre la asociación entre sensibilidad a la ansiedad (especialmente, el componente físico) y ansiedad por la salud (Bailer *et al.* 2016; Deacon y Abramowitz 2008; Fergus y Bardeen 2013; Wheaton *et al.* 2010), como mediadora entre las creencias de intolerancia a la incertidumbre y ansiedad por la salud (O'Brian y McLeish, 2017), y como característica diferenciadora entre pacientes hipocondríacos y pacientes somatizadores (López-Santiago, 2011).

En definitiva, la mayor parte de los datos procedentes de investigaciones sobre sensibilidad a la ansiedad coinciden en señalar su importancia en el desarrollo de la ansiedad por la enfermedad, además de apoyar la idea de que existe un componente ansioso en la hipocondría que sitúa este trastorno en un camino intermedio entre los trastornos del espectro obsesivo-compulsivo y los de ansiedad.

B) Alexitimia

El término *alexitimia* fue acuñado por Sifneos (1973) y literalmente significa “ausencia de palabras para el estado de ánimo” (Kellner, 1991). De acuerdo con la definición de Nemiah y Sifneos (1970) y Nemiah, Freyberger y Sifneos (1976), la alexitimia es un constructo que consta de cuatro características de carácter cognitivo-

afectivo:

1. Dificultad para identificar y describir sentimientos.
2. Dificultad para distinguir los sentimientos de las sensaciones corporales.
3. Reducción o ausencia de pensamiento simbólico (falta de habilidad imaginativa).
4. Estilo cognitivo operativo, externo.

Según estos autores, los sujetos con problemas de índole psicosomática tienen dificultad para describir sus emociones con palabras (de ahí que en ocasiones se les haya asignado el calificativo de *analfabetos emocionales*), les resulta problemático elaborar fantasías y presentan una tendencia a centrarse en los detalles de los sucesos que ocurren en su entorno (Nemiah, 1973, 1977; Sifneos, 1973).

Según Kellner (1991), en algunas personas, la alexitimia puede ser un estado transitorio, pero en otras puede constituir un rasgo persistente que las predispone a atender a sus molestias somáticas en vez de a sus eventos psicológicos. Asimismo, consideraba que esta característica puede ser una manifestación de represión o negación o puede reflejar la incapacidad de la persona para llegar a darse cuenta de las emociones que está experimentando. Se han propuesto diversos factores a los que puede obedecer la alexitimia. Según Leff (1973), esta característica se debe a restricciones de índole cultural y lingüística en la expresión de las emociones, mientras que Nemiah (1977) estimaba que tiene su origen en una perturbación neurofisiológica que provoca incapacidad para experimentar afecto y fantasía.

Desde el punto de vista de la investigación, lo cierto es que la alexitimia ha sido muy poco estudiada en cuanto a su posible rol en la hipocondría. En nuestro contexto, López-Santiago (2011) constató que no había diferencias en alexitimia entre pacientes de cuatro grupos diagnósticos (hipocondría, trastorno de somatización, pánico y otros trastornos somatoformes) en alexitimia, aunque todos los grupos diagnósticos diferían de controles sin trastornos. Estos datos apuntan, como sucede en otros casos, a una falta de especificidad de la alexitimia para explicar la hipocondría, lo cual no le resta relevancia para la explicación del trastorno y, en consecuencia, para su valoración en el proceso de diagnóstico y tratamiento.

3.3.5. Personalidad

De entre todas las variables o factores de personalidad, el neuroticismo y facetas asociadas (afectividad negativa y ansiedad rasgo) es la dimensión que más consistentemente, según las investigaciones, se asocia con la ansiedad por la salud y con la hipocondría (Williams, 2004), no solo porque se relacione con una evaluación negativa de la salud, sino porque, además, se encuentra vinculado con las preocupaciones hipocondríacas. Las razones que explican la asociación entre neuroticismo e hipocondría se encuentran, según Williams (2004), en la

conceptualización del neuroticismo en términos del sistema de inhibición conductual (Behavioral Inhibition System, BIS), un modelo motivacional propuesto por Gray (1987), que se caracteriza por una elevada sensibilidad al castigo y a la ausencia de recompensas y del que se supone que la ansiedad es una expresión o manifestación. La alta sensibilidad al castigo de las personas que poseen niveles elevados de neuroticismo puede deducirse de las investigaciones en las que se demuestra que la ansiedad se asocia con un procesamiento atencional selectivo de los estímulos amenazantes.

En el caso de la ansiedad por la salud, hay muchas situaciones que suponen una amenaza y, por lo tanto, un castigo potencial: la evaluación de la propia salud es una tarea que conlleva un cierto nivel de amenaza, al igual que sucede con la atención a las señales corporales o atender a informaciones sobre enfermedades que proporcionan los médicos, otros significativos o los medios de comunicación.

Por otro lado, las investigaciones sobre las relaciones entre ansiedad y atención selectiva hacia las amenazas arrojan en ocasiones resultados contrarios, en el sentido de que no corroboran esa relación: algunas personas muy ansiosas consiguen atenuar su sesgo selectivo empleando estrategias voluntarias y conscientes de distracción activa, con lo que su estado de ansiedad disminuye. Además, estas estrategias son tanto más útiles cuanto más tiempo perdure el estímulo amenazante. Williams (2004) relaciona esta capacidad con otra de las dimensiones de personalidad del modelo de los *cinco grandes factores*: la minuciosidad o perseverancia (*conscientiousness*). A partir de aquí, postula que la combinación de elevado neuroticismo y baja minuciosidad constituiría un modo de ser altamente vulnerable a hipocondría. Esta sugerencia es interesante, si bien no ha sido todavía objeto de comprobación empírica, que se sepa.

En cualquier caso, lo que sí se sabe es que un elevado neuroticismo es un factor predisponente para el desarrollo de muchos trastornos, en especial los vinculados con la esfera emocional y afectiva entre los que se encuentra la hipocondría.

3.3.6. Modelos explicativos generales

Las diversas características de la hipocondría que se han venido comentando hasta aquí se integran, en su mayoría o en parte, en los modelos cognitivo-conductuales que se presentan a continuación siguiendo un orden cronológico de aparición. De ellos, el más importante por los desarrollos e investigaciones a que ha dado lugar, incluyendo el abordaje psicoterapéutico y la propuesta de denominar a la hipocondría como *ansiedad por la salud*, es sin duda el que propusieron Salkovskis y Warwick a finales de la década de los ochenta del pasado siglo. Como se verá a continuación, todos los modelos propuestos siguen un mismo patrón de tipo procesual, mediante el que se intenta explicar los diferentes aspectos que inciden en el incremento de la vulnerabilidad a presentar el trastorno, siguiendo la lógica de la mayoría de los modelos psicológicos de diátesis-estrés.

A) El modelo de Kellner: la interpretación errónea

Kellner (1985, 1989) diseñó un proceso a través del cual se van incorporando los elementos implicados en la hipocondría y de su evolución hacia lo que él denominaba la *neurosis hipocondríaca*, que se ejemplifican en la [figura 3.1](#). De acuerdo con su propuesta, un conjunto amplio de factores actúan como predisponentes para el desarrollo de la hipocondría: variables constitucionales y experiencias tempranas que hacen que la persona sea propensa a centrar su atención sobre los síntomas corporales (haber convivido durante la infancia con familiares enfermos, haber padecido una enfermedad, ambiente familiar interesado o preocupado por las enfermedades, ambiente familiar inestable durante la infancia y las pérdidas o el duelo durante esa etapa de la vida). Ambos conjuntos de variables son algo así como el *caldo de cultivo* que facilitará la aparición de la hipocondría cuando se produzcan ciertos acontecimientos precipitantes. Un factor precipitante de tipo genérico es el estrés, que puede ser crónico (por acumulación de experiencias vitales estresantes) o agudo (provocado por un suceso inesperado altamente estresante).

Las posibilidades que Kellner incluye como posiblemente estresantes son muy variadas: desde presenciar la muerte de una persona u otras experiencias que acentúen la concepción de vulnerabilidad física hasta padecer otros trastornos psicológicos, tales como un trastorno de adaptación o cualquier otro que se acompañe de sintomatología física. La experimentación de cualquiera de estos acontecimientos vitales estresantes se acompaña siempre de síntomas físicos, característicos del estrés.

A partir de esos síntomas, se ponen en marcha las creencias y supuestos que la persona mantiene sobre lo que significa estar sano y, en concreto, sobre el significado y naturaleza de los síntomas que está experimentando. Estas creencias y supuestos son importantes, pues de su contenido depende que se active el resto del proceso, y por esta razón, Kellner los concibe como factores precipitantes específicos e idiosincrásicos. Pero también es importante la evolución de los síntomas físicos. De hecho, puede suceder que sean transitorios y desaparezcan de manera espontánea, o puede que se acuda al médico en busca de reaseguro y este le informe de que los síntomas no son peligrosos. Si este es el caso y la persona queda satisfecha con la explicación, es probable que ignore los síntomas hasta que finalmente desaparezcan. En cualquiera de esas dos situaciones, se paralizaría el proceso y, por lo tanto, no se produciría la hipocondría.

Pero, si la persona interpreta los síntomas que percibe como indicadores de una enfermedad grave (porque no ha obtenido una explicación convincente del médico, o el reaseguro no ha sido eficaz), se abre la puerta hacia el desarrollo de la hipocondría. La primera consecuencia de esa interpretación es la de incrementar la atención (y la consiguiente percepción) hacia los síntomas que preocupan, lo que a su vez provoca un incremento del estado de ansiedad del que ya partía desde el inicio como consecuencia del estrés. Ante esta situación, es muy probable que la persona comience a interpretar en términos erróneos la naturaleza de los síntomas que advierte. Las explicaciones que le da el médico acerca de que no le pasa nada, lejos de tranquilizarla, afianzan su idea de que

sufre una enfermedad física que todavía no le han diagnosticado y a partir de ese momento todos los síntomas y sensaciones que antes habían sido ignorados adquieren un significado concreto: “estoy enfermo”.

Desde el momento en que empieza a creer que está físicamente enfermo, asigna un valor amenazador a sus sensaciones somáticas con lo que se facilita el desarrollo de las estrategias de percepción de síntomas y que la focalización de la atención en su cuerpo se convierta en un hábito sobreaprendido. Además, la ansiedad puede llegar a estar condicionada a la percepción de sensaciones somáticas o pensamientos relacionados con la enfermedad, de tal modo que los incrementos de la ansiedad, que en algunos casos pueden llegar a traducirse en crisis de pánico, pueden producir más sensaciones corporales que, a su vez, aumentan la ansiedad y la atención o percepción selectiva, estableciéndose así un círculo vicioso que perpetúa el trastorno.

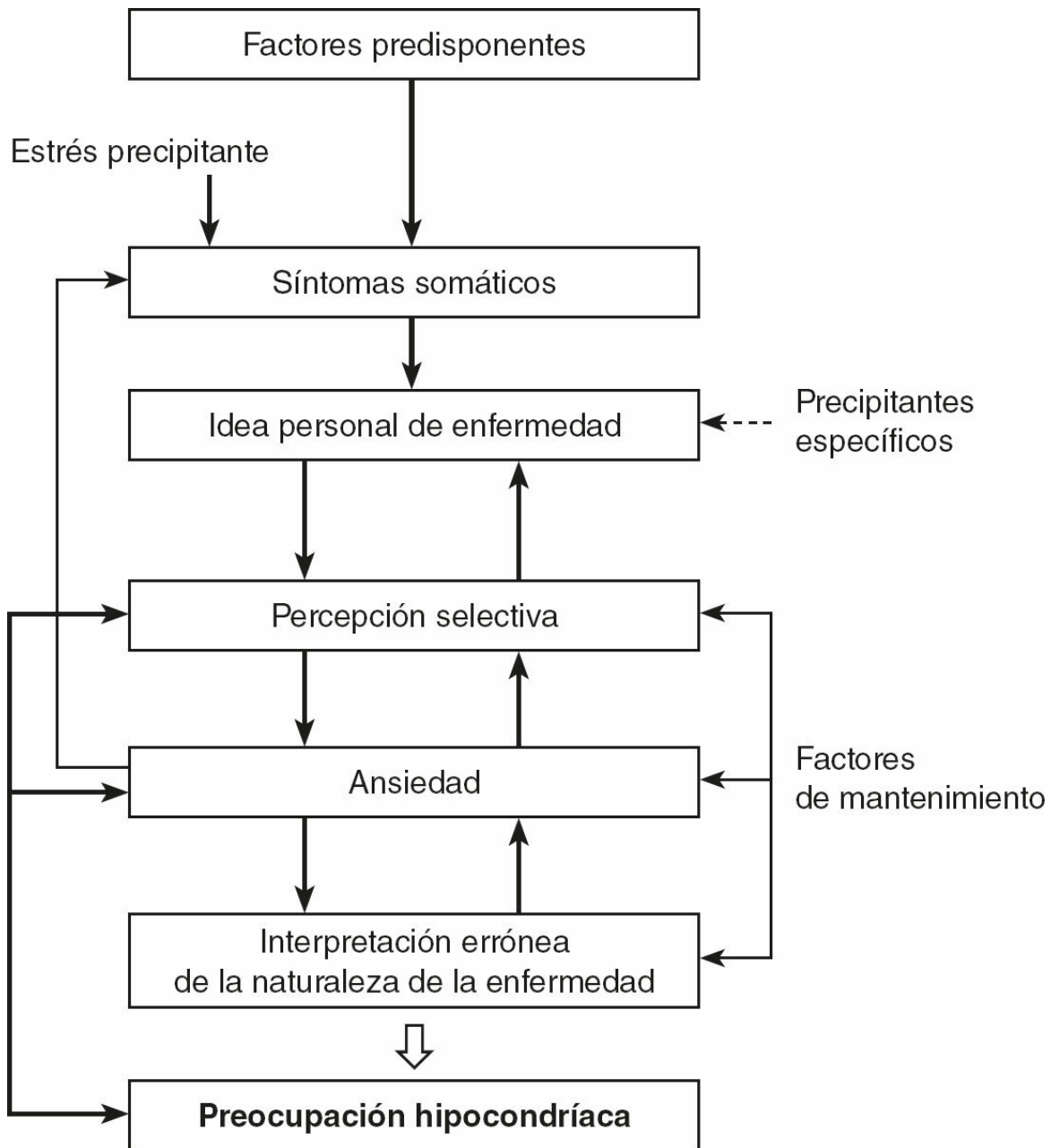


Figura 3.1. Esquema simplificado de la neurosis hipocondríaca.

Fuente: Kellner, 1985.

B) La aportación de Salkovskis y Warwick: los supuestos disfuncionales

La formulación que realizan estos autores para explicar la hipocondría se basa en un cambio conceptual de base: según su propuesta, se trata de un trastorno de ansiedad y no un trastorno somatomorfo. A partir de aquí, proponen un modelo explicativo similar a los previamente propuestos para explicar otros trastornos de ansiedad como el pánico (Clark, 1986), con el que comparte inicialmente dos características esenciales: la

experimentación de síntomas físicos y su interpretación inicial como evidencias de una enfermedad grave (Salkovskis, 1989, 1997; Salkovskis y Clark, 1993; Salkovskis y Warwick, 1986, 2001; Warwick y Salkovskis 1989, 1990).

Ambos trastornos comparten también el miedo a la muerte, pero, en el caso del pánico, el temor se concreta en un desenlace fatal inminente, mientras que en la hipocondría se trata de un proceso más largo, pero igualmente doloroso y fatal.

A partir de aquí, los autores plantean un esquema procesual a través del cual ilustran cómo se desarrolla la hipocondría y sugieren que la interpretación que hace una persona de sus sensaciones físicas depende del peligro percibido, que, a su vez, está en función de cuatro factores cognitivos que se ejemplifican en el [cuadro 3.2](#).

CUADRO 3.2. *Factores cognitivos implicados en la ansiedad*

Ansiedad=	Percepción de la probabilidad de enfermedad	×	Percepción del coste, lo horrible y la carga de la enfermedad
	Percepción de la habilidad para hacer frente a la enfermedad	+	Percepción de la medida en que los factores externos nos ayudarán

Fuente: Salkovskis y Warwick, 2001: 205.

El más importante es la percepción de la probabilidad de desarrollar o padecer una enfermedad grave, que interactúa con la percepción de lo *terrible* que sería sufrir esa enfermedad. Este último factor hace referencia tanto al dolor y el sufrimiento que acompañan al/la enfermo/a como a consecuencias más generales, tales como perder un rol que se está desempeñando (ser madre) o la preocupación por la tristeza y el desconcierto que puedan sentir los seres queridos.

El otro factor relevante es en qué medida la persona se considera capaz de interferir en el curso de la enfermedad: esto es, si considera que tiene las estrategias de afrontamiento adecuadas para hacer frente a la amenaza percibida –la enfermedad–. El último factor se refiere a la posibilidad de contar con factores externos que puedan intervenir en caso de necesitar ayuda, tales como el acceso a los servicios de salud y la ayuda médica.

Un aspecto relevante de este análisis es que una persona puede experimentar una elevada ansiedad por la salud sin que exista una alta probabilidad de enfermar, por el simple hecho de considerar que estar enfermo sería algo horrible, terrible y triste o, lo que es lo mismo, porque se temen los costes asociados a la enfermedad, como que se acompañe de dolor y molestia, perder un puesto de trabajo o sentirse una carga para los familiares. Si, además, la persona piensa que va a desarrollar una enfermedad o tiene una

alta probabilidad de padecerla en un futuro, la ansiedad por la salud aumentará. Estos factores cognitivos juegan un papel determinante en la génesis del trastorno, puesto que los pacientes perciben las sensaciones y síntomas corporales como más peligrosos de lo que realmente son y suelen considerar una enfermedad particular más probable de lo que realmente es. Además, se perciben a sí mismos como incapaces de prevenir la enfermedad o intervenir en su curso. En definitiva, consideran que no disponen de los recursos necesarios para lidiar con la enfermedad.

Este análisis inicial se concreta en una formulación cognitivo-conductual que, como se ha dicho, es muy parecida a la que se planteaba en esa misma época para el trastorno de pánico. La [figura 3.2](#) ejemplifica el proceso.

Las experiencias tempranas relacionadas con la enfermedad (propias o ajenas) y las experiencias negativas con los servicios de salud conducen a la formación de creencias disfuncionales sobre los síntomas, la enfermedad y las conductas de salud. Por tanto, se trata de creencias que la persona ha ido adquiriendo o aprendiendo en diferentes momentos y situaciones, incluyendo las experiencias previas con enfermedades físicas o una experiencia médica insatisfactoria, eventos tales como la inesperada o problemática enfermedad de un ser querido, o la información que aparece en los medios de comunicación. Un ejemplo de supuesto disfuncional sería pensar que todos los cambios corporales tienen una causa justificada o que se debe acudir al médico ante la mínima sospecha de enfermedad para evitar un desenlace fatídico. Otras creencias pueden estar más relacionadas con enfermedades específicas y debilidades personales, tales como considerar que se es más vulnerable a una enfermedad determinada, o que una parte específica del cuerpo no funciona como corresponde (por ejemplo, “mi capacidad pulmonar no es buena”). Tales creencias pueden llevar a la persona a prestar atención a los cambios corporales que son indicativos de enfermedad y a ignorar los signos de buena salud.

Estos supuestos o creencias pueden permanecer latentes hasta que un incidente crítico los activa (sensaciones corporales no habituales, aparición de un síntoma, muerte de un familiar o conocido de la misma edad, nueva información acerca de una enfermedad), lo que provoca la intrusión de pensamientos e imágenes automáticos negativos y desagradables, que suscitan una interpretación catastrofista de las sensaciones y signos corporales. Se produce, asimismo, un aumento de la vigilancia corporal y la persona puede observar más fácilmente otras sensaciones corporales. La interpretación catastrofista de sus sensaciones y cambios corporales provocará un aumento de la ansiedad centrada en el estado de salud (ansiedad por la salud).

Como todo trastorno de ansiedad, se manifiesta a través de síntomas de tipo conductual (comprobación, vigilancia corporal o búsqueda de reaseguro), afectivo/emocional (malestar, tristeza o ira), cognitivo (vigilancia, atención selectiva o intensificación de las creencias previas), y físico (síntomas característicos del arousal o activación del sistema nervioso autonómico).

La aparición de estos síntomas tiene a su vez otras consecuencias perniciosas. Por ejemplo, como consecuencia del arousal, la persona experimentará más sensaciones

físicas, que podrá interpretar como indicadores de enfermedad. El aumento de la vigilancia corporal puede hacer que la persona sea más consciente de sus funciones y cambios normales y los interprete como anómalos. Las conductas encaminadas a determinar si la enfermedad está o no presente contribuyen a mantener el problema mediante el incremento de la sintomatología y la preocupación por la salud.

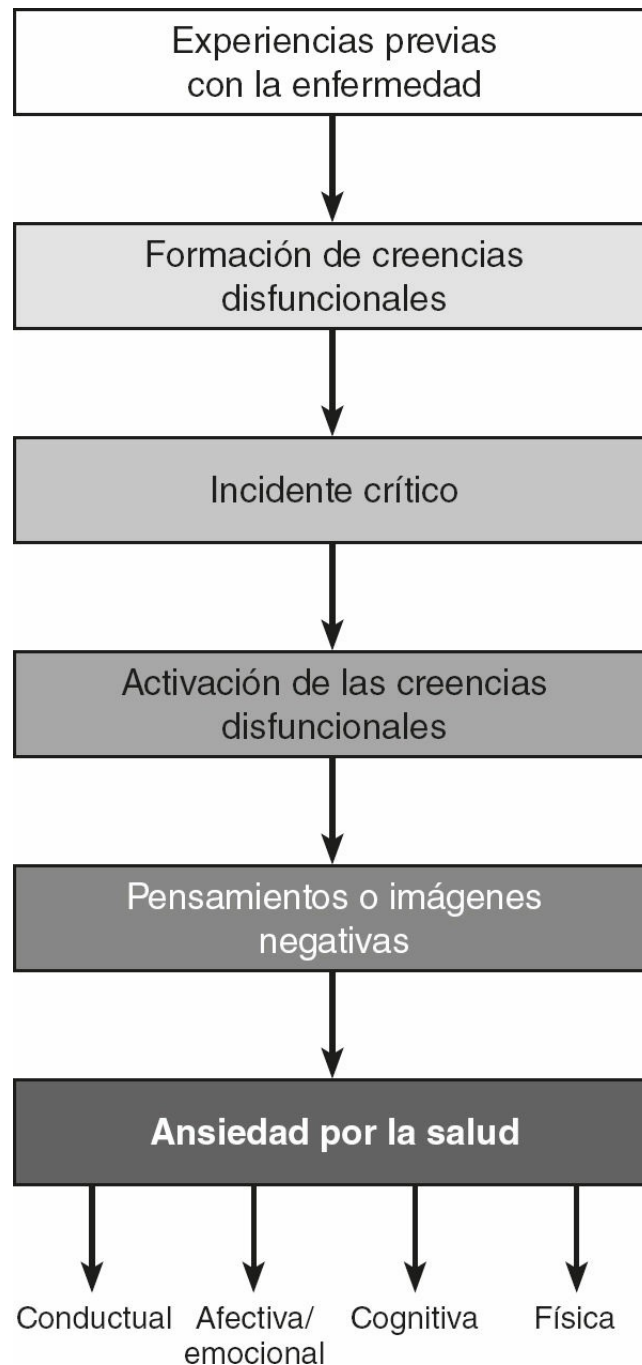


Figura 3.2. Modelo cognitivo del desarrollo de la hipocondría.

Fuente: Warwick y Salkovskis, 1990.

Una vez desarrollado el trastorno, entran en juego una serie de factores que mantienen y exacerban la preocupación por la salud. El proceso se ejemplifica en la [figura 3.3](#).

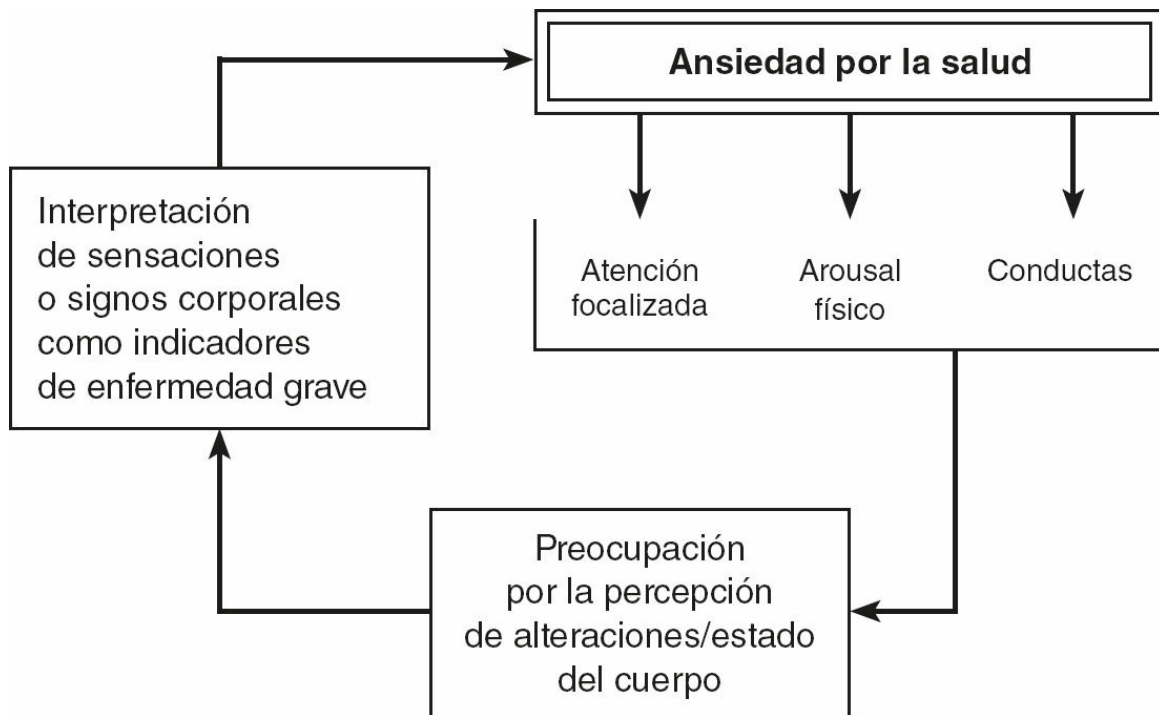


Figura 3.3. Factores que mantienen la hipocondría.

Fuente: Modificado de Salkovskis y Rimes, 1997.

En primer lugar, la ansiedad por los síntomas y el estado de salud suelen tener como resultado un aumento del arousal físico. Los pacientes pueden entonces malinterpretar esos síntomas de activación como una prueba adicional de enfermedad física. En segundo término, la atención selectiva y focalizada en el cuerpo puede hacer que la persona se percate de variaciones (normales) de su funcionamiento corporal o aspectos de su apariencia física, que de otro modo le habrían pasado desapercibidos, y los interprete como anómalos.

Finalmente, las conductas de evitación, de autoinspección corporal de las zonas problemáticas y de búsqueda de información tranquilizadora de fuentes médicas o no médicas, contribuyen a fomentar la ansiedad por la salud. Estas conductas funcionan de manera similar a como lo hacen los rituales compulsivos en el trastorno obsesivo-compulsivo, ya que producen una disminución transitoria de la ansiedad que viene seguida, posteriormente, por su incremento.

Este tipo de conductas impide que el individuo aprenda que aquello que teme no le está ocurriendo, provoca que continúe prestando atención a sus pensamientos negativos e incluso algunas de ellas influyen directamente en los cambios corporales que elicitaban sus pensamientos iniciales (Warwick, 1989).

Los tres mecanismos descritos (arousal fisiológico, focalización de la atención y conductas de evitación) llevan a la persona a preocuparse por las sensaciones físicas percibidas como patológicas y a valorarlas como señales de la presencia de una enfermedad grave, lo que a su vez aumenta la percepción de peligro, estableciéndose de este modo, un círculo vicioso que prolonga y mantiene la hipocondría.

Como se ha comentado antes, una parte muy importante de investigación cognitivo-conductual sobre la hipocondría y la ansiedad por la salud ha estado dirigida a poner a prueba los diferentes supuestos del modelo de Salkovskis y Warwick. En general, los resultados avalan el modelo, tanto en lo que se refiere a las variables que se proponen como iniciadoras o desencadenantes del proceso como a las de mantenimiento. Además, como se verá en el [capítulo 4](#), buena parte de los desarrollos terapéuticos eficaces para la hipocondría surgen de, o se basan en, este modelo que supuso un importante cambio de orientación para entender y abordar el trastorno de un modo significativamente más eficaz de lo que se había conseguido hasta entonces.

Siguiendo la estela de este planteamiento, Abramowitz, Deacon y Valentiner (2007) sugieren ampliarlo otorgando un papel central a las creencias disfuncionales, como elementos desencadenantes a la vez que perpetuadores, de la ansiedad por la salud. El esquema del modelo, que se ofrece en el [figura 3.4](#), es muy parecido al modelo general que se propone para todos los trastornos de ansiedad, y especialmente para el trastorno de pánico y el trastorno obsesivo-compulsivo. Ello es así porque, según estos autores, tanto la hipocondría como los trastornos de ansiedad mencionados comparten una interpretación sesgada y defectuosa de experiencias benignas y universales (como las relacionadas con la activación del sistema nervioso autónomo, o los pensamientos intrusos no deseados sobre amenazas) que:

- a) Incrementan la ansiedad basal.
- b) Promueven el uso de comportamientos de búsqueda de seguridad que, paradójicamente, aumentan todavía más la ansiedad.

En consecuencia, desde este planteamiento, la hipocondría es una forma extrema de ansiedad por la salud, como ya se ha explicado en diferentes partes del libro. En el anexo 1, se encuentra un cuadro resumen para el análisis funcional del problema que presentan los pacientes, siguiendo el modelo cognitivo-conductual.

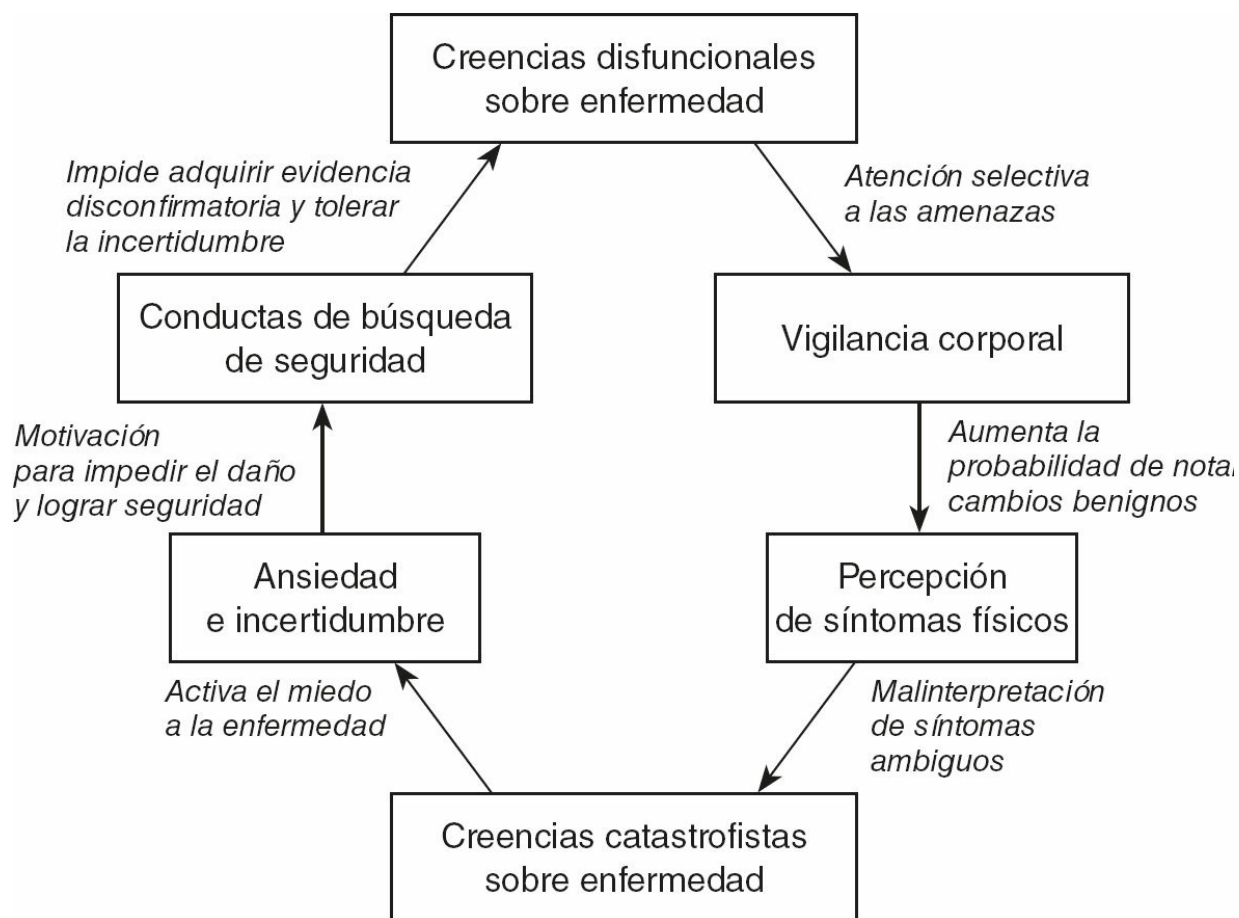


Figura 3.4. Modelo cognitivo-conductual de la hipocondría o ansiedad extrema por la salud.

Fuente: Modificado de Abramowitz *et al.*, 2007.

C) El modelo cognitivo-evolutivo de P. Williams (2004)

A partir de la revisión de las investigaciones publicadas hasta ese momento y los datos que apoyan los diversos supuestos del enfoque cognitivo-conductual de la ansiedad por la salud y la hipocondría, esta autora propone un modelo integrador, de tipo evolutivo, en el que incorpora no solo la información proveniente de los enfoques de Barsky (amplificación somatosensorial), Kellner (supuestos disfuncionales) y Salkovskis y Warwick (ansiedad por la salud), sino, además, otros datos y sugerencias que proporcionan las investigaciones sobre personalidad y sobre variables sociales.

La [figura 3.5](#), tomada de la autora, ejemplifica el proceso evolutivo que lleva al desarrollo de la hipocondría y los mecanismos que actúan como mantenedores y agravantes del proceso. El primer paso lo sitúa en la posesión de una vulnerabilidad personal a experimentar ansiedad, a través del rasgo de neuroticismo como disposición fundamental de personalidad, que, desde el punto de vista del comportamiento, se caracteriza por la tendencia a atender de manera preferente y selectiva a las amenazas.

Esta disposición personal, junto con experiencias tempranas relacionadas con la enfermedad (que incluyen aprendizajes y procesos de socialización en el entorno familiar y social), inducirían en el caso de la hipocondría (a diferencia de otros trastornos de ansiedad) a prestar atención de manera selectiva y preferente a cualquier amenaza a la propia salud y a las sensaciones físicas.

Una vez establecido este estado atencional, entrarían a jugar un papel relevante dos factores adicionales que actuarían como activadores o instigadores finales de la ansiedad por la salud: uno de tipo constitucional (el rasgo de baja minuciosidad o perseverancia) y otro de tipo externo o ambiental (la experimentación personal o vicaria de una amenaza hacia la salud o la información sobre enfermedades que proporcionan otros significativos, los medios de comunicación, o los profesionales de la salud).

La combinación de esos tres elementos (atención selectiva, activadores y personalidad) propicia la aparición de ansiedad por la salud o tendencias hipocondríacas. El paso de estas tendencias a la hipocondría clínicamente significativa (o la ansiedad por la salud grave) se produciría por la intervención de nuevo del rasgo de personalidad de baja minuciosidad, al que podrían unirse ciertos procesos de relación interpersonal como los propuestos en los modelos psicosociales (conducta anormal de enfermedad y estilo de comunicación interpersonal), que reforzarían y mantendrían el trastorno en un proceso constante de retroalimentación, proceso que a su vez aumentaría el valor y significado de los factores activadores de experiencia personal y obtención de información.

Además, los procesos de relación interpersonal están a su vez influidos por las experiencias y aprendizajes evolutivos sobre la enfermedad que, de algún modo, están presentes desde el inicio del proceso.

Todos los supuestos del modelo se basan, como se ha dicho, en los datos proporcionados por las diferentes investigaciones que se han venido publicando desde los inicios del enfoque cognitivo-conductual de la hipocondría y la ansiedad por la salud. Como consecuencia, se trata en realidad de un modo de organizar y dar sentido coherente a la información, a menudo dispersa, con la que se cuenta para comprender la génesis de la hipocondría. No obstante, queda por dilucidar si la secuencia propuesta en términos causales responde o no a la realidad clínica.

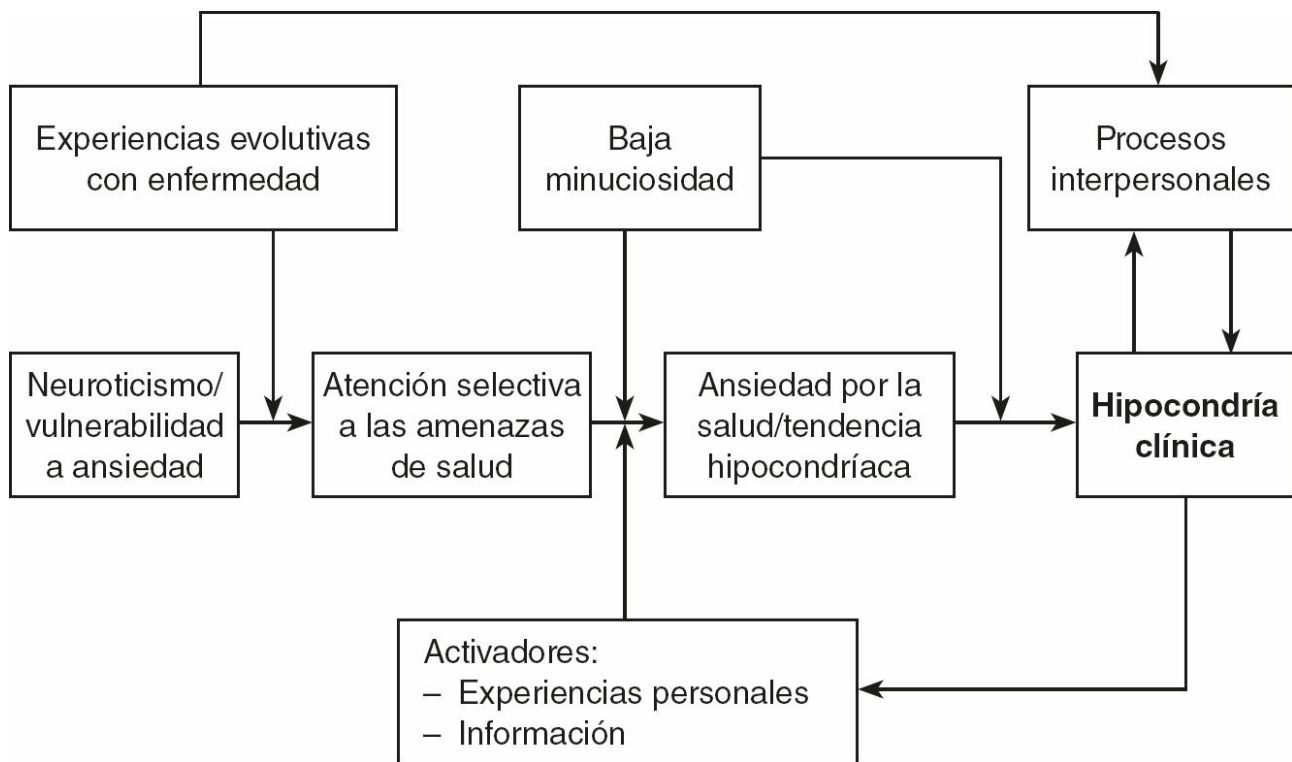


Figura 3.5. Modelo evolutivo cognitivo sobre la etiología y el mantenimiento de la ansiedad por la salud y la hipocondría.

Fuente: Williams, 2004.

D) El modelo metacognitivo de Bailey y Wells

Esta propuesta es una extensión del modelo metacognitivo de Wells (2000) sobre la ansiedad generalizada a la ansiedad por la salud. El supuesto nuclear es la noción de que los trastornos de ansiedad, y en particular la ansiedad por la salud, son la consecuencia de pensamientos negativos recurrentes y difíciles de controlar, unidos a la utilización de estrategias mentales para suprimirlos, como la supresión intencional de pensamientos y la búsqueda de reaseguro, cuyos efectos sobre el control de los pensamientos es paradójico, puesto que incrementan su recurrencia.

El pensamiento repetitivo y recurrente es el resultado, a su vez, de metacogniciones inadecuadas, es decir, de creencias desadaptativas sobre la naturaleza y el contenido de los propios pensamientos. Por ejemplo, “pensar lo peor que puede suceder sobre los síntomas, me mantendrá a salvo” o “no puedo controlar mis preocupaciones sobre la salud”.

Desde esta perspectiva, el modelo explica la ansiedad por la salud de un modo ligeramente distinto a como lo hacen los modelos cognitivos, como el de Salkovskis y Warwick, ya que la ansiedad por la salud se concibe como el resultado de un proceso de pensamiento repetitivo y disfuncional sobre la enfermedad en lugar de ser el resultado de la creencia de estar enfermo. Por lo tanto, en el desarrollo de la hipocondría, las

creencias (disfuncionales) sobre el pensamiento repetitivo son más importantes que las creencias sobre la enfermedad y la salud.

Según los autores, la traducción al ámbito del tratamiento del enfoque metacognitivo difiere del modo en que se trata la hipocondría desde el modelo cognitivo-conductual tradicional. Por ejemplo, desde este enfoque, a un paciente que cree que el dolor de garganta que tiene se debe a un cáncer de laringe se le pediría que buscara otras explicaciones posibles, y benignas, a ese dolor con el fin de poner a prueba su interpretación catastrofista. Sin embargo, en el modelo metacognitivo, el terapeuta explora con el paciente otras formas de relacionarse con la interpretación catastrofista dirigidas a que el paciente disminuya el tiempo que dedica a sus pensamientos como un medio para demostrarle que reducir el tiempo de pensar modifica las creencias sobre la incontrollabilidad de sus preocupaciones sobre la salud. Para ello, puede plantearle que posponga cualquier intento de buscarle un significado a los pensamientos para otro momento.

Hay bastantes datos a favor del modelo metacognitivo, aunque su importancia es relativa dado que en su mayor parte se trata de estudios correlacionales en los que se comprueba que las puntuaciones en los cuestionarios de metacognición elaborados por los autores, se asocian con medidas de ansiedad por la salud aun controlando el neuroticismo y la amplificación somatosensorial (Bailey y Wells (2013), así como con sesgos atencionales hacia información relacionada con la salud, o modulan (Kaur, Butow, y Thewes, 2011). Además, las creencias metacognitivas moderan o intervienen en la relación entre ansiedad por la salud y las interpretaciones (creencias) catastrofistas sobre los síntomas corporales, lo que pone en cuestión, según los autores, la importancia que se da a las creencias disfuncionales en los modelos cognitivos tradicionales ya que tales creencias por sí solas (o sea, sin la ayuda mediacional de la metacognición) no predecían la ansiedad por la salud (Bailey y Wells, 2015a). En un estudio más reciente (Bailey y Wells, 2016), reproducen estos mismos resultados utilizando un diseño longitudinal de 6 meses. La totalidad de los estudios publicados se ha llevado a cabo con personas sin diagnóstico formal de hipocondría.

En nuestra opinión, el enfoque metacognitivo es interesante y puede ayudar a entender mejor la importancia de los procesos de pensamiento en la génesis y mantenimiento de la hipocondría. No obstante, como se ha visto a lo largo de este capítulo, en la hipocondría, intervienen no solo procesos de pensamiento disfuncionales, sino además comportamientos, emociones, características de personalidad, estilos de procesamiento de la información (atención selectiva, hipervigilancia, etc.), creencias disfuncionales sobre el significado de los signos y síntomas físicos, problemas en los modos de establecer relaciones interpersonales, etc. En consecuencia, sin obviar la aportación que puede hacer este nuevo enfoque, lo cierto es que su excesiva reducción a un proceso mental (la metacognición) no parece suficiente para explicar la complejidad del trastorno hipocondríaco.

Finalmente, la escasez de datos del modelo en relación con personas diagnosticadas de hipocondría, además de la ausencia de información sobre su utilidad en la práctica

terapéutica, no garantizan su mayor utilidad en relación con otros enfoques cognitivos como los revisados en este capítulo.

Tratamiento cognitivo-conductual: principios generales

4.1. Estado actual del tratamiento de la ansiedad por la salud

El tratamiento psicológico de los trastornos de ansiedad es una de las áreas mas fructíferas, efectivas y bien establecidas de los programas de tratamiento basados en el modelo cognitivo o cognitivo-conductual (Barlow, 2001; Beck, *et al.*, 1986; Clark y Beck, 2016). El abordaje terapéutico de este grupo de trastornos y su conceptualización son el principal baluarte de las intervenciones psicológicas eficaces. Entre ellas, la terapia cognitivo-conductual es la estrategia terapéutica de primera elección para la mayoría de las situaciones clínicas de ansiedad, tanto cuando se compara con otras intervenciones psicológicas como cuando se trata de las farmacológicas, tal como se evidencia en revisiones de metaanálisis (Deacon y Abramowitz, 2004) y en las principales guías clínicas (Guía clínica NICE, núm. 123, 2011).

Hace ya más de tres décadas que Salkovskis y Warwick (1986) conceptualizaron detalladamente la ansiedad por la salud desde una perspectiva cognitivo-conductual, basándose en los modelos explicativos del trastorno de pánico y el TOC (Rachman, 2012), que tan productivos han sido para el tratamiento y formulación clínica de esos trastornos, iniciándose a partir de ese modelo de ansiedad por la salud los primeros estudios de efectividad (Warwick *et al.*, 1996) y describiéndose los primeros programas de tratamiento (Warwick y Salkovskis, 2001). Antes de esos trabajos pioneros, la hipocondría había sido descrita como un trastorno intratable, para el que “la terapia de apoyo era lo mejor que podría ofrecerse” (Warwick y Salkovskis, 2001).

No obstante, a pesar de que existe una elevada evidencia de la efectividad de este modelo, con múltiples estudios de caso (Langlois y Ladouceur, 2004; Salkovskis y Warwick, 1986), estudios no controlados (Martínez y Botella, 2005; Visser y Bouman, 1992), estudios controlados (Bouman y Visser, 2001; Clark *et al.*, 1998) o metaanálisis (Bouman, 2014; Olatunji *et al.*, 2014; Thomson y Page, 2007), la solidez de los resultados (tamaño del efecto) y el número de estudios no es comparable a los

publicados con otros trastornos de ansiedad con características clínicas similares como el trastorno de pánico (Landon y Barlow, 2004; Sánchez-Meca, 2010) o el TOC (Olatunji *et al.*, 2013; para un análisis detallado sobre los estudios de efectividad, pueden consultarse Bouman, 2016 o Avia, 2017). Las causas de todo ello se deben, probablemente, a las dificultades para ofrecer una definición adecuada del trastorno (hipocondría, en este caso) dentro de la categoría de los trastornos somatoformes en las diferentes ediciones del DSM, que no parece haber sido resuelto en la clasificación de Trastornos de Síntomas Somáticos del DSM-5 ([capítulo 1](#)). No obstante, parece más adecuada y congruente la propuesta de la futura CIE-11, como un trastorno dentro del espectro obsesivo compulsivo (Stein *et al.*, 2016) y con unos criterios diagnósticos más acordes con la comprensión actual del trastorno ([capítulo 1](#)).

Además de esta importante cuestión nosográfica, el problema del estudio sistemático del tratamiento de la hipocondría ha podido estar influido también por la dificultad que habitualmente se atribuye a estos pacientes para ser atendidos en un contexto de salud mental (Tyrer, 2013), al presuponerse que rechazan una explicación psicológica de su malestar, persistiendo en una búsqueda de explicación y solución somática de sus síntomas. Esta idea ha estado tradicionalmente asociada con una *actitud* atribuida al paciente hipocondríaco y somatizador (López-Santiago y Belloch, 2002, 2012) que propiciaría un sentimiento de estigmatización cuando se les sugiere que necesitan una intervención psicológica para aquellos síntomas que considera provocados por una enfermedad médica. Tyrer (2013) propone que la mejor forma de tratar con éxito la ansiedad por la salud es directamente desde los servicios médicos en los que es detectado el paciente y por profesionales de primera línea de esos servicios.

Aunque este abordaje puede ser útil en algunos casos de gravedad leve, o como intervención preventiva (ya sea primaria o secundaria), se considera que, dada la elevada complejidad del tratamiento psicológico de la hipocondría, similar a la del TOC o la ansiedad generalizada, para que ese tratamiento pueda ser efectivo debe ser especializado y aplicarse de forma sistemática en la mayoría de los casos.

En relación con la *actitud del paciente hipocondríaco*, desde nuestra experiencia en el estudio de las características clínicas y en el tratamiento de estos pacientes, coincidimos con Furer *et al.* (2006) en que, en contra de lo que suele presuponerse, los pacientes con hipocondría son muy receptivos a una explicación psicológica de su problema como un problema de ansiedad, en el que la malinterpretación de sus síntomas físicos y sus conductas de seguridad son los principales factores que mantienen el problema. Por tanto, el abordaje del paciente hipocondríaco no debe diferir esencialmente del de otros trastornos de ansiedad complejos, como el pánico, el TOC o el trastorno de ansiedad generalizada.

No obstante, dadas las peculiaridades que suelen atribuir muchos clínicos a estos pacientes, como la muy extendida idea de que se trata de personas especialmente complicadas y difíciles en el trato y en la relación terapéutica, parece importante comentar las particularidades de la entrevista con las personas con hipocondría antes de adentrarnos en el programa de tratamiento propiamente dicho.

4.2. La relación terapéutica con el paciente hipocondríaco

Para ejemplificar las complejidades que pueden presentar las personas con hipocondría en su relación terapéutica, se hace referencia a algunos casos con los que hemos trabajado en los últimos años.

- *Caso de Alejandro*

Tiene 46 años, es técnico de mantenimiento en una gran empresa, está casado y tiene 2 hijos varones de 6 y 12 años. Presenta preocupaciones hipocondríacas de forma intermitente desde que tenía 30 años después de detectarle una “mancha en el pulmón” que, finalmente, no tuvo ninguna repercusión física. Nueve años después sus síntomas se agravaron tras el fallecimiento de un sobrino por un accidente laboral.

El episodio actual se desencadena tras una intervención de hernia inguinal, con molestias perianales posoperatorias, sin causa aparente, que ha desencadenado una grave sintomatología hipocondríaca y depresiva. El paciente observa continuamente su cuerpo, escruta sus heces y se pesa varias veces al día, ha perdido varios kilos desde que se encuentra preocupado, tiene falta de apetito y pasa el día sin energía, lo que continuamente considera como pruebas de que tiene cáncer.

Durante la entrevista se muestra muy angustiado, con mucho miedo a un cáncer, pero también a que su estado de ansiedad y el hecho de preocuparse tanto puedan causarle un tumor. Refiere haber leído en algún sitio que la mente es tan poderosa que puede causar enfermedades y durante la entrevista su principal objetivo es que el terapeuta pueda des-confirmarle esa idea: “¿será verdad que mi mente pueda crearme un cáncer?”. Esa situación le llevó a consultar varias veces a urgencias psiquiátricas ante su desesperación por su estado mental, y a su médico de atención primaria, para que le asegurasen que sus síntomas físicos “no eran nada”. Además de los episodios hipocondríacos el paciente se describe como “muy responsable, perfeccionista, controlador, nervioso, activo y preocupadizo”. Rasgos obsesivos y valoraciones disfuncionales que se confirmaron en la evaluación psicométrica, junto con un elevado ánimo depresivo.

La entrevista de acogida con Alejandro resultó especialmente compleja debida al elevadísimo nivel de angustia y su bajo estado de ánimo, además de la, *a priori*, difícil tesitura en la que se encontraba ante sus síntomas, ya que, si las interpretaciones hipocondríacas eran acertadas, se encontraba ante la situación de sufrir un cáncer y, por otra parte, si pensaba en su problema como un problema de ansiedad, su intrusión obsesiva “si pienso en tener un cáncer y eso me genera mucha ansiedad, el poder de mi mente puede crearme un cáncer” lo llevaba también a temer padecer un cáncer.

Las claves para *atraer* al paciente fueron, en primer lugar, una aceptación genuina de su elevadísima ansiedad, de su desconfianza y de su necesidad de solicitar continuamente reaseguro sobre sus dudas, especialmente respecto a los *riesgos* de su

ansiedad y, segundo, infundir esperanza de la combinación entre el tratamiento farmacológico, que comenzaba a reducir parcialmente la intensidad de sus síntomas, y el tratamiento psicológico que iniciábamos.

Una vez establecida una relación terapéutica sólida y de colaboración, se dedicaron varias sesiones individuales a descubrir con el paciente cómo sus valoraciones disfuncionales sobre sus pensamientos respecto a la interpretación de sus síntomas y de sus intrusiones, y respecto a las consecuencias sobre su salud del hecho de pensar que tenía un cáncer (síntoma propiamente obsesivo), eran la clave para comprender su ansiedad y poder comenzar a tratarla. Esto último se hizo efectivo en un grupo de terapia específico, mediante una intervención protocolizada para el tratamiento de la hipocondría, que siguió el esquema que se ofrece más adelante.

- *Caso de Ernesto*

Es comercial, tiene 44 años, está casado y tiene un hijo de 9 años. Comenta que es hipocondríaco desde pequeño: “ya por entonces si oía algo respecto a alguna enfermedad, desarrollaba todos los síntomas con gran ansiedad”. Así ha ido pasando el tiempo sin seguir tratamiento alguno. Desde hace dos años está en seguimiento en la unidad de psiquiatría, aunque él reconoce que su problema es más psicológico. A medida que pasa el tiempo la hipocondría se ha ido agudizando, y actualmente, ante cualquier síntoma, se disparan sus temores que le provocan una gran ansiedad por lo que va a urgencias (desde hace poco tiempo reconoce ir menos porque ya se cansa). No obstante, presenta muchos comportamientos de seguridad: cada cierto tiempo “necesita” hacerse una analítica; viaja mucho y siempre duerme en localidades con hospital detectado y cercano; teme ir a pasear con su hijo por si le pasara algo con el niño (preocupado por el futuro de su familia si él faltase, por lo que tiene seguros de vida). Sale con amigos pero reconoce escaso disfrute en general. Insiste en la ausencia de problemas familiares, de pareja, o económicos, y se muestra conforme con su situación económica (“no deseo que cambie nada, estoy bien así”). Desde hace 2 años refiere un incremento significativo de los síntomas a raíz de visitar a un cardiólogo al que conocía y que le diagnóstico una angina de pecho (“yo fui a que me dijese que no me pasaba nada”).

Refiere que fue inmediatamente después a Madrid a hacerse una prueba de esfuerzo (“al primer sitio que encontré”), que no arrojó ningún resultado negativo. Refiere que, desde ese momento, el que le dijeran que estaba bien no disminuyó el miedo, sino todo lo contrario. Según dice, ese “falso positivo” le condicionó la vida, pues a partir de entonces se intensificaron sus conductas de evitación ante acontecimientos como comidas o reuniones, o toma Clonazepam antes para evitar síntomas. “Cuando me noto algo me desconecto, estoy pendiente de los síntomas, me pellizco en el lado izquierdo, planifico lo que voy a hacer, me tomo la tensión (más de 40 veces)”. Anteriormente, también presentaba conductas similares, pero con menor intensidad y frecuencia: “he sido un hipocondríaco absoluto toda mi vida, pero me hacia una analítica y durante 3-4

meses estaba perfectamente” o “no quiero hacer nada con lo que no me sienta protegido”.

Aunque Ernesto presentaba una evidente *conciencia de ser hipocondríaco* y una actitud de búsqueda de ayuda psicológica, a su vez su resistencia a poder aceptar la incertidumbre del error médico (falso positivo en su caso) y la intensa ansiedad con la que abordaba los síntomas desde siempre, pero especialmente desde su erróneo diagnóstico de angina de pecho, sumado al amplio repertorio de conductas de búsqueda de seguridad, dificultaron mucho su adherencia al tratamiento psicológico y el compromiso en la eliminación de esas conductas.

El estilo terapéutico para el abordaje de los paciente con ansiedad por la salud no difiere esencialmente del proceso terapéutico de la psicoterapia cognitiva estándar, definida como un procedimiento activo, directivo, estructurado y de tiempo limitado, que integra aspectos emocionales y conductuales bajo la primacía de lo cognitivo, además de aspectos biológicos, biográficos y sociales del paciente (Beck *et al.*, 1979; J. Beck, 2001) y en particular del aplicado a otros trastornos de ansiedad (Clark y Beck, 2013).

En el [cuadro 4.1](#), se enumeran los principios de la terapia cognitiva que hemos resumido en otro lugar (López Santiago y Giménez, 2012). La relación terapéutica se debe basar principalmente en la empatía, la confianza, el *rappport* (acuerdo mutuo) y la colaboración, con el objetivo de crear un ambiente seguro, donde el paciente pueda expresar y cuestionar sus sentimientos tanto positivos como negativos (Belloch y Fornés, 2012; Cormier y Cormier, 1994). Los ingredientes básicos de la comunicación son comunes a los de la terapia centrada en la persona de Carl Rogers ([cuadro 4.1](#)).

La relación terapéutica no es únicamente un instrumento para aliviar el sufrimiento, como podría entenderse en la terapia basada en la persona de Rogers, sino que es también un vehículo que potencia el esfuerzo común para alcanzar los objetivos acordados y una comprensión común del problema.

Para ello, se anima al paciente a planificar por sí mismo las tareas entre sesiones (o *tareas para casa*), a investigar los supuestos subyacentes, a diseñar experimentos, con el fin de incrementar su compromiso activo con el proceso de cambio y, por tanto, facilitar la adherencia terapéutica y fomentar las habilidades de autocontrol que, a su vez, mejorarán la autoestima, tan dañada en muchos casos.

CUADRO 4.1. *Principios de la terapia cognitiva*

1. Se fundamenta en una conceptualización cognitiva del paciente y sus problemas, basada en tres hipótesis:
a) <i>Hipótesis de la accesibilidad</i> : a partir de un adecuado entrenamiento, motivación y atención, los pacientes pueden tomar conciencia del contenido y de los procesos de su pensamiento.
b) <i>Hipótesis de la mediación</i> : el modo en que las personas piensan o interpretan sus experiencias influye en sus respuestas emocionales y en sus conductas.
c) <i>Hipótesis del cambio</i> : a través de la modificación intencional de los pensamientos y de las conductas secundarias a las experiencias, los pacientes pueden lograr un funcionamiento más adaptativo.
2. Está basada en un modelo de diátesis-estrés.
3. Implica una detallada evaluación funcional y una formulación cognitiva del caso.

4. Requiere el establecimiento de una sólida alianza terapéutica. Los ingredientes básicos son comunes a los de la terapia centrada en la persona de C. Rogers (calidez, empatía, interés, preocupación genuina y competencia).
5. Enfatiza la colaboración estrecha y la participación del paciente.
6. Está orientada a planificar y alcanzar objetivos, en relación con problemas determinados.
7. Las sesiones son estructuradas aunque flexibles.
8. Está centrada en el aquí y ahora, aunque no descarta hacer énfasis en el pasado si las características del problema y su formulación así lo requieren.
9. Es educativa, ya que tiene por objetivo enseñar al paciente a ser su propio terapeuta y pone énfasis en la prevención de recaídas.
10. Tiende a ser limitada en el tiempo, aunque es flexible si el problema requiere que se prolongue.
11. Utiliza una variedad de técnicas para cambiar el pensamiento, el estado de ánimo y la conducta. Las técnicas obran al servicio de los principios teóricos del modelo y deben estar basadas en la evidencia, es decir, “se integran de manera epistemológicamente coherente y por tanto, no ecléctica” (Riso, 2009).
12. Las tareas para casa son elemento indispensable: posibilitan la consolidación y generalización de lo aprendido en las sesiones.

Fuente: López-Santiago y Giménez, 2012.

Los principios esenciales a partir de los que se desarrolla el trabajo terapéutico son el *empirismo colaborador*, el *descubrimiento guiado* y el *diálogo socrático* (Beck *et al.*, 1979; J. Beck, 2001).

El *empirismo colaborador* plantea la terapia como una estrecha relación terapeuta-paciente, basada en la colaboración. Ambos interactúan y participan activamente en la consecución de unos objetivos consensuados previamente. El paciente proporciona el material sobre el cual trabajar y el terapeuta estructura los objetivos y adecúa los procedimientos para abordar los problemas.

Mediante el *descubrimiento guiado* el terapeuta *guía* al paciente, media y facilita el aprendizaje, pero será este quien *descubra* los supuestos más adaptativos y funcionales. Engloba diferentes elementos y técnicas como los registros, los experimentos conductuales, la flecha descendente, las tareas para casa, entre otros, mediante las cuales el terapeuta ofrece la posibilidad de que el paciente se involucre activamente en el proceso de la terapia, otorgándole una parte sustancial de responsabilidad en la búsqueda de soluciones.

Finalmente, mediante el *diálogo socrático* el terapeuta utiliza el razonamiento inductivo para examinar las creencias erróneas, realizando una serie de preguntas sencillas que cuestionan y confrontan esas creencias. El objetivo no consiste en convencer al paciente, sino en ayudarlo a desarrollar una actitud reflexiva y crítica.

Además, existen una serie de variables específicas que han de tenerse en cuenta en la entrevista con un paciente hipocondríaco que, de no ser consideradas y atendidas directamente, pueden poner en riesgo la relación terapéutica y, por extensión, la efectividad del tratamiento.

En primer lugar, hay que tener en consideración el elevado nivel de angustia con el que los pacientes pueden presentarse, como se evidencia en el caso de Alejandro. En

esas ocasiones, es especialmente relevante que el terapeuta muestre una aceptación genuina de la fenomenología de la experiencia de sufrimiento del paciente y pueda dar confianza y expectativas respecto al interés y dedicación que va a tomar sobre su caso y, además, pueda informar de la probabilidad de que un tratamiento sistemático y adecuado pueden mejorar significativamente su nivel de ansiedad.

Ante la elevada susceptibilidad en la que el paciente se encuentra en ese momento y las posibles experiencias previas respecto a mensajes de otros profesionales de la cronicidad o *no curación* de su trastorno, tiene que intentar evitar transmitirse la idea, sin caer en un falso optimismo, de que su ansiedad no puede tratarse o que su trastorno es crónico y lo que debe hacer es *aprender a convivir con él*, intervenciones que no por bienintencionadas no puedan devenir en iatrogénicas. Al igual que en medicina, en psicología clínica (o salud mental por extensión) debe primar también el principio hipocrático de *primum non nocere* y el terapeuta debe ser consciente de cómo sus expectativas sobre el tratamiento condicionan las expectativas que puedan promoverse en el paciente y que estas son un factor común importante del cambio terapéutico (Kleinke, 1998), que no debe desdeñarse.

En relación con lo anterior, hay que tener en cuenta también cuáles han sido las experiencias previas con la atención médica y psicológica en relación con los síntomas, demandas y atribuciones de enfermedad. Con la cautela con la que deben considerarse los sesgos interpretativos que un paciente pueda presentar con respecto a las experiencias vividas, que en muchas ocasiones son etiquetadas como *traumáticas* en un sentido laxo, sí debe poder empatizarse con el sentimiento de desesperanza e indefensión que el paciente en ocasiones tiene ante las experiencias de incomprensión de su demanda, de sus síntomas y del miedo que estos le ocasionan. Este aspecto por ser especialmente importante es abordado en el [apartado 4.2.1](#).

También es importante tener en consideración, dentro de la historia de enfermedades del paciente y su familia más próxima, la posible existencia de episodios de haber sufrido negligencias médicas o errores diagnósticos como falsos positivos (como en el caso presentado de Ernesto), ya sean objetivas o interpretadas por los pacientes, que pueden hacerles especialmente suspicaces y vulnerables ante los comentarios y actitudes respecto a la atención médica y predisponer a relacionarse de forma defensiva ante cualquier profesional sanitario. Si este aspecto no es acogido y facilitada su elaboración de un modo directo, puede interferir de forma significativa en la calidad de la relación terapéutica que se pueda establecer.

Es cierto que algunos pacientes hipocondríacos pueden ser especialmente complejos y de difícil trato y abordaje –puede constatarse–, pero parece que esto se debe más a rasgos de personalidad disfuncional y actitudes de exigencia ante la atención sanitaria. Es decir, no se considera que esté relacionado con padecer un trastorno hipocondríaco, ya que puede tratarse de un rasgo que coexiste con cualquier otra psicopatología.

4.2.1. Validar la fenomenología de los síntomas

Aunque la mayoría de los pacientes con elevada ansiedad por la salud tienen un aceptable *insight* o comprensión de que es su ansiedad/preocupación por su estado de salud, y no los síntomas en sí mismos o por sí solos, su principal problema, también es cierto que en ocasiones sienten que su malestar físico no es tomado en serio, que los demás piensan que son cosas “de su cabeza” o que su problema es que “se preocupan en exceso”, como si dejar de preocuparse fuese algo que voluntariamente pudieran decidir o poseyeran las herramientas y el procedimiento para dejar de hacerlo. La conciencia del paciente hipocondríaco de que sus creencias sobre los síntomas son exagerados opera de forma similar a lo que ocurre en el trastorno de pánico: cuando no están absortos en sus pensamientos ansiógenos pueden ser críticos con estos, pero el convencimiento de que sus creencias sobre las consecuencias catastróficas de esos síntomas son ciertas, puede llegar a ser muy elevado cuando el proceso o circuito perverso de la ansiedad está activado.

Uno de los principales objetivos del tratamiento y del adecuado establecimiento de una relación terapéutica como condición imprescindible para que aquel sea efectivo es saber transmitir genuinamente al paciente que creemos que sus síntomas son reales y no “un producto de su cabeza”. Por tanto, que se empatiza con el elevado grado de malestar que le ocasionan y en el significativo impacto y deterioro que todo ello tiene en su vida y en su bienestar.

Aunque progresivamente, a través del descubrimiento guiado, el diálogo socrático, la formulación idiosincrásica del problema y la psicoeducación sobre la ansiedad y sobre el modelo de mantenimiento de la ansiedad por la salud, el objetivo será ayudar a comprender como la ansiedad *amplifica* la percepción de los síntomas, o incluso puede incrementarlos o crearlos, en un primer momento es importante diferenciar entre la validación de la fenomenología de la experiencia de su malestar y la conceptualización de su problema como un trastorno de ansiedad.

Es bastante habitual que al paciente le hayan comentado en muy diversas ocasiones que lo que le ocurre realmente es ansiedad, con una frase similar a la de “usted no tiene nada (cómplice título de un libro de tratamiento de la somatización; García Campayo, 1999), se trata solo de ansiedad”.

Todo esto hace que en muchas ocasiones lleva a transmitir implícitamente la idea de que los síntomas no existen en realidad, que son solo ansiedad, que para muchas personas y profesionales de la salud se trata de una entelequia mental, un producto exclusivo de la mente, lo que ahonda en la dicotomía mente-cuerpo que sigue vigente en el imaginario colectivo y en la comprensión de los síntomas de base emocional (López Santiago y Belloch, 2012). A continuación, se enumeran algunos de los principios que consideramos importantes para transmitir a los pacientes la validación de su experiencia somática.

1. *Escuchar* con interés la narración de sus síntomas, mediante técnicas verbales como resumen, parafraseo, reflejo, clarificación, etc., de modo que se transmita empatía y aceptación genuina por su experiencia (Cormier y Cormier, 1994;

García Soriano, Roncero, 2012).

2. *Preguntar* por la intensidad, duración, frecuencia de los síntomas, cuáles son los desencadenantes, etc., lo que permite que el paciente sienta que su malestar y preocupación es acogido con interés y sirve para realizar una evaluación funcional del problema, lo cual nos permitirá hacer una adecuada formulación clínica del caso.
3. *No juzgar*, es decir, no realizar juicios valorativos respecto a la naturaleza de los síntomas, ni sobre su origen somático o de cualquier otro tipo. En esta primera fase, se trata de establecer cuál es la fenomenología de la experiencia del paciente, y no confundirla con el modelo explicativo sobre los mismos que posteriormente elaboraremos con el paciente.
4. *Empatizar*, es decir, transmitir mensajes empáticos sobre la presencia de los síntomas y el sufrimiento que causan: “puedo imaginarme lo desesperante que puede ser notarse continuamente ese bulto en el cuello o ese ardor en el costado y no encontrar el modo de hacerlo desaparecer, ni de dejar de pensar que puede ser algo malo”.
5. *Explorar* las experiencias previas con otros profesionales que han podido invalidar su experiencia somática y acoger el malestar e incertidumbre que estas han podido causarle.
6. *Aceptar la desconfianza* y la duda al verse ante un psicólogo: “comprendo que dada mi condición de psicólogo/a y que, como me has contado te encuentras molesto porque sientes que el médico te remitió a mi consulta porque no te cree y está cansado de tus quejas, puedas pensar que no voy a creerte, pero puedo asegurarte que no he conocido ningún paciente con una elevada preocupación por tu salud, como es tu caso, en el que sus síntomas no fueran completamente reales”.
7. *Facilitar* que el paciente pueda diferenciar la intensidad, el malestar, etc., de sus síntomas, de la gravedad y el significado o interpretación que hace de ellos: “por lo que me cuentas, debe ser muy molesto sentir esos pinchazos en tu pecho, que hemos etiquetado de una intensidad de 5 sobre 10, y lo desesperante que es para ti que los médicos no hayan encontrado el modo de eliminarlos y de hacer que sean casi imperceptibles para ti, pero tal vez es importante que podamos empezar a distinguir la frecuencia e intensidad de esos síntomas tan molestos de la interpretación que haces de ellos, ¿entiendes a que me refiero?”.

4.3. El formato del tratamiento

El tratamiento de la hipocondría se ha llevado a cabo casi siempre de forma individual. Esto suele ser así por varias razones, que van desde la resistencia de los pacientes a exponer sus problemas y su situación a la valoración de otras personas a las que no conoce hasta las dificultades que puede plantear en la práctica clínica organizar un grupo

de personas con un mismo tipo de problemas (ansiedad por la salud o hipocondría en este caso) con finalidades terapéuticas, o las dificultades en contar con más de un terapeuta a lo largo del programa de tratamiento.

A este respecto, hay que decir que el tratamiento grupal no debe confundirse, como sucede a menudo, con *ahorro* de tiempo o de terapeutas. Todo lo contrario: en trastornos importantes como la hipocondría, habitualmente de larga evolución, el tratamiento en grupo no supone, o no tiene que plantearse, como un modo de ahorrar o rentabilizar recursos asistenciales o económicos: requiere terapeutas coordinados y bien entrenados, que, además de conocer en profundidad el problema a tratar y cómo este se presenta en cada paciente particular, deben haber recibido entrenamiento en el manejo de grupos terapéuticos y en las técnicas y procedimientos a utilizar, tanto los específicamente eficaces para el trastorno como los propios del manejo de grupos. En cuanto al número de pacientes por grupo, los expertos recomiendan entre 5 y 7 personas.

Las ventajas que puede ofrecer el formato grupal para el tratamiento de la hipocondría son las mismas que se plantean en el tratamiento de otros trastornos, como los de personalidad. Estos trastornos tienen en común con la hipocondría la gran impregnación que posee en muchos ámbitos diferentes de la vida cotidiana de la persona afectada (intimidad, relaciones personales, relación con uno mismo, ocio y tiempo libre, trabajo, etc.).

De manera resumida, se recogen aquí las ventajas del tratamiento grupal para la hipocondría, sobre la base de lo expuesto en Belloch, Fernández-Álvarez y Pascual-Vera (2019):

a) Actualización de la experiencia disfuncional:

- Permite que el paciente actualice en la sesión los problemas y dificultades que ocasiona su ansiedad por la salud en su vida cotidiana.
- Facilita los procesos de autorrevelación de situaciones íntimas que movilizan sentimientos y estados de ánimo negativos.
- Resalta los aspectos interpersonales en general y los que están asociados con su trastorno en particular.

b) Formación de redes

- Genera el sentimiento de pertenencia a un grupo de personas que experimentan sus mismos o parecidos problemas, lo que permite que no se consideren *raros o fuera de norma*.
- La adquisición de nuevos vínculos personales aumenta el apoyo social.
- Favorece la observación de su comportamiento desde puntos de vista diferentes, fomentando el aprendizaje vicario.
- Atenúa el peso del terapeuta diluyendo el peso de la transferencia en el grupo.
- El grupo puede operar como un sistema de prevención y control de

situaciones problemáticas.

c) Creación de un espacio para ensayar cambios

- Facilita ensayar maneras diferentes de relacionarse con los demás y asumir una diversidad de roles que amplíen su experiencia.
- Los pacientes pueden aceptar y tolerar más las indicaciones de sus compañeros que las del terapeuta, ante determinadas situaciones.
- Los pacientes pueden tener conductas altruistas y sentirse útiles para los demás, aumentando su autovaloración y autoestima.

d) Efectividad y consistencia

- El sistema grupal tiene una capacidad adicional para absorber situaciones críticas que superan las posibilidades de la contención individual del tratamiento individual.
- Los aprendizajes adquiridos y ensayados en el espacio terapéutico grupal tienen mayor facilidad de ser transferidos después a la vida cotidiana.

4.4. El procedimiento terapéutico: líneas generales

El procedimiento terapéutico específico que expondremos con detalle en el [capítulo 5](#) ha sido elaborado a partir de la literatura científica sobre la eficacia y efectividad del tratamiento de la hipocondría (Botella y Martínez, 1994; Bouman, 2015; Fured *et al.*, 2006; Taylor y Admunsen, 2004; Tyred, 2013; Warwick y Salkovskis, 2001), así como del tratamiento de los trastornos de ansiedad y emocionales en general (Barlow 2001; Barlow *et al.*, 2015; Beck *et al.*, 1985; Belloch *et al.*, 2011; Clark y Beck, 2012), de las propias investigaciones de nuestro grupo y de nuestra experiencia clínica en el tratamiento de personas con hipocondría.

Pero, antes de exponer en detalle el programa de tratamiento, es importante recordar que aplicar un tratamiento psicológico no consiste en utilizar un libro de *recetas* manualizado o, en una suma, de procedimientos técnicos inconexos y de modo ecléctico. Como ya insistió A. T. Beck en su pionero manual de tratamiento de la depresión (Beck, *et al.*, 1979), la aplicación de un programa de terapia cognitiva requiere de un exhaustivo y comprensivo conocimiento de la clínica y nosología del trastorno objeto de tratamiento, además de un amplio y profundo conocimiento de la psicoterapia y de las técnicas y procedimientos cognitivo-conductuales que van a utilizarse, junto con las habilidades de entrevista, aceptación y empatía, además de las adecuadas capacidad para la evaluación y formulación idiosincrásica del caso particular (Kuyken *et al.*, 2017).

Además, la aplicación de un protocolo de tratamiento debe ajustarse al principio de flexibilidad ética (Belloch *et al.*, 2011: 209), esto es “la acomodación del programa de tratamiento a las necesidades, avances y retrocesos que cada paciente particular presenta

a lo largo del proceso terapéutico”. Traducido a la práctica, significa que, si, tras un número de sesiones establecido previamente, el procedimiento no funciona, deberá modificarse y replantearse la intervención, lo que incluye plantear otro procedimiento terapéutico disponible que haya demostrado eficacia (farmacológico, psicológico o ambos). Además, el número de sesiones debe adaptarse a las necesidades y evolución del paciente, y no a la inversa.

4.4.1. Metas del tratamiento

Bouman (2015) ha propuesto diferenciar las metas del tratamiento psicológico de la hipocondría o la ansiedad por la salud en seis grupos diferenciados, que se ajustan a los aspectos disfuncionales del trastorno y su impacto o interferencia en la vida del paciente:

1. *Cognitivas*: desarrollar creencias adaptadas y realistas respecto al significado de los síntomas, la enfermedad, la función de la ansiedad y la aceptación de la incertidumbre hacia la muerte y un nivel razonable de riesgo.
2. *Metacognitivas*: desarrollar un estilo de pensamiento adaptativo, funcional, desarrollando un distanciamiento crítico de los pensamientos y valoraciones disfuncionales para comprenderlos como lo que son: únicamente pensamientos, no hechos.
3. *Atencionales*: desarrollar una ubicación más flexible de la atención, identificando la focalización en los síntomas y desarrollando distancia respecto a esta.
4. *Emocionales*: desarrollar una respuesta de ansiedad ajustada a la magnitud real de la amenaza.
5. *Conductuales*: ajustar las conductas de afrontamiento efectivas y reducir los escapes, evitaciones y conductas de seguridad y reaseguraciones que perpetúan el círculo vicioso de la ansiedad.
6. *Sociales*: desarrollar una adecuada interacción con médicos y profesionales sanitarios y con las personas significativas, ajustando la utilización adecuada de las conductas de búsqueda de reaseguro.

4.4.2. Objetivos y contenidos específicos del tratamiento

De forma esquemática, los objetivos de tratamiento pueden sintetizarse del siguiente modo:

- a) Psicoeducar sobre el modelo explicativo de la génesis y mantenimiento del problema de ansiedad por la enfermedad.
- b) Psicoeducar sobre la ansiedad como una emoción con una función adaptativa necesaria.

- c) Psicoeducar sobre los síntomas y sensaciones somáticas, su naturaleza, características, universalidad y posibles significados.
- d) Aprender a monitorizar o supervisar los episodios de ansiedad e identificar pensamientos ansiógenos y valoraciones disfuncionales, las situaciones desencadenantes (internas y externas) y las conductas de seguridad y de evitación activa o pasiva.
- e) Modificar las valoraciones disfuncionales respecto a la probabilidad y magnitud de la amenaza percibida y sobre la capacidad personal de afrontamiento, mediante técnicas de reestructuración cognitiva y experimentos conductuales que permitan poner a prueba en la vida cotidiana las consecuencias de modificar tales valoraciones.
- f) Fortalecer el sentimiento de eficacia personal, corrigiendo las falsas creencias sobre la vulnerabilidad personal a las enfermedades y sobre la incapacidad percibida para manejar las preocupaciones ansiosas.
- g) Eliminar los comportamientos de vigilancia corporal, búsqueda de seguridad y de reaseguro.
- h) Exponerse a las situaciones evitadas relacionadas con el miedo a la enfermedad, el sufrimiento y la muerte y a los pensamientos de preocupación relacionados, sin hacer uso de los comportamientos evitativos ni de seguridad.
- i) Prevenir las recaídas.

Estos objetivos se organizan en la siguiente secuencia temporal:

- Módulo 1. Psicoeducación: 4 sesiones semanales.
- Módulo 2. Modificación de creencias disfuncionales y eliminación de conductas de seguridad: 6 sesiones semanales.
- Módulo 3. Exposición a situaciones temidas y a pensamientos e imágenes sobre enfermedad: 3 sesiones semanales.
- Módulo 4. Prevención de recaídas: 2 sesiones (quincenales).

Entre sesiones se programan, además, tareas específicas, habitualmente vinculadas con lo tratado en la sesión o como preparación de lo que vaya a tratarse en la siguiente sesión. Los experimentos conductuales y el diseño de tareas de autoexposición a situaciones y a síntomas forman parte ineludible del tratamiento.

Como es natural, estas sesiones van precedidas de una evaluación clínica pormenorizada del problema del paciente, utilizando, además de la entrevista clínica habitual, instrumentos de evaluación psicométricos como los que se han presentado en el [capítulo 2](#).

Los contenidos específicos de cada sesión son, básicamente, estos:

1. *Psicoeducación (I)*. Explicación del modelo cognitivo-conductual del trastorno y

formulación de caso idiosincrásica (adaptada al problema específico del paciente). Se facilita información psicoeducativa sobre lo explicado (anexo 2, disponible en www.sintesis.com). Se proporciona un cuestionario para completar la información más relevante en su caso y un registro A-B-C adaptado al problema.

2. *Psicoeducación (2)*. Se aclaran dudas respecto a la sesión anterior y se revisan los registros en conexión con el modelo. Se ayuda a analizar pensamientos, identificar valoraciones disfuncionales, factores desencadenantes y conductas de seguridad y escape y de la función que tienen en el mantenimiento del problema, tanto de las interpretaciones de los síntomas como las conductas de afrontamiento desadaptativas. Se proporciona información sobre la naturaleza de la ansiedad como emoción adaptativa y necesaria para la supervivencia, con el fin de tener una comprensión más completa del problema.
3. *Psicoeducación (3)*. Se revisa y perfecciona la cumplimentación de registros y se valora si confirman o no el modelo propuesto. Se trabajan dudas sobre los aspectos psicoeducativos trabajados (modelo explicativo y naturaleza de la ansiedad) y se discute la naturaleza de las sensaciones físicas y posibles causas que los puedan provocar. Se facilita información psicoeducativa respecto a posibles explicaciones, normalizadoras y no catastróficas de los síntomas.
4. *Psicoeducación (4) y presentación de los componentes del tratamiento*. Se revisan todos los componentes psicoeducativos presentados relacionándolos con los episodios de ansiedad registrados y se trabajan las principales dificultades respecto a la monitorización de los episodios de ansiedad. Se explican los componentes de tratamiento: modificación de las interpretaciones distorsionadas de los síntomas, mediante reestructuración cognitiva y experimentos conductuales y eliminación de conductas de seguridad y exposición a situaciones evitadas. Se solicita un registro jerarquizado de conductas de seguridad.
5. *Eliminación de conductas de seguridad e inicio de reestructuración cognitiva (1)*. Se revisa el listado de conductas de seguridad y se selecciona y discute con cuál/es se va a comenzar. En el caso de que sea una conducta muy frecuente, el contexto de la consulta es una oportunidad para poder iniciarla y discutir su frecuencia. Se comienza a trabajar la reestructuración cognitiva, mediante identificación de las distorsiones cognitivas a partir de registros A-B-C, analizando los pensamientos mediante la técnica de flecha descendente y el diálogo socrático. Inicio de reestructuración mediante la técnica de dos columnas y diagramas de pastel, además de otros procedimientos que el terapeuta considere pertinente. Tarea para casa: inicio y registro de eliminación de conductas de seguridad y registros ABC para identificar valoraciones disfuncionales.
6. *Eliminación de conductas de seguridad y continuar reestructuración cognitiva (2)*. Revisión de tareas: dificultades en retirar conductas de seguridad. Se plantean nuevas conductas a eliminar o se trabajan las dificultades para realizar la tarea. Trabajo de valoraciones disfuncionales mediante reestructuración cognitiva.

Tarea para casa: continuar con eliminación conductas de seguridad y ejercicio diario (al menos 5 veces por semana) de reestructuración cognitiva.

7. *Eliminación de conductas de seguridad y continuar reestructuración cognitiva (3)*. Revisión y dificultades de tareas de eliminación de conductas de seguridad y reestructuración cognitiva. Introducción de la lógica de los experimentos conductuales y diseño de un experimento conductual. En esta sesión, sería conveniente que participara la familia o personas significativas implicadas en las conductas de tranquilización.
8. *Eliminación de conductas de seguridad y continuar reestructuración cognitiva (4)*. Revisión de tareas, especialmente del experimento diseñado, integrando la experiencia con la utilidad de eliminar las conductas de seguridad y con los pensamientos alternativos de la reestructuración cognitiva. Continuar con el experimento diseñado o diseñar otro.
9. *Eliminación de conductas de seguridad y continuar reestructuración cognitiva (5)*. Idéntico a la sesión anterior. Se trabaja explícitamente la intolerancia a la incertidumbre mediante reestructuración cognitiva.
10. *Eliminación de conductas de seguridad y continuar reestructuración cognitiva (6)*. Revisar los avances y las tareas respecto a reestructuración cognitiva (especialmente lo trabajado sobre la intolerancia a la incertidumbre) y a la eliminación de conductas de seguridad. Elaborar un listado de pensamientos alternativos y de afrontamiento a partir de lo trabajado en las sesiones anteriores. Elaborar un listado de situaciones evitadas e introducción a la exposición a situaciones evitadas, con el fin de planificar exposición.
11. *Exposición a situaciones temidas y evitadas (1)*. Se revisan tareas con especial énfasis en la exposición a situaciones evitadas, con apoyo de técnicas de reestructuración cognitiva y control de conductas de seguridad. Se entrena en exposición con prevención de respuesta (EPR).
12. *Exposición a situaciones temidas y evitadas (2)*. Se profundiza y amplían las situaciones a las que aplicar la EPR.
13. *Exposición a los pensamientos e imágenes intrusivos y a las preocupaciones y rumiaciones relacionadas con la enfermedad*. Entrenamiento en EPR en imaginación.
14. *Prevención de recaídas*. Se revisa todo lo trabajado, se refuerzan los avances y la sistematización en las estrategias y se facilita material de revisión de modelo y de afrontamiento para hacer frente a futuros episodios de ansiedad por la salud.

El menú de procedimientos técnicos mencionados en el guion que acaba de exponerse se desarrollará en profundidad en el [capítulo 5](#). Sin embargo, antes de ello, es fundamental detenerse en la importancia capital que tienen para el éxito del tratamiento, ya sea grupal o individual, los registros que debe cumplimentar el paciente desde el inicio del tratamiento.

4.4.3. Monitorizar e identificar los episodios de ansiedad por la enfermedad: importancia de los registros

El primer paso para poder realizar una adecuada intervención cognitivo-conductual es que el paciente pueda desarrollar la habilidad de identificar y observar su proceso cognitivo de ansiedad por la enfermedad, identificando y siendo capaz de separar sus diferentes elementos. En concreto: antecedentes, experiencia sintomática, pensamientos y valoración cognitiva, respuesta emocional (de ansiedad, depresiva o cualquier otro tipo de emoción) y conductas de seguridad y afrontamiento. La finalidad es la de poder convertirse en un *observador imparcial* del proceso emocional que se está viviendo, con distancia afectiva y sin involucrarse en el proceso de pensamiento emocional. Esta autoevaluación y distanciamiento emocional es una estrategia indispensable que está en la base misma de la terapia cognitiva estándar (Beck *et al.*, 1976). En las últimas décadas, ha sido destacada como herramienta terapéutica y renombrada como proceso de *defusión cognitiva*, con todos los matices pertinentes, por las denominadas *terapias cognitivas de tercera generación* (Blackledge, 2018; Hayes *et al.*, 2014).

Para poder llevar a cabo la autoevaluación, es necesario que el paciente se implique en el registro de los episodios de ansiedad, de manera que puedan ser trabajados conjuntamente en consulta mediante estrategias como el diálogo socrático y el descubrimiento guiado. A este respecto, parece importante recalcar que la realización de los registros y otras tareas para casa es uno de los principales predictores del éxito de la terapia (Kazantzis *et al.*, 2000). Los registros cumplen fundamentalmente los siguientes objetivos:

1. Permiten identificar cuáles son los desencadenantes relacionados con los síntomas físicos y los episodios de ansiedad. Este aspecto es especialmente relevante porque, en sí mismo, puede proporcionarnos información tranquilizadora respecto la naturaleza y causa de los síntomas que pueda ser útil en el proceso de reatribución y reestructuración cognitiva posterior. Por ejemplo, el paciente puede identificar que las molestias gastrointestinales se producen por un proceso de indigestión o que la presión en el pecho está relacionada con un estado de preocupación o estrés previo o cualquier otra regularidad que se identifique en los antecedentes de los episodios de preocupación por la enfermedad, que permitan considerar muy plausiblemente otras causas muy alejadas y diferentes de la causa que inicialmente establece el paciente: “es una enfermedad grave”.
2. Permiten valorar con detalle la topografía de los síntomas físicos y su intensidad de un modo más objetivo, ya que es habitual que cuando el paciente se refiere a la intensidad de un síntoma confunda el grado de temor con la intensidad de la experiencia somática. Para poder hacer consciente al paciente de esa diferencia, resulta especialmente útil un registro como el que se propone en el [cuadro 4.2](#) en el que se diferencia entre el síntoma y su intensidad, estimada esta en términos de

intensidad emocional. Si esta es más elevada de lo que podría esperarse (90 sobre 100), puede preguntársele: *“¿Cuáles son los dolores más intensos que has sentido en tu vida? Si un dolor de muelas, un cólico nefrítico, los dolores del parto, o una fractura de un hueso, lo consideramos en la escala más alta de dolor (100), comparado con estos síntomas ¿cómo calificarías la intensidad del síntoma que has anotado en el registro?”*.

3. Ofrece información muy importante respecto a las interpretaciones y creencias sobre la salud que el paciente realiza de sus síntomas y que desencadenan el episodio de ansiedad, pensamientos que deberán estirarse y ahondar en su significado, durante la entrevista. En cuarto lugar, informa de las conductas de búsqueda de seguridad que la persona lleva a cabo y de la función que están tienen respecto a la ansiedad, además de poder preguntar al paciente sobre la valoración que hace de esas conductas y de las dificultades que tiene para poder controlarlas o no realizarlas. Por último, facilitan al paciente iniciar un distanciamiento crítico respecto a sus episodios de ansiedad y un análisis de estos con mayor objetividad. El ejemplo que sigue ilustra estos aspectos.

- *Caso de Álvaro. 30 años*

Refiere que, en la adolescencia, cuando tenía 16 años, tuvo relaciones sexuales que reconoce fueron sin riesgo. Pero tras el descubrimiento de unos ganglios inguinales, desarrolló la idea de que podía haber contraído el VIH-SIDA. Recorrió múltiples consultas hasta que desconfirmó la enfermedad tras hacerse varias pruebas de VIH. Desde entonces, presenta preocupación excesiva y temores hipocondríacos ante el “mínimo síntoma” (presión precordial, ganglios, bulto en la lengua), atribuyéndolo a una enfermedad grave (cáncer, problema cardíaco), lo que le genera malestar clínicamente significativo y le interfiere en su funcionamiento diario.

Desde hace un par de años ha abierto una tienda con la que está contento, pero que le genera bastante preocupación por si saldrá adelante. También le preocupan las enfermedades que puedan padecer sus allegados. Ha acudido reiteradas veces a urgencias ante diversos tipos de síntomas. Últimamente dice controlar más sus preocupaciones, ha dejado de mirar en internet con el apoyo de su novia, etc. No presenta problemas a nivel familiar, de pareja, sociales ni laborales. En general, se siente satisfecho con su vida, aunque se arrepiente de no haber estudiado algo más. Tiene un hermano también con cierto grado de preocupaciones hipocondríacas. Forma parte de un grupo terapéutico con otros pacientes con hipocondría. Se le pidió que realizara un registro de los episodios de ansiedad por la enfermedad, uno de los cuales se presenta en el [cuadro 4.2](#).

Como puede observarse, se trata de un registro de un episodio de alta ansiedad por la salud caracterizado por síntomas de opresión en el pecho y un bulto en la lengua que

se produjo al inicio del tratamiento. El dolor precordial se asoció con la preocupación que le causaba la inversión que había hecho para comprar las mercancías que después se proponía vender en la tienda y el temor a no venderlas.

Respecto al bulto en la lengua, en los días posteriores se confirmó su continua observación y su miedo a que fuera un cáncer, pero a la vez se valoró su debate interno respecto a tomar conciencia de que sus creencias podrían ser exageradas, por lo que no fue al médico para *desconfirmar* lo que ya sabía, como había hecho en otras ocasiones.

CUADRO 4.2. *Álvaro: registro de episodios de ansiedad por la enfermedad*

<i>Antecedentes o situación⁽¹⁾</i>	<i>Sensación corporal (intensidad 0-100)</i>	<i>Interpretación (intensidad creencia 0-100)⁽²⁾</i>	<i>Emociones (0-100)⁽³⁾</i>	<i>Conducta⁽⁴⁾</i>
En casa, después de volver de un viaje y cerrar una compra importante para la tienda. Siento presión en el pecho todo el viaje mientras conduzco. Al llegar a casa, molesto, recuerdo lo que un compañero del grupo dijo sobre un bulto en la lengua de un familiar que terminó siendo un tumor maligno en la lengua y me acordé de cuando yo tuve esa molestia	– Presión en el pecho: 50 – Bulto en la lengua: 40	Se que lo del pecho no puede ser un infarto, pero llevo mucho tiempo con la molestia y podría ser una angina. Se que lo de la lengua me lo vieron hace tiempo y se me pasó solo, pero por qué ahora ha vuelto, puede ser que ahora sea distinto y algo malo como lo que contaron en el grupo. Igual debería volver al médico mañana. ¿Y si voy mejor de urgencias?	Ansiedad: 90	– Quedarme en el sofá a ver si se me pasa la presión en el pecho y me tranquilizo. – Me miro la lengua en el espejo, me busco con los dedos a ver si noto el bulto, continuamente me estoy rozando la lengua con los dientes y el paladar. – Pongo en Google “bulto en la lengua”, pero recuerdo lo mal que lo he pasado otras veces. Logro no entrar en ninguna página (porque mi novia no me deja)

(1) ¿Qué estabas haciendo o qué estabas pensando?

(2) ¿A qué crees que se debe? ¿Qué consecuencias crees que podría tener para ti?

(3) ¿Qué sentías? ¿Cómo te sentías?

(4) ¿Qué haces o qué dejas de hacer para afrontar ese síntoma y los temores asociados?

Es importante señalar también que, en ocasiones, el síntoma físico que desencadena la preocupación puede estar vinculado con un proceso emocional o conflicto personal (una situación de estrés, un duelo, conflicto con el grupo primario de apoyo, sentimiento de desamparo, etc.) que está en la base del malestar psicológico que el paciente está sufriendo, y que es tan importante abordarlo como la propia preocupación por la ansiedad, entre otras cosas porque puede estar sirviendo como proceso de encubrimiento de una preocupación que es más relevante para la persona y sobre la que siente que tiene menos control. Si esto es así, la formulación del caso debería replantearse, para decidir si es la ansiedad por la salud el trastorno primario o si adquiere, en el momento vital del paciente, un significado secundario o cumple una función parcial de encubrimiento de otros problemas emocionales de carácter más relacional o afectivo.

En ningún caso quiere esto decir que la hipocondría o ansiedad por la enfermedad pueda equiparse al concepto de *depresión enmascarada* con el que se intentó explicar la hipocondría como un proceso depresivo encubierto, como ya se ha comentado en el [capítulo 1](#). Nada más lejos de nuestra intención, como queda claramente justificado a lo largo del texto y tanto por lo que se refiera a la investigación científica como en nuestra experiencia clínica, el trastorno queda perfectamente explicado desde su conceptualización cognitiva como lo demuestran los estudios de resultado (Bouman, 2015). Pero ello no es obstáculo para comprender que, en ocasiones, el proceso de ansiedad por la salud puede estar precipitado por conflictos emocionales que ocasionan síntomas físicos sobre los que los pacientes pueden centrar su preocupación, desplazando con ello de su foco de atención y sus preocupaciones otros problemas emocionales o personales, de resolución compleja o incierta (Barlow *et al.*, 2015, Hayes *et al.*, 2014), dificultando de ese modo su afrontamiento. Como señaló Borkovec (1994) al referirse a las preocupaciones o rumiaciones típicas de los estados de ansiedad, estos procesos de preocupación en ocasiones pueden ser utilizados por los pacientes, de un modo no consciente ni voluntario, para desviar su atención de problemas emocionales significativos que resultan especialmente difíciles de afrontar.

Tratamiento cognitivo-conductual: procedimientos y técnicas

Teniendo en cuenta el principio de flexibilidad ética mencionado anteriormente y sobre la base de nuestra experiencia clínica, se presentan a continuación los contenidos del protocolo de tratamiento que presentamos en el capítulo precedente. El programa se estructura, como ya se ha indicado, en 14 sesiones, idealmente con una periodicidad semanal y una duración de 45-60 minutos cada una en el caso del tratamiento individual y en torno a 90-120 minutos en el formato grupal.

Antes de enumerar el esquema de tratamiento que se propone, es importante reseñar que la evolución de los síntomas a lo largo del tratamiento no suele ser lineal. Esto se debe a que la ansiedad por la salud, aunque tiene un carácter crónico, se ve a menudo atravesada por agudizaciones relacionadas con síntomas o situaciones puntuales que desencadenan episodios concretos de ansiedad, los cuales se producen, lógicamente, en el marco de una personalidad extremadamente vulnerable a sufrir ansiedad por la enfermedad. Es por tanto habitual que se presenten retrocesos o, en ocasiones, mejorías clínicamente significativas antes de lo esperado, que obligan a adaptar los componentes del tratamiento. Por ejemplo, es muy común que aspectos psicoeducativos respecto a la comprensión del trastorno o las conductas de seguridad que parecían consolidadas, tengan que revisarse y volver a trabajarse en un momento no programado del proceso terapéutico.

5.1. Módulo 1: psicoeducación

La psicoeducación es una de las piedras angulares de la terapia cognitivo-conductual. Aunque algunos autores la engloban dentro de las técnicas cognitivas (Clark y Beck, 2012), se considera como un procedimiento autónomo y transversal que debe tenerse en cuenta durante todo el proceso de tratamiento: no finaliza en un momento concreto, ni consiste únicamente en un intercambio de información educativa entre terapeuta y

paciente, sino que es un proceso dinámico, activo durante toda la terapia, que requiere una retroalimentación continua de revisión y actualización de los conocimientos y habilidades adquiridos y puestos a prueba en relación con el problema o trastorno de que se trate. Su utilidad es, sobre todo, la de proporcionar al paciente una comprensión o *insight*, tanto emocional como vivencial, respecto del inicio y mantenimiento de su trastorno como un problema de ansiedad por la salud y no tanto la de que el paciente adquiriera un conjunto de conocimientos más o menos teóricos sobre la naturaleza de su ansiedad por la salud.

Como se ha señalado (López-Santiago y Giménez, 2012), “su objetivo es explicar y encuadrar los diferentes problemas del paciente en un modelo teórico coherente y comprensible para este, de modo que facilite el *insight* y la adherencia al tratamiento”. En el caso de la hipocondría, la finalidad última de todo el proceso psicoeducativo es que el paciente entienda y pueda llegar a admitir que su problema tiene un nombre, un diagnóstico, muy concreto: *ansiedad por la salud*, que tiene unas características definidas que, básicamente, se resumen en lo siguiente:

- No radica en tener más o menos síntomas (todas las personas los tienen algunas veces).
- Sino en la interpretación catastrofista que se hace de ellos.
- En la atención excesiva y selectiva que se les presta.
- En los comportamientos que, lógicamente, se realizan como consecuencia de esa interpretación y esa excesiva atención.
- En las consecuencias que tiene esa interpretación y los comportamientos asociados en su vida diaria, en su estado emocional, en su relación con los demás, incluyendo el personal sanitario.
- En cómo todo ese proceso se retroalimenta constantemente, formando un círculo vicioso que, con el tiempo, va fortaleciéndose.

Esta primera explicación, puede resultar más comprensible si se utiliza un esquema sencillo, como el que propone Bouman (2014) y que se reproduce con modificaciones en la [figura 5.1](#).

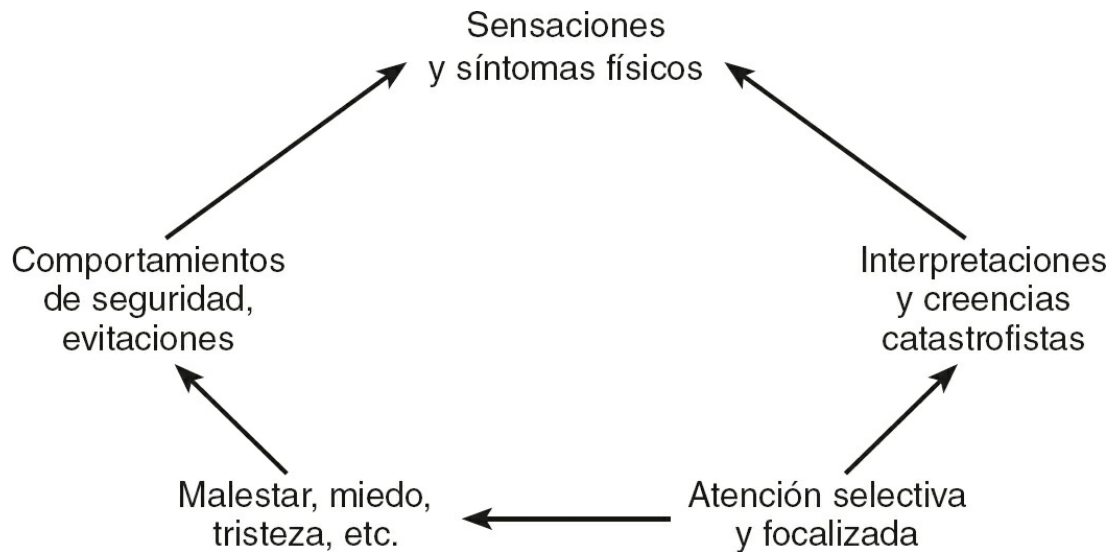


Figura 5.1. El círculo vicioso de la ansiedad por la salud.

Por tanto, se trata de ayudar a modificar su teoría o enfoque acerca de su problema (miedo a tener una enfermedad grave y fatal) por otro más realista y adecuado, al que puede hacer frente y manejar adecuadamente: ansiedad excesiva por la salud. En consecuencia, no se trata de poner en duda o negar la realidad de los síntomas o sensaciones que experimenta y la lógica preocupación y temor ante ellos, sino de dar una explicación diferente a esos síntomas, que se base en datos objetivos y contrastables y que, por lo tanto, resulte más veraz o realista y, desde luego, menos amenazante que la que ha venido dándole hasta ahora.

Para lograr este objetivo, se utilizan muchos recursos diferentes: desde la biblioterapia al uso de diagramas y otras técnicas pedagógicas. Pero, de todos ellos, el más importante es la elaboración del modelo explicativo del problema a partir de la evaluación y formulación del caso concreto del paciente, mediante procedimientos como el descubrimiento guiado y el dialogo socrático para los que, a su vez, resulta muy útil recurrir a registros o ejemplos de otros casos.

En suma, la psicoeducación incluye los siguientes aspectos:

1. El modelo cognitivo de la ansiedad por la salud, tanto en términos generales como adaptado al caso particular del paciente.
2. Información sobre la naturaleza de la ansiedad en general y de la ansiedad por la salud en particular.
3. Normalización de los síntomas y sensaciones físicas.

5.1.1. El modelo cognitivo de la ansiedad por la salud

La finalidad de este primer módulo de la psicoeducación es que el paciente pueda

sustituir preguntas como “¿por qué me pasa esto?” o “¿por qué sufro esta ansiedad?” por estas otras: “¿de qué modos me *provoco* la ansiedad, cuándo o en qué situaciones o circunstancias lo hago y cómo puedo dejar de hacerlo?”. Como ya se ha reiterado, el modelo cognitivo-conductual sugiere que la hipocondría es el resultado de la malinterpretación de señales o síntomas corporales benignos como indicadores de una enfermedad grave, que podría ocasionar la muerte o conllevar un prolongado e intenso sufrimiento. De hecho, una de las etiquetas más frecuentes que utilizan los pacientes es la de *cáncer o tumor*, términos que se utilizan de un modo muy general e inespecífico y sin una base de conocimientos médicos: en realidad, los utilizan como sinónimo de enfermedad incurable, que causa un intenso sufrimiento o que lleva de modo inexorable a la muerte, no sin antes haber recorrido un camino, a menudo largo, de dolor.

Esas interpretaciones defectuosas y las creencias de enfermedad con las que se asocian, ocasionan una elevada respuesta de ansiedad y preocupación que, como ocurre en otros trastornos de ansiedad, activa en la persona un repertorio de conductas de afrontamiento con el fin de reducir la ansiedad. Como ya se ha visto en los capítulos precedentes, esas conductas pueden ser efectivas a corto plazo, pero, paradójicamente, son los principales factores que mantienen el problema a largo plazo. Algunas de estas conductas son muy características y fácilmente identificables en las personas que padecen hipocondría (autoobservación, comprobación y exploración del cuerpo, búsqueda de tranquilización respecto a los síntomas y estado de salud con el personal sanitario y las personas significativas, búsqueda de información sobre los síntomas, incluyendo internet, etc.). A todas ellas se suma un amplio repertorio de comportamientos de evitación: no visitar centros sanitarios o a personas enfermas, no acudir a funerales y tanatorios, evitar participar en conversaciones relacionadas con alguna persona enferma de gravedad, evitar escuchar o leer en medios de comunicación noticias sobre enfermedades o, incluso, en un porcentaje significativo de pacientes, evitar acudir a algún tipo de consulta o revisión médica.

El mejor modo de ilustrar el modelo es a través de ejemplos extraídos de la propia experiencia del paciente, a menudo identificados durante la evaluación y formulación del caso, de modo que pueda realizarse una explicación comprensiva del problema a partir de su propia experiencia real.

Coincidimos con Fured *et al.* (2006) en que, al contrario de lo que suele asumirse, los pacientes se muestran muy receptivos a la idea de que son sus comportamientos y sus interpretaciones las que ocasionan y mantienen su ansiedad y no la existencia de una enfermedad grave. Una cuestión diferente es que, en los episodios de agudización de la ansiedad por la salud, los pacientes sean capaces de criticar o reevaluar sus pensamientos catastrofistas y consigan inhibir, o no llevar a cabo, sus comportamientos de seguridad.

A continuación, se describe el contenido que debe explicarse y la secuencia en que debe proporcionarse mediante diálogo socrático y descubrimiento guiado. Para proporcionar esta información, resulta especialmente útil apoyarse en un diagrama como el que se representa en las figuras 5.1 y 5.2, de modo que puedan introducirse y organizarse secuencialmente los diferentes componentes del modelo a través de las

distintas sesiones.

Recuérdese que ese modelo, o cualquier otro que se elabore, debe estar ajustado a la problemática específica del paciente, incluyendo por tanto elementos de su propia historia, que, idealmente, debe ir haciendo explícitos el propio paciente con la ayuda del terapeuta. Por ello, es conveniente que el modelo se vaya construyendo paso a paso, en las sucesivas sesiones, de manera que la persona pueda ir integrando de manera adecuada los diferentes elementos que configuran su trastorno, tanto a efectos de comprender la génesis de este como su mantenimiento. En este sentido, pueden ser útiles también los modelos que se presentaron en el [capítulo 3](#) y su representación gráfica correspondiente (figuras [3.1](#), [3.2](#), [3.4](#) y [3.5](#)).

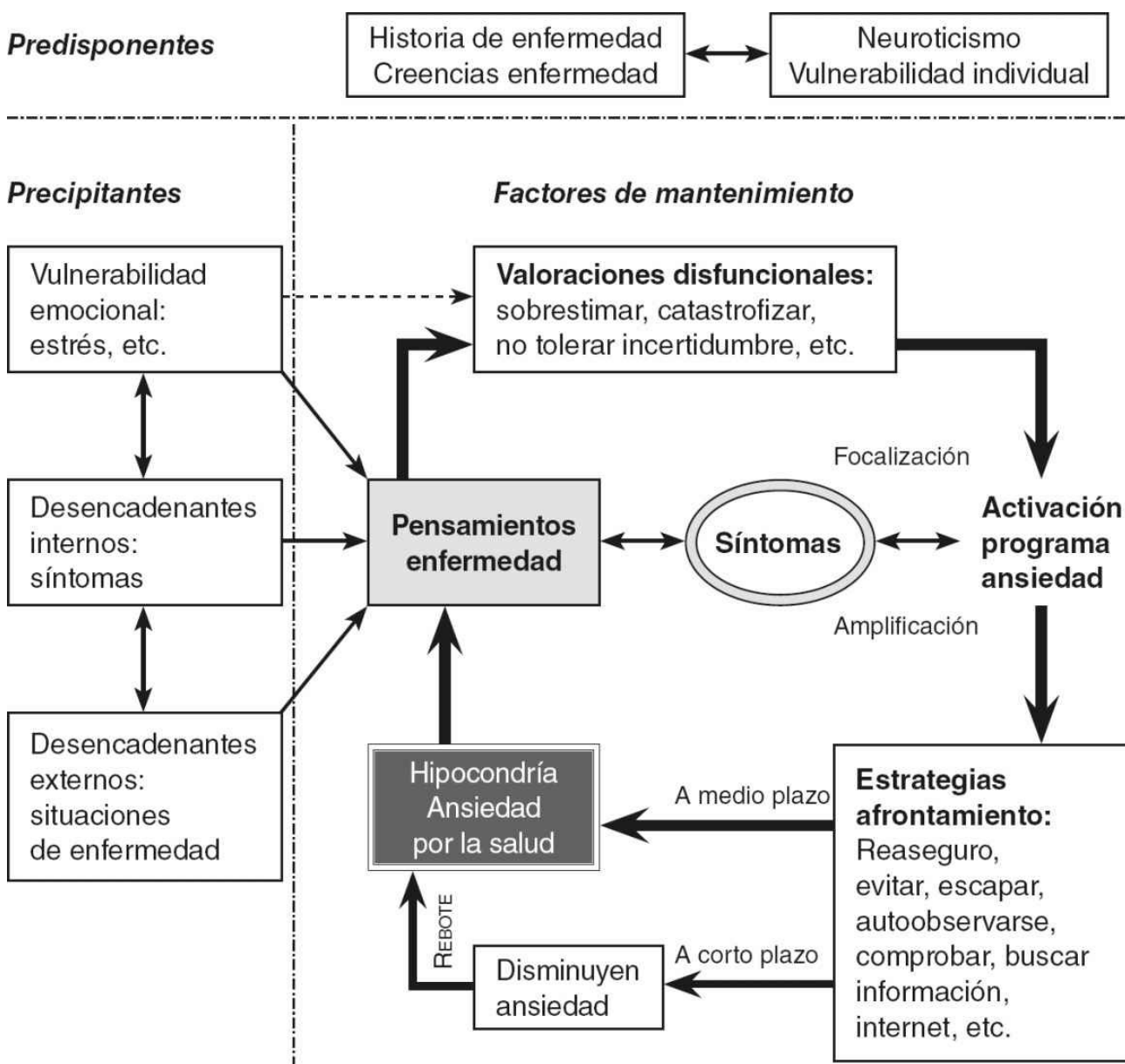


Figura 5.2. Diagrama general explicativo de la hipocondría.

Una estrategia para facilitar la comprensión del problema y, al tiempo, aumentar el *insight* sobre la propia situación del paciente es la lectura de un ejemplo tipo de un caso de persona con hipocondría (Botella y Martínez, 1994). Se debe escoger alguien que no presente los mismos síntomas que el paciente para elaborar, conjuntamente, un análisis del caso que incluya: desencadenantes, historia de enfermedad, síntomas y situaciones desencadenantes de preocupación, conductas de seguridad, incidente crítico, creencias sobre la enfermedad, respuestas de ansiedad, y creencias sobre la enfermedad. Este modo de proceder resulta muy útil si se aplica un tratamiento en grupo en el que los diferentes participantes elaboran conjuntamente un modelo común del problema de un *paciente tipo*, lo que permite discutirlo e identificarse con este a la vez que descubrir el propio funcionamiento individual. Cualquiera de los ejemplos de los presentados a lo largo del libro puede utilizarse a tal efecto.

Para facilitar la elaboración del modelo que se ajusta a la problemática del paciente, se le puede pedir que responda a una breve entrevista que facilite la identificación y descripción detallada de los principales elementos de su problema particular. Se trata de que el paciente la cumplimente en casa para trabajar con ella en la siguiente sesión. Esto es especialmente útil y efectivo en los grupos de psicoterapia, ya que permite elaborar conjuntamente los elementos comunes del trastorno, pero también es interesante en el tratamiento individual. A continuación, se presentan dos ejemplos de pacientes que completaron esta entrevista. En ambos casos, la sintomatología era muy aguda e incapacitante y, como puede observarse, permitieron poner en evidencia lo desproporcionado de sus preocupaciones y de sus conductas, facilitando así el *insight* de cada uno de ellos sobre la naturaleza de su problema y la posterior elaboración de los diferentes componentes del modelo que mejor se ajustaban en cada caso.

- *Caso de Susana. 50 años. Dos hijos de 26 y 28 años*

Desde hace varios meses presenta síntomas como sensación de vértigos, pitidos en el oído, o angustia física al levantarse de la cama, que le ocasionan preocupaciones hipocondríacas. Lleva un tiempo dándose cuenta de que, cuando está nerviosa, los vértigos son más intensos y se tensiona la zona cervical. Refiere preocupación por la enfermedad desde siempre, habiéndola observado también en su madre desde pequeña. Esa preocupación se exacerbó a raíz de la muerte de su hermana de 17 años por cáncer óseo (Susana tenía entonces 5 años). Comenta preocupación “por todo tipo de síntomas relacionados con todo tipo de enfermedades”, especialmente el cáncer. A raíz del fallecimiento de su madre dos años atrás (cáncer de colon que cursó con anemia), sufre un empeoramiento subjetivo de síntomas, mayor preocupación por la anemia y por padecer cáncer. Realiza consultas frecuentes cuando considera que su problema de salud puede ser de fácil solución, pero evita someterse a pruebas cuando cree que podría ser un cáncer. Lloro desconsoladamente cuando relata la muerte de su madre. Refiere vivencia traumática de esa muerte, cuyos últimos minutos de vida se acompañaban de dificultades

respiratorias. No obstante, refiere que su madre nunca le dio muestras de cariño de ningún tipo, sino que recibió maltrato físico por parte de ella y de sus hermanos, además de maltrato psicológico (“te tenías que haber muerto tú en lugar de tu hermana”), a pesar de lo cual siente que “necesitaba tener a mi madre conmigo”. A continuación, transcribimos sus respuestas a la entrevista:

1. Inicio del problema (fecha, circunstancias, qué ocurrió, etc.)	<i>Creo que mi inicio fue de muy pequeña, mi madre no paraba de hablarme de la muerte de mi hermana de cáncer. Como ella murió a los 17 años, yo siempre pensé y tuve miedo a morir a esa edad de cáncer. Después tuve muchos acontecimientos en los que murió mucha gente querida de esa enfermedad. Desde muy joven siempre pensaba que me moría de enfermedades varias.</i>
2. Tratamientos anteriores recibidos, incluyendo tratamiento farmacológico	<i>Estuve tomando hace unos años Trankimazin. Ahora, Oficial.</i>
3. Describe tus principales miedos (como sufrir una enfermedad terminal, sufrir por los síntomas de una enfermedad grave)	<i>Mis principales miedos son las enfermedades, en especial el cáncer. Y sufrir para morir.</i>
4. Describe los síntomas que te asustan (dolores de cabeza, dolores abdominales, ahogo, taquicardia, manchas en la piel, etc.)	<i>Me asusta todo. Si me sienta mal la comida pienso que tengo cáncer de estómago, si me duele la cabeza un trombo, si orino mucho, cáncer de útero, si me duele la espalda, cáncer de hueso, si tengo taquicardia, ataque al corazón... y así infinitamente.</i>
5. Describe las situaciones que evitas o te asustan (hablar de conocidos que están enfermos, ir al médico, ver noticias en televisión de enfermedades, etc.)	<i>Escuchar todo lo referente a enfermedades, ya sea por la radio, televisión o por otras personas. Ir al médico a recoger resultados.</i>
6. ¿Qué conductas de seguridad o escape utilizas para intentar aliviar tus estados de ansiedad por la enfermedad? (Por ejemplo: ir al médico, mirar internet, vigilar tu cuerpo o síntoma molesto, observar tus heces, tomarte la temperatura, preguntar por el aspecto que tienes a personas próximas, etc.)	<i>Apagar la televisión, irme si están hablando de cáncer. Me observo mucho el cuerpo, me pongo el termómetro, me observo las heces, la orina, mirarme el color de los ojos y la cara...</i>
7. ¿Cómo está repercutiendo en tu vida este problema? (Por ejemplo: sales menos, sufres elevada ansiedad, te autocríticas por no afrontarlo, has dejado aficiones, conflictos familiares, pérdidas de trabajo, etc.)	<i>Me asusta salir, creo que me voy a marear, evito viajes donde no haya hospitales. Canso a mi marido porque siempre le estoy diciendo que estoy enferma y a veces le hago salir al médico corriendo conmigo.</i>
8. ¿Qué esperas del tratamiento?	<i>Espero poder aceptar la muerte y conseguir superar lo que es evidente, que es que hay que morir.</i>

• Caso de Alejandro

Se trata del paciente que se ha presentado en el [capítulo 4](#). Estas son sus respuestas a la entrevista:

1. Inicio del problema (fecha, circunstancias, qué ocurrió, etc.)	<i>A raíz de una operación hace año y medio no logro estar tranquilo en mi recuperación, por lo que mi cabeza comienza a maquinarse circunstancias y problemas que pueda tener, todas ellas relacionadas con mi estado de salud. Tuve mis primeras crisis de ansiedad y lo pasaba muy mal, pensaba que iba a derivar en algo mucho peor.</i>
2. Tratamientos anteriores recibidos, incluyendo tratamiento farmacológico	<i>Durante el periodo de baja de la operación, tomé alguna vez Alprazolam. En agosto de 2017, me somaticé y he estado tomando Tomazepam y, desde hace un par de meses, me he metido en una depresión y tomo Sertralina 50 y Rivotril 0,5.</i>
3. Describe tus principales miedos (como sufrir una enfermedad terminal, sufrir por los síntomas de una enfermedad grave)	<i>Ambas cosas del ejemplo. Miedos a desarrollar una enfermedad grave terminal y sufrir o tener una agonía lenta y dolorosa.</i>
4. Describe los síntomas que te asustan (dolores de cabeza, dolores abdominales, ahogo, taquicardia, manchas en la piel, etc.)	<i>Todos...</i>
5. Describe las situaciones que evitas o te asustan (hablar de conocidos que están enfermos, ir al médico, ver noticias en televisión de enfermedades, etc.)	<i>Ir al médico me da miedo por si me detecta algo, pero a la vez me alivia si me dice que no tengo nada. No me gusta ver series basadas en historias de hospitales, pues parece que sufro los mismos síntomas que los personajes y cuando dan noticias de muerte de una persona por una enfermedad como el cáncer me da que pensar y me preocupa.</i>
6. ¿Qué conductas de seguridad o escape utilizas para intentar aliviar tu estado de ansiedad por la enfermedad? (ir al médico, mirar internet, vigilar tu cuerpo o síntoma molesto, observar tus heces, tomarte la temperatura, preguntar por el aspecto que tienes a personas próximas, etc.)	<i>De todo un poco, aunque últimamente procuro no mirar nada internet.</i>
7. ¿Cómo está repercutiendo en tu vida este problema? (sales menos, sufres elevada ansiedad, te autocriticas por no afrontarlo, has dejado aficiones, conflictos familiares, pérdidas de trabajo, etc.)	<i>Salgo menos, sufro ansiedad, como menos, no me concentro como antes, ni me distraigo con nada, me cuesta desviar mis pensamientos hacia lo positivo, he dejado algunas aficiones y mi autoestima es muy baja.</i>
8. ¿Qué esperas del tratamiento?	<i>Del farmacológico, que me saque pronto de esta depresión. Y de esta terapia, que me ayude a encauzar mis peores pensamientos y como si fuera un ordenador enviarlos a la papelera. En definitiva, ser más positivo.</i>

Una vez recogida toda la información pertinente en cada caso, se procede a elaborar el modelo que mejor se ajusta al caso particular del paciente, siguiendo una secuencia ordenada, como la que se presenta a continuación y asegurándose de que el paciente comprende bien cada uno de los pasos y la información contenida en ellos.

1. Identificar los desencadenantes de la preocupación por la enfermedad:

- En primer lugar, se hace notar que el episodio de preocupación siempre tiene un desencadenante y un inicio. Frecuentemente, se trata de la percepción de un síntoma o sensación física, que puede ser nueva y desconocida para el paciente

o, lo que es más habitual, que se trate de un síntoma o sensación que previamente ya había experimentado y que había generado preocupación por el temor a que se tratara de un indicador de padecer una enfermedad grave.

- También se hace notar cómo, en muchas ocasiones, lo que desencadena la preocupación (y también, más adelante, la percepción de síntomas físicos) son situaciones como: ver una noticia sobre algún tipo de enfermedad grave, conocer la enfermedad de alguna persona conocida o famosa (y en mayor medida si es similar en edad, circunstancias, actividad, etc., al paciente, de modo que le es más fácil identificarse), tener pendiente alguna revisión médica, hacer alguna visita al hospital, etc.
- También es importante remarcar cómo en muchas ocasiones factores de vulnerabilidad emocional como estrés, tristeza, preocupación por eventos vitales, situaciones personales adversas, etc., facilitan que los pensamientos de enfermedad sean tomados más en cuenta y valorados de forma más negativa.
- Se explica cómo esas circunstancias antecedentes (desencadenantes internos – somáticos o pensamientos– y externos, que son más relevantes si se suman a un estado de vulnerabilidad emocional) facilitan la aparición de interpretaciones de enfermedad ante la presencia de los síntomas o sensaciones físicas o de otros desencadenantes (como información relacionada con la enfermedad), haciéndolos más conscientes de la posibilidad de que todos somos vulnerables a padecer una enfermedad grave en cualquier momento de la vida.

2. Comprender el papel de las valoraciones disfuncionales:

- Lo primero que hay que transmitir es que la interpretación de los síntomas y sensaciones físicas desagradables como posibles causas de enfermedad grave, o incluso pensar que uno es vulnerable a padecer una enfermedad grave, no son en sí mismos pensamientos extraños, puesto que todas las personas podemos tenerlos en algún momento. Por ejemplo, cualquiera puede identificarse con la preocupación por nuestra salud cuando nos informan de que alguna persona de características similares a nosotros (edad, hábitos, etc.) ha sido diagnosticada de forma inesperada de una enfermedad grave, lo que aumenta si, además, nos informan de que los primeros síntomas por los que consultó fueron descartados por los médicos como significativos, atribuyéndolos a síntomas de ansiedad o, por ejemplo, a los de un resfriado común y que, posteriormente, al agravarse el cuadro se diagnosticó un cáncer. Esa situación de impacto, proximidad e identificación puede facilitar la ocurrencia de un episodio de activación de preocupación transitoria en personas no hipocondríacas.
- El elemento clave para activar una respuesta de ansiedad, tiene que ver con la valoración (automática e involuntaria) que la persona hace de sus pensamientos de enfermedad. Por tanto, se explica al paciente que, por sí solo, pensar en la posibilidad de poder sufrir una enfermedad grave, a partir de la interpretación

de un síntoma físico, no conlleva necesariamente desarrollar un problema de ansiedad por la salud. La clave está en las valoraciones y significados que la persona hace ante ese pensamiento y situación. Así, cuando considera que la credibilidad de ese pensamiento es muy elevada (sobreestimación) o que las consecuencias van a ser catastróficas (“llevarán inexorablemente a la muerte o a un insoportable sufrimiento”), se ve impotente y falto de recursos para hacer frente no solo a su ansiedad sino también para abordar una potencial situación de enfermedad de un modo realista. Además, es incapaz de identificar señales del contexto que contradigan esa interpretación catastrófica (como, por ejemplo, datos que evidencian una explicación alternativa y menos dramática de sus síntomas). En esas situaciones, el *programa de ansiedad* se dispara. Son, por tanto, estas valoraciones y creencias las que activan el programa de ansiedad, que tiene como finalidad hacer frente a una situación interpretada como una grave amenaza a la supervivencia de la persona.

3. Describir el programa de ansiedad y la focalización en los síntomas:

- En este punto se explica que, una vez que se dispara el programa de ansiedad ante una amenaza, sus características son de extrema rapidez, desencadenando una respuesta de huida o enfrentamiento, que conlleva a su vez un aumento de la focalización en el peligro (en esta ocasión, especialmente los síntomas físicos que se consideran de alarma) y dificultades para pensar de un modo más objetivo, lo que hace que la amenaza resulte más *visible* o sobresaliente. Una vez que este programa se dispara, todo el organismo se activa con la única finalidad de escapar del peligro identificado (Clark y Beck, 2012).
- La activación fisiológica consecuencia de la puesta en marcha del programa de ansiedad facilita, por una parte, un incremento de los síntomas físicos interpretados como peligrosos, al aparecer relacionados síntomas fisiológicos propios de la ansiedad (esto se contará en más detalle al explicar en el módulo psicoeducativo la naturaleza de la ansiedad como respuesta emocional necesaria para la supervivencia), además de incrementar la focalización en estos síntomas al tratarse de las señales de peligro y, por tanto, pudiendo ocasionar, en la terminología de Barsky (1988) una amplificación de estos (“aquello que se mira y a lo que se presta atención se percibe como aumentado y más real”).
- Para identificar cómo los pensamientos y la interpretación de los síntomas pueden configurar nuestra respuesta, pueden utilizarse ejercicios de focalización en el cuerpo, como el descrito en Fured *et al.* (2006). En este ejercicio, se pide al paciente que trague saliva de forma consecutiva 3 veces: la mayoría encuentran dificultad para hacerlo debido a la falta de saliva. Entonces se les sugiere que se fijen en esa sensación y tomen nota de algún síntoma inusual en su garganta. En muchas personas, este ejercicio desencadena

pensamientos de que “algo funciona mal en mi garganta” o al tragar. El ejercicio sirve para reflexionar cómo focalizarse en un síntoma puede llevar a desarrollar la interpretación de que algo está funcionando mal.

4. *Comprender cómo la búsqueda de reaseguro y las conductas de escape y las evitaciones mantienen el problema:*

- La ansiedad activa unas estrategias de afrontamiento características que tienen como objetivo escapar de la amenaza y reducir a corto plazo la sensación de peligro. En concreto, en la ansiedad por la salud, suele incluir búsqueda de tranquilización por el personal sanitario y personas significativas, escudriñar el cuerpo en búsqueda de señales o vigilancia ante un incremento de los síntomas, buscar información en internet, conductas distractoras para no pensar en la posibilidad de poder estar enfermo, racionalizaciones respecto al significado de los síntomas, etc.
- En este punto, se explica cómo esas conductas reducen temporalmente el miedo, aunque, en ocasiones, puedan incrementarlo, como suele ocurrir con las búsquedas en internet, pero mantienen a medio y largo plazo el problema, ya que nunca pueden desconfirmar al 100% la idea de que puedan enfermarse, ni pueden hacer desaparecer de forma definitiva los síntomas, de modo que alejen la posibilidad de pensar sobre la idea de padecer una enfermedad grave.
- También se hace notar que, como ocurre con otros problemas de ansiedad, evitar situaciones relacionadas con la salud (visitar enfermos, ver o leer noticias, etc.) no elimina el miedo: al contrario, les hace más vulnerables a padecer episodios de ansiedad por la salud ante desencadenantes incontrolables (tener síntomas, conocer noticias de forma inevitable, etc).
- Por ello el esfuerzo del paciente es infructuoso, ya que no puede convencerse de ningún modo de que la enfermedad no puede aparecer a la vuelta de la esquina ni puede dejar de tener sensaciones físicas que lo lleven a episodios de preocupación. Todo lo contrario: cada vez desarrolla una menor tolerancia a la incertidumbre, los pensamientos de sobrestimación y catastrofización de sus síntomas no son desconfirmados, sino reforzados porque disminuyen la ansiedad a corto plazo debido a las conductas de escape y evitación, que a su vez refuerzan el condicionamiento de los síntomas como amenaza. Por otra parte, la persona no refuerza su capacidad de afrontamiento ante la situación ansiógena, ya que no se permite comprobar que puede hacerles frente directamente sin que ocurran consecuencias catastróficas. Además, no permite comprobar las señales de seguridad que le ofrece la situación y que desconfirman sus pensamientos catastróficos, como un origen no patológico o dramático de sus síntomas, o el apoyo del entorno para hacer frente al problema.

5. *Relacionar el episodio actual con factores predisponentes y biográficos:*

- Aparte de los factores descritos, que podrían considerarse precipitantes y mantenedores del problema, es preciso revisar los factores predisponentes (características de personalidad como el neuroticismo y la sensibilidad a la ansiedad; experiencias previas con la enfermedad; creencias de enfermedad; sentimiento de vulnerabilidad personal), que pueden explicar por qué en una persona se ponen en marcha las valoraciones disfuncionales sobre los pensamientos de ansiedad por la salud.

Las explicaciones sobre el modelo cognitivo de la ansiedad por la salud deben adecuarse en cuanto a su contenido, forma y tiempo de presentación y debate a las características individuales de cada persona mediante la introducción de ejemplos característicos de la propia historia personal.

5.1.2. La naturaleza de la ansiedad

Es importante que el paciente comprenda que la ansiedad es una respuesta emocional adaptativa y, como cualquier otra respuesta emocional, sirve de guía para relacionarse con el mundo exterior o interior. Por lo tanto, el objetivo no es eliminarla, como tampoco pueden eliminarse los síntomas somáticos, sino comprenderla y regularla de modo eficiente y adaptativa (Barlow *et al.*, 2015; Hofmann, 2018). Los aspectos esenciales que el paciente debe comprender respecto a la ansiedad por la salud son los habituales de cualquier problema de ansiedad:

- a) La ansiedad tiene una función adaptativa para la supervivencia de la especie y por ende de cada uno de nosotros.
- b) Definición de miedo y ansiedad: el miedo es una respuesta emocional básica, automática y adaptativa en respuesta a un estímulo o situación que es interpretado, a menudo correctamente, como un peligro real o potencial. Al hablar de ansiedad, se hace referencia a un estado emocional más prologando y complejo, a menudo desencadenado por un miedo inicial. La ansiedad es un estado de aprensión y de activación física en el que se tiene la creencia de ser incapaz de controlar y resolver acontecimientos futuros potencialmente amenazantes (Clark y Beck, 2012).
- c) La respuesta de ansiedad, como sucede en cualquier emoción, tiene tres componentes:
 1. Cognitivo, el contenido de la amenaza: la anticipación futura de un peligro para la supervivencia.
 2. Los síntomas físicos son claves para hacer frente a la amenaza de modo eficiente y activar al organismo rápidamente para llevar a cabo una respuesta de huida o afrontamiento.

3. Conductual, predisposición a alejar el peligro, bien sea huyendo o haciéndole frente.

- d) La ansiedad se condiciona de forma rápida, de modo que una vez que una situación o circunstancias se asocia a un peligro, el programa de ansiedad se dispara de forma rápida y automática, dificultando un procesamiento racional y analítico de la situación. La respuesta de ansiedad (sistema límbico) se anticipa a la capacidad de razonamiento (corteza prefrontal), por lo que una vez activada los procesos de razonamiento suelen ser infructuosos.
- e) La ansiedad funciona como un *programa* que dispara un sistema de percepción y afrontamiento que resulta muy útil para el afrontamiento inmediato de un peligro, que incluye una respuesta característica, compuesta por la activación del sistema nervioso autónomo (hiperventilación, incremento de la tasa cardíaca o tensión muscular), una focalización de la atención en los indicadores de peligro de la situación (en el caso de la ansiedad por la salud, los *síntomas de enfermedad*), unas conductas de seguridad que buscan desconfirmar el peligro percibido, huyendo o eliminando la percepción inmediata de la situación catalogada como peligrosa.
- f) La curva de ansiedad. La respuesta de ansiedad tiene una forma característica de U invertida, cuya intensidad y duración está en función del estímulo que la desencadena, pero que, si no es interrumpida (con conductas de escape o evitación), disminuye hasta desaparecer de forma natural. Este elemento es clave, pues, aunque en un primer momento los síntomas de ansiedad aumentan rápidamente, estos alcanzan un punto máximo de intensidad que se mantiene durante un periodo corto de tiempo a partir del cual empiezan a disminuir de forma paulatina: nuestro cuerpo no puede mantener la activación de forma indefinida puesto que no tendría valor adaptativo. Al escapar de la situación ansiógena (haciendo algo para disminuirla o atenuarla: comprobando, preguntando, etc.), no se permite que la curva de ansiedad siga su curso natural, sino que se corta el incremento de los síntomas antes de que lleguen a la intensidad máxima a partir de la cual descenderían por si solos ([figura 5.3](#)). De esta manera, se refuerza la creencia de que esas sensaciones corporales son peligrosas, no permiten comprobar que, simplemente, son desagradables y, por tanto, aumenta la probabilidad de repetir la conducta de escape en futuras situaciones en las que se note ese nivel de activación. En ocasiones, el escape se produce durante el periodo de máxima intensidad de síntomas, lo que produce una sensibilización ([figura 5.4](#)), es decir, al escapar en el momento en que las sensaciones son más desagradables, sin esperar el tiempo suficiente para que desciendan, se crea un condicionamiento del miedo todavía mayor a los propios síntomas y como consecuencia, un aumento de la probabilidad de evitar la situación en el futuro.

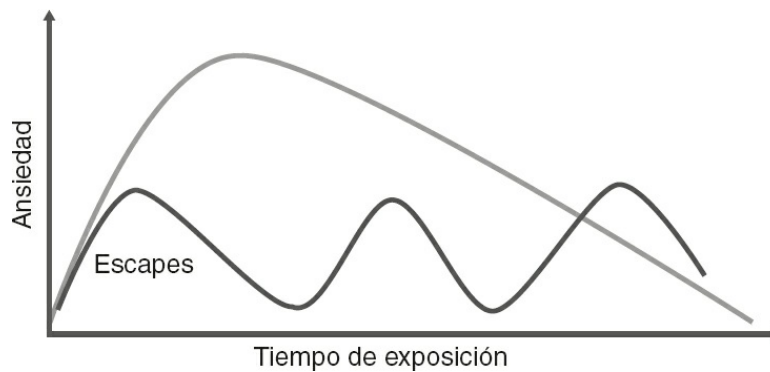


Figura 5.3. Curva de la ansiedad interrumpida por los escapes (conductas de seguridad).

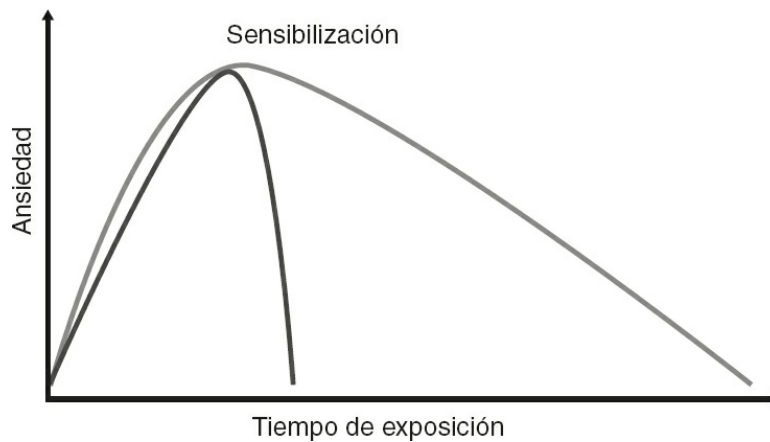


Figura 5.4. Sensibilización a la ansiedad.

5.1.3. Normalización de los síntomas físicos y las sensaciones corporales

En muchas ocasiones, los pacientes acuden a consulta con dos peticiones más o menos explícitas: la primera, que se les pueda asegurar que se encuentran sanos y que no van a contraer una enfermedad grave, al menos por un periodo largo de tiempo (por ejemplo, durante varios lustros); la segunda, que los ayude a no percibir los síntomas que les preocupan. Una de sus principales frustraciones es cuando se les hace ver que sus demandas son imposibles de lograr: nadie puede garantizar que mañana vayamos a estar sanos y el cuerpo es un organismo ruidoso imposible de silenciar (Pennebaker, 1982; Taylor y Asmundson, 2004).

Para responder a estas demandas, podemos utilizar varias estrategias. La primera es plantearles lo siguiente: “¿Cuál es la única certeza que podemos tener cuando notamos síntomas físicos?”. A menudo los pacientes responden “que estamos vivos”. Nuestra respuesta entonces puede ser esta: “Por tanto, el único modo de poder silenciar completamente el cuerpo es cuando hemos muerto”. La finalidad es que el paciente comprenda que los síntomas físicos han de convertirse en un aliado en lugar de en un enemigo ante el que debemos estar siempre vigilantes para hacer frente.

Otra estrategia útil es proporcionar información sobre el posible origen de muchos síntomas habituales. Avia (2017) propone un listado de las principales explicaciones normalizadoras de los síntomas somáticos más comunes (dolor de muelas, dolor de encías, dolores musculares, hipoglucemia leve, dolor breve e intenso en el ano, bultos en la piel, sangre en heces, etc.).

Una tercera forma de ayudar al paciente a que busque explicaciones diferentes, no catastrofistas (no relacionadas con una posible enfermedad grave) sobre los síntomas que experimenta, es recordarles que los síntomas de ansiedad son, entre otras cosas, físicos: taquicardia, opresión precordial, ahogo, mareo, sensación de irrealidad, cambios de temperatura, tensión muscular, dolor de cabeza, sensación de irrealidad, boca seca, molestias gastrointestinales, cambios en la visión, sensibilidad a la luz, etc. En consecuencia, es lógico que, si tienen un trastorno de ansiedad por la salud, noten síntomas de ese tipo. Para reforzar esta idea, resulta muy útil pedir que recuerden en qué momentos del día, o en qué épocas de su vida reciente, han notado menos esos síntomas. Normalmente, se trata de periodos en los que la persona estaba distraída con algo interesante o agradable, o simplemente relajada, es decir, todo lo contrario a lo que significa estar en un estado de elevada activación ansiosa.

No menos importante es transmitir la idea de que nuestro cuerpo está en continuo cambio y ajuste, ya que es un organismo vivo: los cambios en la temperatura corporal, en el proceso de digestión, en la activación, en el cansancio, en el sueño, en la sensación de aburrimiento, en la reactividad a la humedad, calor u otras características del ambiente, cambios hormonales, cambios posturales y un largo etcétera, pueden ocasionar sensaciones corporales de las que podemos ser conscientes.

En este sentido, suele ser de mucha utilidad recurrir de nuevo a la propia historia personal para recuperar información sobre situaciones, momentos vitales o contextos en los que es más probable que notemos dichos cambios corporales (después de una comida copiosa, cuando estamos muy cansados, cuando hace mucho frío o un calor excesivo, etc.). Un ejercicio simple que puede ayudarlos a comprender mejor el estado del cambio continuo de nuestro cuerpo es pedirles que anoten su peso corporal durante dos o tres días consecutivos, pesándose tres veces cada día: observarán cómo su peso no es siempre el mismo. La conclusión es que, en la mayoría de las ocasiones, los *síntomas* y sensaciones corporales son simplemente ruido.

No obstante, también es importante hacer notar que en muchas ocasiones esos *ruidos del cuerpo* informan de emociones (Damasio, 1994; Hoffman, 2018), que son independientes y, en muchos casos, previos a la respuesta de ansiedad por la salud. Es importante que puedan diferenciar entre señales de ansiedad de otras emociones como la ira, la frustración, la vergüenza, la preocupación, el desamparo o la indefensión, que indefectiblemente son comunicadas por nuestro cuerpo. Si no se comprenden o se identifican correctamente, pueden interpretarse como señales de enfermedad y no como lo que en realidad son: el corolario somático de toda respuesta emocional.

Por ese motivo, en muchas ocasiones, identificar los factores de vulnerabilidad emocional es de especial relevancia no solo para explicar la vulnerabilidad a las

valoraciones disfuncionales, sino también para encontrar una explicación a las sensaciones físicas no como causas de enfermedad, sino como resultado de la expresión de una emoción.

Hay muchos síntomas físicos relacionados con respuestas emocionales: estreñimiento, diarrea, náuseas, calambres estomacales, vómitos, aumento de la frecuencia cardíaca, un aumento temporal en la presión arterial, dificultad para respirar, presión en el pecho, dolor en el pecho, dolores de cabeza, mareos, aturdimiento, sensación de desmayo y hormigueo en las extremidades, dolor relacionado con la tensión muscular, incluidos el dolor de cuello, el de espalda o los dolores de cabeza, y otros síntomas como sudoración, enrojecimiento y fatiga.

En otras ocasiones, el trastorno puede aparecer asociado a síntomas depresivos o con experiencias vitales que pueden estar relacionadas con síntomas de un trastorno de estrés postraumático complejo (Herman, 1992) y que, por tanto, requieren de una intervención previa de esos síntomas para poder llevar a cabo un tratamiento psicológico de la ansiedad por la enfermedad que pueda ser efectivo.

Para ilustrar esto, se describe el caso de Rosana que cumple estas características. Aunque algo alejado de nuestro enfoque terapéutico, cuando en la formulación del caso se concluye que es necesaria una intervención psicológica de esos problemas emocionales, puede ser de utilidad la propuesta de Stuartt (2014) de adaptar la terapia interpersonal para tratar a los pacientes hipocondríacos cuando su sintomatología está claramente relacionada con procesos de duelo o factores interpersonales como pérdida y transiciones de rol.

- *Caso de Rosana: cuando la hipocondría es algo más que ansiedad por la enfermedad*

Tiene 46 años, es licenciada universitaria, aunque nunca ha ejercido su profesión. Tiene dos hijos de 11 y 15 años de su primer matrimonio. Refiere que desde los 11 años, cuando tiene preocupaciones, *somatiza*. Comenzó en esa edad a tener dolores en el costado cuando sus padres se encontraban en proceso de separación. Finalmente su padre se marchó de casa y su madre sufrió una depresión.

Nadie me explicaba nada. Yo era fuerte, nunca le contaba nada a nadie.

También expresa quejas sobre su madre por falta de apoyo afectivo:

Con 9 años estuve a punto de ser violada y mi madre no me creyó. Era un señor que me seguía por la calle, yo me sentí violada, aunque finalmente no me violaron. Pero al poco tiempo, un primo mío también lo intentó.

Años después, perdió a su primera hija al nacer:

[...] me marcó muchísimo, como es lógico. No somaticé, pero le cogí miedo a la muerte. Descubrí que

nos podemos morir de un modo más fácil de lo que pensaba. Quería tener otro hijo y lo tuve (...). Cuando murió mi hija, yo quería consolar a todo el mundo, sentía que los había defraudado, que les iba a dar una hija, nieta y sobrina, pero no se los di.

Años más tarde, tras divorciarse, se casa con su actual marido y deja su localidad de origen, alejándose de su círculo social. Aunque define a su marido como una persona estupenda y dice que sus hijos “son geniales”, hay una significativa pérdida de apoyo social. Dos años antes, su padre había fallecido de un infarto y, un año antes, su madre se había suicidado. El episodio actual ansiedad por la enfermedad se desencadena por un accidente de bicicleta de su marido que lo tuvo hospitalizado un mes, “podía haber muerto”.

A partir de ese momento, comenzó a tener miedo por su hijo mayor, por “dolores de crecimiento que para mí era cáncer”.

También refiere preocupación por su hijo pequeño a raíz de un ganglio de las anginas, “pensaba que tenía un linfoma, y como tiene ojeras...”.

Volvió a buscar información obsesivamente en internet (conducta que había abandonado), además de vigilar y escudriñar a sus hijos físicamente de forma continuada. Poco después, comenzó a observar molestias en su cuerpo, a partir de síntomas de hernia y de ovulación, y empezó a pensar que tenía un linfoma:

Me observo mucho y cualquier cosa que me noto la amplifico y luego viene el miedo. Leo mucho y claro, no soy médico (...) tengo miedo a la muerte y a sufrir (...) como murió mi hija, luego mis padres, mi marido casi muere...

Tuvo que acudir a urgencias psiquiátricas por llevar varias noches sin dormir por su estado constante de preocupación. También expresa no sentirse querida:

Me necesitan, pero no siento que me quieran, necesito que me protejan.

Su narración es elaborada, tiene un nivel adecuado de *insight* o comprensión de su ansiedad por la enfermedad y presenta un manifiesto ánimo depresivo que teme expresar, probablemente por miedo a la posibilidad de *ser depresiva* como su madre, con dificultad para buscar ayuda y con síntomas de duelo no elaborados, además de reforzadores sociales y de logro limitados. Aunque la clínica hipocondríaca era clara y el temor a la muerte e intolerancia a la incertidumbre de la enfermedad eran muy significativas, se consideró que antes de trabajar estos aspectos era necesario abordar su apoyo social, así como la expresión emocional y elaboración del duelo que condicionaban e interferían en su proceso de ansiedad por la enfermedad. Antes de incluirla en un grupo de tratamiento de la ansiedad por la enfermedad, se trabajaron durante cuatro sesiones individuales la elaboración y expresión de su demanda sobre la necesidad *de sentirse querida*, la búsqueda de apoyo social y cambio de rol de cuidadora de todo el mundo y se llevó a cabo un programa de activación conductual: tanto a nivel físico (hacer deporte) como productivo y de logro, centrado en realizar actividades relacionadas con sus estudios, que le gustaban mucho, pero siempre había dejado en un

segundo plano. Sesiones en las que se reforzó su adecuada identificación de emociones y actitud de búsqueda de soluciones.

Después de trabajar estos aspectos, se incluyó en un grupo para tratar la ansiedad por la enfermedad. En la última sesión individual, expresó:

Me encuentro mucho mejor anímicamente, pero siento hipocondría por los seres que quiero, incluidos los gatos, es el miedo a perderlos, es una forma de controlar. Evito noticias de enfermedades, me preocupan menos mis síntomas, no dejan de estar ahí, pero mi mente sabe que en el fondo son tonterías. Como me siento más feliz creo que tengo algo más de miedo a perder lo que me hace feliz. Me doy cuenta que mis hijos me utilizan cuando quieren sacar algo de mí, se inventan dolores de barriga para llamar mi atención y como se me desencaja la cara, piensan "ya te tengo, mami". Necesito dejar de controlar tanto y aceptar que no podré evitar ni mi muerte ni la de mis personas queridas.

5.2. Módulo 2: modificación de creencias disfuncionales y eliminación de conductas de seguridad

La distinción entre técnicas cognitivas y conductuales puede ser arbitraria, pues ambas tienen la finalidad de modificar el sistema de creencias y los comportamientos relacionados con la ansiedad, por lo que, en la práctica, se interrelacionan y complementan. Las técnicas de reestructuración cognitiva, cuyo origen se encuentra en la terapia cognitiva de Beck, son especialmente eficaces y adecuadas para propiciar la modificación o el cambio de las creencias disfuncionales sobre la salud y la enfermedad que mantienen las personas con hipocondría por otras más adaptativas y menos amenazadoras. Estas técnicas se complementan con los denominados *experimentos conductuales*, cuyo objetivo principal es que el paciente *experimente la realidad* de un modo diferente a como lo hace habitualmente en relación con su problema. Estos experimentos pueden empezar a plantearse desde el inicio de esta fase del tratamiento o a lo largo de este. En cualquier caso, son una herramienta muy eficaz e imprescindible para avanzar en el tratamiento, por lo que deberían ser un recurso para utilizar como tarea entre sesiones dentro de este módulo.

5.2.1. Reestructuración cognitiva

La reestructuración cognitiva tiene por objetivo promover un cambio en el significado e interpretación que la persona con hipocondría hace de sus síntomas y su malestar. Se enmarca, por lo tanto, en lo que, según Warwick y Salkovskis (2001), es el principal objetivo del tratamiento cognitivo-conductual: modificar las creencias erróneas que el paciente tiene respecto a padecer una enfermedad física, basándose en una malinterpretación de síntomas físicos inocuos o, al menos, no significativos para la enfermedad grave que teme el paciente. Incluye una serie de técnicas para ayudar al paciente en el proceso de cambio y modificación de las creencias y valoraciones que hace tanto sobre sus síntomas físicos, como sobre la amenaza de padecer una

enfermedad grave que pueda llevarle a la muerte o a un intenso sufrimiento.

En palabras de Bouman (2014), las intervenciones cognitivas en la ansiedad por la salud pretenden ayudar al paciente a encontrar respuestas a preguntas como estas:

1. ¿Hasta qué punto es cierto lo que estoy pensando?
2. ¿Hay otros modos de verlo?
3. ¿Qué pasaría si sucede aquello que temo?, ¿cuáles serían las consecuencias?
4. ¿Cómo puedo descartar que lo que pienso no es cierto?

Es importante tener en cuenta que la *reestructuración* se centra en las *valoraciones e interpretaciones* que la persona hace de la amenaza percibida, y *no en el contenido* de la amenaza, o sea, en los síntomas o sensaciones físicas concretos (Clark y Beck, 2012). Recuérdese que, desde la perspectiva cognitiva, la ansiedad es entendida como un sistema de procesamiento que magnifica la probabilidad y gravedad de la amenaza, minimiza la capacidad personal para hacerle frente y no toma en consideración los aspectos de seguridad que la situación ofrece y pasan por tanto desapercibidos (Beck *et al.*, 1985; Clark y Beck, 2012; Tyred, 2013; Warwick y Salkovskis, 2001).

Por todo lo dicho, antes de iniciar el proceso de reestructuración cognitiva es importante que el terapeuta tenga presente que el primer objetivo es desplazar el foco que pone el paciente en los síntomas para situarlo en las valoraciones que hace de ellos. Lo que se pretende es que comprenda que no son los síntomas ni los pensamientos intrusivos sobre la posibilidad percibida de padecer una enfermedad los que causan directamente su problema de ansiedad, sino que lo que activa el *círculo de la ansiedad* son las valoraciones disfuncionales que la persona hace sobre esos pensamientos y síntomas.

De igual modo que ocurre con las intrusiones obsesivas en el TOC, es fundamental que el terapeuta evite cualquier intento directo de convencer al paciente de que su temor es equivocado. El terapeuta no debe entrar en debates directos sobre las posibilidades de enfermar, pues cualquier argumento podrá ser rebatido, ya que, en realidad, en cualquier momento se puede enfermar y por tanto la amenaza no puede nunca eliminarse por completo. En el mejor de los casos, los debates *persuasivos* (“estás bien, no te pasa nada”, “las pruebas que te hacen son negativas”, “el médico ya te ha dicho”, etc.) solo suponen una tranquilización transitoria de la ansiedad y tienen el riesgo añadido de que el terapeuta se convierta en una fuente más, y muy potente, de reaseguro. Por tanto, para que la reestructuración cognitiva pueda ser útil, el terapeuta debe evitar focalizar el debate directamente sobre el contenido de la amenaza (“ese dolor de cabeza puede ser porque tengo un tumor cerebral”). El problema es la ansiedad que ocasiona la valoración del pensamiento de tener cáncer y las conductas a las que esto conlleva, que perpetúan la ansiedad, y no el hecho en sí de tener o no tener la enfermedad (Fured, *et al.*, 2006). Parafraseando a Clark y Beck (2012) en la reestructuración cognitiva de la ansiedad por la salud, la pregunta clave a la que se pretende llegar es: “¿estoy exagerando la probabilidad o gravedad de los síntomas, o de sufrir una enfermedad, y estoy

subestimado mi capacidad para afrontarlos?”, y no si la amenaza puede o no ocurrir.

Para abordar la sobrestimación de la importancia de los pensamientos sobre los síntomas y la peligrosidad o amenaza catastrófica que representan, se utilizan técnicas habituales en terapia cognitiva, como los análisis de evidencias y búsqueda de alternativas, los de probabilidades (*diagrama de tarta*) y la flecha descendente, que se explican a continuación. Estas estrategias pueden utilizarse indistintamente para flexibilizar las interpretaciones disfuncionales que los pacientes hacen sobre sus síntomas y sus pensamientos y comparten una misma lógica interna: analizar las probabilidades reales de que ocurra lo que el paciente teme para, a partir de ahí, propiciar la búsqueda de otras explicaciones menos amenazadoras y, como mínimo, igualmente plausibles. En la práctica clínica se utilizan estas técnicas de manera secuencial en diferentes sesiones. Otras técnicas típicamente cognitivas, como la del *abogado defensor* o la inducción de síntomas en sesión, pueden ser asimismo aplicables, según Warwick y Salkovskis (2001).

A) Análisis de evidencias y búsqueda de alternativas: técnica de la doble columna

La recogida de evidencias es uno de los *sine qua non* de la reestructuración cognitiva. Esta estrategia es enfatizada por Warwick y Salkovskis (2001), quienes la consideran indispensable, pues permite ajustar y hacer más realistas las creencias sobre la probabilidad de que el síntoma sea debido a una enfermedad grave y, por tanto, sobre las consecuencias catastróficas asociadas a este. La intervención consiste en elaborar mediante diálogo socrático una alternativa no catastrófica que permita explicar los síntomas (“esa presión en el pecho puede ser consecuencia del estrés en el trabajo de estas semanas”, “ese bulto en la lengua es benigno y a lo mejor lo he tenido siempre”). Para ello, se elaboran dos listados: uno con datos o evidencias a favor de la interpretación catastrofista y otro con datos en contra de ella, en el que se incluyen datos que apoyen una creencia alternativa no catastrofista. Una vez elaborados, se evalúan los datos a favor y los datos en contra con la finalidad de llegar a una conclusión no catastrofista y más cercana a la realidad. La técnica intenta responder a la primera de las preguntas que enunciamos antes, siguiendo a Bouman: ¿hasta qué punto es cierto lo que estoy pensando?, con la finalidad de flexibilizar el estilo a menudo rígido de pensamiento del paciente y atenuar su convicción o creencia de que tiene una enfermedad.

Para poder llevar a cabo de forma efectiva este procedimiento es muy importante haber realizado con anterioridad un trabajo de automonitorización, o autorregistro, que se han explicado en el [capítulo 4](#), de tal manera que puedan conocerse:

- a) Los antecedentes de los síntomas: estado emocional, contexto en el que se producen, estrés, cansancio, etc.
- b) Características de los síntomas: intensidad, frecuencia, variables que incrementan

o reducen su percepción.

- c) Hasta qué punto la atención se centra o focaliza en los síntomas.
- d) Reacción emocional (miedo, ira, tristeza, culpa, etc.).
- e) Comportamientos asociados: reaseguro, autoobservación y autocomprobación, evitaciones, etc.
- f) Valoraciones disfuncionales que el paciente hace respecto a sus pensamientos de enfermedad y sus síntomas. En estos fragmentos, se pueden observar las creencias que subyacen a la percepción de los síntomas:

[...] este dolor es síntoma de un cáncer, estoy seguro de que es así (sobreestimación del peligro)... y voy a morir después de meses de angustia y sufrimiento insoportables (catastrofización).

[...] la ansiedad, el malestar que me causa pensar esto, no me va a dejar vivir hasta que no me quite esta idea de la cabeza, porque no puedo detener la preocupación de estar continuamente dándole vueltas a este pensamiento (intolerancia a la incertidumbre).

Para aplicar correctamente esta técnica y sus ingredientes, hay que:

- a) Pedir al paciente que escriba el pensamiento relacionado con la enfermedad y que evalúe hasta qué punto está convencido de su veracidad (en términos de porcentaje), la emoción que le provoca el pensamiento y su intensidad (de 0 a 100).
- b) Dividir a partir de ahí la página en dos columnas: una para anotar las evidencias a favor del pensamiento y otra para anotar las evidencias en contra.
- c) Pedir al paciente que complete las dos columnas con lo que considera que son datos a favor y datos en contra.
- d) Cuando haya terminado, preguntarle si se le ocurren algunas más, recordándole, por ejemplo, lo tratado en las sesiones psicoeducativas. En el caso de que no se le ocurra ninguna más (lo que es muy probable, sobre todo en relación con la columna de “Datos en contra” de la creencia), se le puede ayudar con preguntas como las que se presentan en el [cuadro 5.1](#).
- e) Una vez las dos columnas están completas, preguntar si todos los ítems que ha escrito son igual de importantes o no y si podría atribuir a cada uno algún valor (de 0 a 100).
- f) Invitar al paciente a que repase cuidadosamente la columna de “Datos en contra” y que formule, a partir de ellos, un pensamiento alternativo diferente, menos amenazante, así como su credibilidad, la emoción que le suscita, y su intensidad.
- g) Pedir que reevalúe de nuevo la credibilidad o veracidad del pensamiento inicial.

Cuando se pregunta por las evidencias a favor de su interpretación catastrofista, puede suceder que muchas sean no solo idiosincráticas sino, además, claramente erróneas. Algunos ejemplos pueden ser: desconocimiento anatómico, como ubicar órganos donde no los hay; evidentes signos no patológicos que son interpretados

síntomas de enfermedad, como descubrir irregularidad en la lengua o el paladar, o enrojecimiento de los ojos, que siempre han estado o son transitorios y benignos; describir síntomas que claramente no se corresponden con la enfermedad que temen, simplemente porque han escuchado que alguien los padece: por ejemplo, un paciente que tras oír hablar de la *estenosis esofágica*, comenzó a notar pequeñas molestias al deglutir y consideró que eran debido a que sufría esa dolencia, cuando sus síntomas en ningún caso se correspondían a los del estrechamiento esofágico.

El terapeuta no debe entrar a cuestionar hasta qué punto son evidencias o no, pero es importante tenerlas en cuenta para poder señalar en otro momento errores evidentes de atribución.

Una vez finalizado el análisis, debe animarse al paciente a que reflexione en voz alta sobre su utilidad, sobre cómo cree que se encontraría consigo mismo si, en otras ocasiones, hubiera hecho un análisis parecido o sobre cómo se hubiera encontrado emocionalmente si las evidencias *en contra* que ha constatado ganaran definitivamente a las evidencias *a favor*.

También puede ser de utilidad reescribir, juntamente con el paciente, los puntos claves del análisis para elaborar una especie de *ficha* que contenga la explicación alternativa y su fundamentación, de tal manera que pueda utilizarla en el caso de que vuelva a experimentar el mismo síntoma y experimente una reactivación del malestar y el miedo.

A continuación, se describe el proceso tal y como se aplica a dos pacientes diferentes.

CUADRO 5.1. Preguntas que pueden ayudar a construir una alternativa más adaptativa y realista y a cuestionar el propio pensamiento

1. ¿Qué otras explicaciones posibles se te ocurren para el síntoma o para el pensamiento?
 2. Piensa en otras razones por las que podrías tener este síntoma:
 - ¿Podría estar relacionado con el estrés y la tensión?
 - ¿Con tu nivel de actividad?
 - ¿Con lo que has estado comiendo o bebiendo?
 - ¿Con tus hábitos de sueño?
 - ¿Con tus preocupaciones?
 - ¿Con algo que has leído, escuchado, o visto?
 - ¿Ha estado siempre ahí y no te has dado cuenta hasta ahora?
 3. ¿Estás olvidando información relevante o centrándote demasiado en otros datos?
 4. ¿Qué pensaría otra persona que para ti sea juiciosa ante este síntoma?
 5. ¿Lo has tenido otras veces? ¿Qué te pasó entonces? ¿Qué te dijo el médico?
-

- *Caso de Rosario. 35 años. Casada. Dos hijas de 7 y 15 años. Empleada de hogar*

Procedente de un país latinoamericano, vive en España desde hace 15 años, tiene

nacionalidad española. Su arraigo social y familiar es alto, pues la mayor parte de su familia, incluyendo sus padres y siete de sus ocho hermanas, vive también en España, en la misma ciudad que ella. Relata que, cuando era adolescente, vivió una experiencia muy traumática: cuando regresaba de la escuela con una amiga, les asaltaron y les golpearon unos jóvenes de otro pueblo que les robaron todo cuanto llevaban, incluyendo la ropa, con lo que tuvieron que regresar a sus casas en ropa interior. A partir de entonces, experimentó episodios agudos de ansiedad y agorafobia, que remitieron con tratamiento al cabo de un año. Hace 4 años uno de sus sobrinos, de 20 años, aparentemente sano hasta entonces, falleció de un ataque cardíaco que se produjo de forma súbita. A partir de este suceso toda la familia tuvo que someterse a pruebas cardiovasculares para valorar situaciones potenciales de riesgo que, en su caso y en el de sus hijas, dieron resultados negativos. Desde entonces:

[...] ante cualquier cosita que me note, aunque sea un grano, me pongo fatal, me hundo, empiezo a pensar cosas raras, me dan temblores. Y desde el año pasado no paro de pensar que tengo leucemia, porque al hijo de una amiga se lo han diagnosticado y yo me noto las mismas cosas que el chico, cansada, sin fuerzas, me cuesta levantarme de la cama, a veces me duelen los brazos, la espalda... Sí, he ido al médico y me han hecho pruebas y no me sale nada, aunque unos análisis (hace seis meses) me dieron que tenía anemia, pero según el médico no era nada importante, me recetó vitaminas y hierro, pero yo sigo pensando que sí, que tengo algo... Leucemia. Y no paro de pensar qué será de mis hijas y de mi marido, que ahora está en paro otra vez, y mis padres, ya mayores. y luego lo de mi otro sobrino, el ataque cardíaco. A veces también pienso en eso, en que me puede fallar el corazón a mí o a mis hijas, pero la verdad es que eso ya no lo pienso casi nunca.

Después de las sesiones psicoeducativas, Rosario estaba dispuesta a admitir que sus problemas pudieran tener que ver más con un miedo a enfermar (ansiedad por la salud) que con el hecho de padecer una enfermedad. A pesar de ello, sus miedos seguían presentes y, aunque habían disminuido sus visitas al médico, se observaba continuamente. Se transcribe a continuación el ejercicio realizado con ella con la técnica de la doble columna. Las evidencias a favor las escribió con rapidez, pero le resultaba muy difícil encontrar evidencias en contra. Se le propuso entonces que, para cada una de las que anotaba a favor, buscara una explicación alternativa concreta.

Pensamiento:

“Estoy muy cansada, síntoma de una leucemia”.

Credibilidad, fuerza del pensamiento: 95

Emociones que te provoca el pensamiento: miedo, pena, tristeza.

Intensidad de las emociones: 100

<i>Datos a favor del pensamiento y fuerza del dato</i>	<i>Datos en contra del pensamiento y fuerza del dato</i>
Tengo anemia – 95	El médico me dice que ya no tengo anemia – 65
Estoy cansada casi siempre – 100	En vacaciones y los fines de semana no me siento tan cansada – 90
Los ojos se me ponen rojos y me cuesta ver bien – 65	Puede que necesite gafas. Todas mis hermanas llevan

	gafas. – 100
Duermo mal – 80	Mi marido también duerme mal. Dice que en casa hace mucho calor. 80
El hijo de mi amiga tiene leucemia – 70	Mis hijas están bien. Nadie en mi familia ha tenido leucemia – 100
Me duelen los brazos y las manos, también la espalda – 60	Si lo pienso bien, me pasa sobre todo los jueves, que voy a tres casas a limpiar – 80
Este invierno he tenido dos resfriados muy fuertes y me costó recuperarme – 80	Mi marido y mis hijas se han resfriado varias veces este año. Igual nos lo hemos pegado unos a otros – 100
La comida del mediodía no me sienta bien – 70	Siempre voy corriendo, no me da tiempo a comer tranquila – 80
<i>Pensamiento alternativo:</i>	
“Estoy cansada porque trabajo mucho, llevo muchas casas”.	
<i>Credibilidad:</i> 70	
<i>Emociones asociadas e intensidad:</i> tranquilidad, calma. 100	
<i>Credibilidad del pensamiento inicial:</i> 40	

Tras el ejercicio, Rosario admitió sin esfuerzo que los datos que para ella eran una evidencia de que podía tener leucemia eran menos convincentes que antes, aunque no podía descartarlos con seguridad absoluta. Pero, al mismo tiempo, la explicación alternativa a la que ella misma había llegado era más convincente y realista y se sentía mucho mejor pensando en esa posibilidad. Resulta evidente que no podemos esperar que un paciente cambie por completo su forma de pensar. Nuestro objetivo es que aprenda a pensar de otro modo, más flexible y, sobre todo, teniendo en cuenta más datos de los que habitualmente considera. En este caso, se le pide que se lleve el ejercicio a casa y lo hable con su marido (con quien se había tenido ya anteriormente una entrevista y se había mostrado dispuesto a colaborar en el tratamiento) para que, entre los dos, siguieran buscando explicaciones alternativas.

- *Caso de Esther. 19 años*

Acaba de comenzar la universidad en una ciudad diferente a la suya. Refiere un proceso de ansiedad y preocupación desde que tiene uso de razón (“si una amiga tiene una enfermedad, yo somatizo esos mismos síntomas”).

Dejó de ver las noticias para evitar enterarse de informaciones relacionadas con enfermedades, pero hasta hace unos meses buscaba información de forma recurrente en internet sobre enfermedades: ahora ha dejado de hacerlo porque es consciente que le perjudica. Constantemente hace preguntas de reaseguro a sus padres y su pareja, aunque reconoce que solo se queda tranquila cuando se lo dice un médico. Ante cualquier síntoma menor acude al médico, aunque presenta preocupación ansiosa continuada en torno a posibles enfermedades: ictus, cáncer, enfermedades mortales pulmonares, tumor cerebral, etc.

Cuando los episodios son agudos se paraliza su vida, se queda en casa e intenta dormir (“estoy tan mal que no puedo hacer otra cosa”).

Su ansiedad se ha agravado con el comienzo de las clases y su desplazamiento a otra ciudad: manifiesta un intenso miedo a que le ocurra algo y encontrarse lejos de su madre y su pareja, de quien se siente muy dependiente.

Ha sido incluida en un grupo de terapia para el tratamiento de la ansiedad por la salud, se muestra muy motivada y comienza a comprender mejor su ansiedad, los desencadenantes de sus episodios e identifica los pensamientos y valoraciones disfuncionales de la ansiedad.

En la sesión de terapia cognitiva y trabajo de análisis de evidencias, se aborda un dolor punzante de cabeza que lleva varias horas sufriendo y que atribuye a un derrame cerebral ante lo que se muestra muy ansiosa. Continuamente, se mira al espejo por si se le “cae una ceja” (prueba para ella de que se trata de un derrame), se toca, está pendiente y no puede pensar en otra cosa.

Al preguntarle por otra posible causa de sus síntomas, le resulta difícil encontrarla, pero, con la ayuda de sus compañeros del grupo, comienza a contemplar la posibilidad de que pueda tratarse de un síntoma de tensión o ansiedad, por lo que se utiliza esa interpretación como alternativa.

CUADRO 5.2. *Esther: análisis de evidencias a favor y en contra*

Pensamiento:

“Me duele la cabeza. Estoy teniendo un derrame cerebral”

Credibilidad: 90%

Emoción que te provoca el pensamiento: Miedo.

Intensidad: 80%

	<i>Evidencias a favor</i>	<i>Evidencias en contra</i>
¿Qué es concretamente lo que piensas o temes? <i>Tengo un derrame cerebral</i> Creencia: 90%	– Me duele la cabeza.	– Estoy viva. – No tengo parálisis. – No se me cae la ceja.
Pensamiento alternativo: <i>Debido a la tensión</i> Nivel de creencia: 90%	– Mas de 1000 veces he pensado de un síntoma que era algo grave, pero no lo era. – Me voy a casa esta tarde y eso siempre me pone nerviosa. – Únicamente me pulsa levemente la cabeza cerca de la sien y no tengo otros síntomas. – Le presto mucha atención, me miro continuamente, eso sé que incrementa la ansiedad. – Parece que tener ese síntoma es algo normal: en el grupo todos lo han tenido y lo atribuyen a lo mismo.	– No encontramos pruebas en contra.

Creencia del pensamiento después del análisis: 10%

Creencia de la alternativa después del análisis: debido a la tensión: 90%

Como puede observarse, después del análisis, la alternativa de que se trataba de un síntoma de un derrame cerebral pasó del 90 al 10% y de que podía tratarse de un síntoma de tensión emocional del 0 al 90%. Al preguntarle cómo se sentía y si no era demasiado grande el cambio en su valoración, comentó:

Claro que sigo nerviosa, pero veo claro que no puede ser un derrame y me doy cuenta que puede ser un síntoma normal de tensión, como muchos otros que he tenido, y realmente estoy muy nerviosa por el viaje.

Se le propuso que realizara una encuesta entre personas conocidas sobre si habían tenido alguna vez ese mismo síntoma y a qué lo atribuyeron, como se había hecho en el grupo.

B) Estimación de probabilidades mediante el diagrama de tarta

Esta es una de las estrategias típicas para modificar las creencias relacionadas con sobrevalorar la probabilidad de tener una enfermedad grave. Sus objetivos son, como en el caso anterior, ayudar a los pacientes a generar interpretaciones alternativas no catastrofistas sobre sus temidos cambios o sensaciones corporales y para ayudarlos a valorar de manera más realista la probabilidad de los resultados catastróficos, en comparación con los no catastróficos (Taylor y Asmundson, 2004). Es importante señalar que trabajar con probabilidades significa que no se pueden reducir a cero, especialmente en el ámbito de la salud y la enfermedad y, por lo tanto, para algunos pacientes la idea de cualquier grado de probabilidad de estar enfermos, por ínfimo que sea, puede llegar a ser intolerable (Fured *et al.*, 2006). En consecuencia, esta estrategia debe combinarse con las más específicamente relacionadas con las creencias de intolerancia a la incertidumbre que veremos más adelante.

El objetivo es analizar la probabilidad que cada una de las explicaciones del síntoma puede tener. Para cuestionar la probabilidad asignada al pensamiento o la conclusión ansiógena (“es un cáncer lo que tengo”), puede hacerse una serie de preguntas que cuestionen y ayuden a hacer un análisis mas realista del síntoma.

Fured *et al.* (2006) ofrece una serie de preguntas que pueden ser de gran utilidad, como las siguientes:

- ¿Cuál es la probabilidad de que ocurra lo que temes?
- Si ya has tenido este pensamiento otras veces, ¿con qué frecuencia ha sucedido el resultado negativo en el pasado? Por ejemplo, si te encuentras preocupado por el cáncer de estómago cuando tienes dolores de estómago, piensa en cuántas veces has tenido dolores de estómago a lo largo de los años (probablemente muchas veces, quizá cientos de veces) y cuántas veces los dolores terminaron desapareciendo por sí solos.

- ¿Con qué frecuencia la enfermedad que temes (como cáncer de estómago) sucede a otras personas de tu edad? No se trata de valorar las posibilidades de que esa enfermedad, o cualquier otra, podrá suceder en la vida del paciente: es probable que todos tengamos enfermedades graves en nuestra vida.
- ¿Qué probabilidad hay de que te suceda hoy? ¿Este año?

La aplicación correcta de la técnica requiere seguir una serie de pasos secuenciados, parecidos a los de la estrategia de búsqueda de evidencias. Se pide al paciente que:

1. Escriba la sensación o el síntoma físico y el pensamiento y emoción asociados.
2. Haga una lista de las potenciales explicaciones de la sensación. Si el paciente no las encuentra, el terapeuta puede facilitarle posibles explicaciones a partir de la información compartida. Por lo tanto, para que el terapeuta pueda ayudar al paciente en la búsqueda de alternativas, debe conocer explicaciones posibles de síntomas comunes como los que el paciente experimenta.
3. Valore la probabilidad de cada una de estas explicaciones en términos de porcentaje, teniendo en cuenta que la suma total final de la *tarta* es 100. Para ello, el terapeuta puede ayudar dibujando un círculo en el que irá colocando las alternativas generadas y las proporciones asignadas a cada una.
4. Revise las estimaciones que ha ido haciendo de cada alternativa, teniendo en cuenta la suma total final. En la mayoría de los casos, este paso lleva a replantear las asignaciones de probabilidad iniciales y, por tanto, a que se reduzca la probabilidad del pensamiento de *enfermedad grave* (y a que el terapeuta haga un nuevo diagrama).
5. Saque una conclusión y revise su creencia en relación con el análisis.

Los casos que se presentan a continuación ejemplifican la aplicación de esta técnica. El primero de ellos es el de Rosario, visto anteriormente. Recuérdesse que su principal temor era tener leucemia y el síntoma principal en que se basaba eran su cansancio y el haber constatado anemia en una analítica unos meses antes. Esta técnica se aplicó en una sesión posterior a la anterior. En un primer momento, las explicaciones que proporcionó y las probabilidades asignadas fueron, por orden, las siguientes:

- Tengo anemia – 50%.
- Estoy cansada – 30%.
- Las comidas me sientan mal – 15%.
- Trabajo mucho – 5%.

La representación gráfica de esas explicaciones se muestra en la [figura 5.5](#). Es importante señalar que realizar, junto con el paciente, un gráfico como el que se presenta en la [figura 5.5](#) resulta de gran ayuda porque permite hacer visible con claridad la

importancia que realmente atribuye la persona a sus explicaciones.

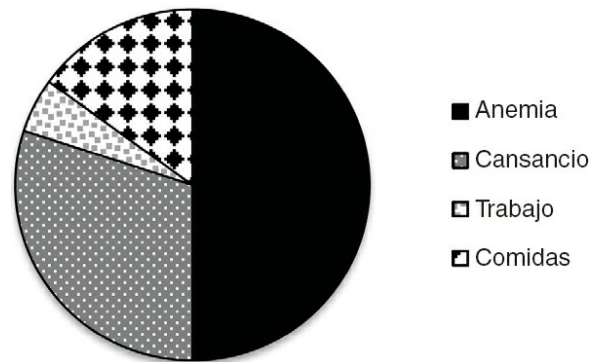


Figura 5.5. Diagrama de tarta inicial: el caso de Rosario.

Obviamente, en este primer análisis, solo consideraba como explicación alternativa no amenazante el hecho de que su trabajo era muy exigente desde el punto de vista físico, y al que únicamente pudo atribuir un peso menor, en parte porque lo expresó en último lugar y solo le quedaban 5 puntos *libres*. Se le pidió que revisara los datos teniendo en cuenta el ejercicio de la sesión anterior y las otras alternativas no amenazantes que había encontrado. Antes de asignar probabilidades, se le pidió que hiciera una lista de posibles explicaciones que le parecieran razonables y que, una vez hecha, asignara probabilidades a cada una. El resultado fue este:

- Mi anemia es leve – 10%.
- Estoy cansada – 15%.
- Mi trabajo es muy duro y trabajo mucho – 25%.
- Nadie de mi familia ha tenido leucemia – 5%.
- En vacaciones no estoy cansada – 30%.
- Según el médico, los análisis dicen que no tengo leucemia – 15%.

Como en el caso anterior, se representa con Rosario la reevaluación que había hecho sobre las explicaciones iniciales. El resultado se presenta en la [figura 5.6](#).

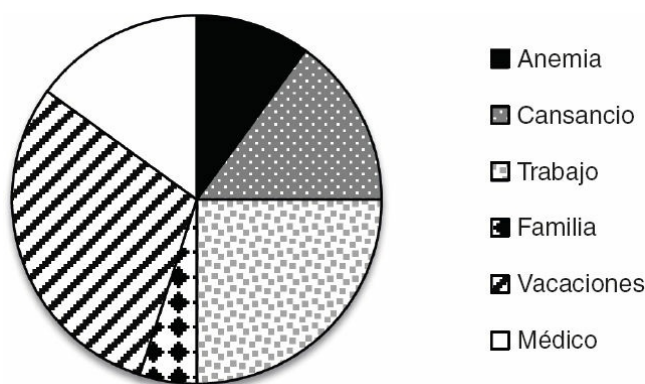


Figura 5.6. Diagrama de tarta revisado: el caso de Rosario.

Este ejemplo ilustra algo muy frecuente en la práctica: aunque los pacientes ya hayan entendido que buena parte de su problema se debe a la ansiedad que suscita la aparición de ciertos síntomas y malestares, y no tanto a la posibilidad de que esos síntomas se deban a una enfermedad grave, todavía no han incorporado en su funcionamiento cotidiano las explicaciones alternativas relacionadas, precisamente, con la ansiedad. Por decirlo gráficamente su respuesta automática es la de “esto es grave”.

Todo proceso de resignificación requiere tiempo y con este tipo de ejercicios lo que se pretende es que la persona ponga en duda sus respuestas automáticas para que, en primer lugar, se dé cuenta de que se trata precisamente de respuestas automáticas, no reflexivas, y, segundo, para que pueda entrar a criticarlas y eso le permita sustituirlas por otras más razonables y ajustadas a la realidad y, sobre todo, no mediatizadas por la ansiedad que acompaña a sus síntomas.

A continuación, se presenta otro ejemplo y el registro cumplimentado por la paciente en una ficha que contenía las instrucciones para realizar el procedimiento. Se trata de Carla de 44 años. Desde que tenía 20 años presenta episodios de preocupación hipocondríaca por diferentes síntomas. En los últimos años, acude regularmente a su médico de atención primaria en quien confía más que en ningún otro profesional sanitario. Recientemente su médico ha tenido que trasladarse a otra ciudad y se muestra muy angustiada “porque ya nadie va a poder convencerme de que no voy a morirme”.

CUADRO 5.3. Carla: *diagrama de tarta (estimación de probabilidades)*

¿EXISTEN OTRAS EXPLICACIONES MENOS CATASTRÓFICAS DE TUS SÍNTOMAS?

Averigüemos cuál es la probabilidad de cada una de esas interpretaciones alternativas. Sigue los siguientes pasos:

1. En primer lugar, anota qué síntomas te preocupan, a qué temas que puedan deberse y en qué situaciones aparecen.
2. ¿Existen otras explicaciones para ese síntoma? Intenta contestar a estas preguntas: si has tenido en otras ocasiones este síntoma, ¿a qué ha sido debido? ¿Puede ser que esté relacionado con la tensión o preocupación? ¿Puede estar relacionado con tu alimentación, problemas de sueño, con cambios en tu actividad física? ¿Puede ser un problema físico menor, molesto, pero sin importancia?, ¿qué te ha dicho el médico en otras ocasiones?
3. Anota todas las posibles explicaciones alternativas que se te ocurran para ese síntoma.

4. Si consideramos que en el diagrama de la tarta se incluyen el 100% de las posibles explicaciones de tu síntoma, asigna a cada una de ellas un porcentaje de la tarta.
5. Una vez asignado, revísalo por si consideras que tienes que hacer algún cambio y representa los porcentajes dentro del círculo como si fueran porciones de una tarta.
6. Finalmente escribe una breve conclusión que hayas obtenido de realizar la tarea.

Situación: andando por la calle.

Síntoma: presión en el pecho.

Interpretación negativa: es un infarto 10%.

Explicaciones alternativas:

1. Me agobia pensar que no voy a tener más a mi médico 30%.
2. Al andar deprisa hiperventilo y me duele 10%.
3. Gases 10%.
4. Tensión muscular, me lo explicó mi médico 40%.

Conclusión: que se haya ido mi médico me preocupa por si en el futuro tengo alguna enfermedad y ningún otro médico es capaz de curarme y eso me genera tensión muscular y gases y parece poco probable que pueda deberse a un infarto.

En la [figura 5.7](#), se representan los resultados de este ejercicio.

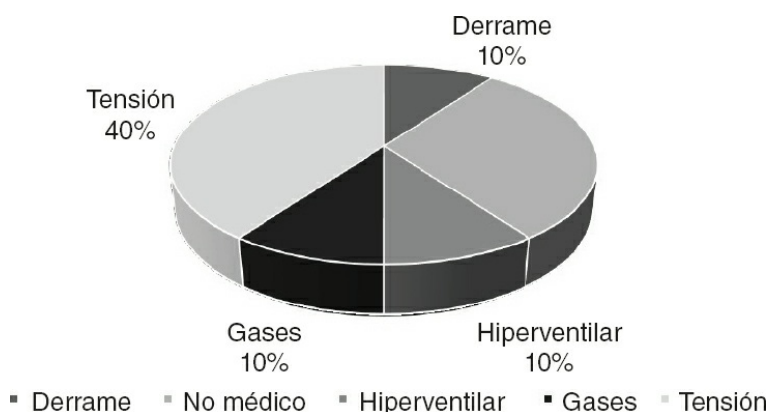


Figura 5.7. Diagrama de tarta: el caso de Carla.

C) Generar hipótesis alternativas y asignar nuevas probabilidades basándose en evidencias. Cálculo de probabilidades acumuladas a través de la técnica de la flecha descendente

La finalidad de esta técnica es conseguir que el paciente sea consciente de su tendencia a llegar a conclusiones fatalistas (enfermedad grave, muerte) sobre la base de un solo hecho (su síntoma) y que, en su lugar, establezca una posible cadena de acontecimientos intermedios cuya ocurrencia y encadenamiento serían necesarios para que se produjera el acontecimiento final. No se pretende, por lo tanto, poner en duda los síntomas, en caso de que existan, o las preocupaciones con respecto a ellos. Cuando una persona con hipocondría piensa en sus síntomas (o los experimenta), tiende a llegar a la peor de las conclusiones posibles muy rápidamente, de un modo acrítico y general. Por ejemplo: “me duele la cabeza... tendré un ictus... moriré”, que en la práctica equivale a

asignar una tasa muy alta de probabilidades, cercana al 100%, de que se produzca un desenlace fatal. Ese sesgo confirmatorio impide analizar los pasos intermedios que deben producirse realmente para que finalmente ocurra el desenlace fatal que se teme. Por tanto, lo que se busca es *lenificar* ese proceso, dismantelarlo, por así decir, de tal manera que la persona pueda darse cuenta de sus sesgos de interpretación, tendentes al catastrofismo, y ello le permita reevaluar cada uno de los pasos de la cadena de manera independiente. Pues una vez atrapado en ese final catastrófico, salir de él puede ser muy difícil o imposible, entre otras cosas por el elevado nivel de ansiedad en el que muy probablemente va a encontrarse entonces.

La aplicación es relativamente sencilla, pero requiere un buen conocimiento por parte del terapeuta y seguir adecuadamente los pasos establecidos, además de, como en cualquier aplicación de una técnica, explicar al paciente la finalidad del ejercicio y su procedimiento general. Pero, en ocasiones, puede resultar difícil de aplicar si el paciente no es capaz de imaginar consecuencias cada vez más catastróficas o hacerlo le resulta muy aversivo. En estos casos, hay que plantearse la razón por la que resulta tan aversivo. Lo más habitual es que lo sea porque en alguna ocasión el paciente ha llegado a experimentar una crisis de ansiedad solo por pensar en todas las consecuencias terribles que podrían suceder si sus temores se confirmaran, de modo análogo a lo que sucede con la aplicación de la exposición a sensaciones interoceptivas en el tratamiento cognitivo-conductual del pánico. Si esto sucede, se debe intentar aprovechar la situación para que el paciente se dé cuenta de cómo, solo por pensar en cosas terribles, su ansiedad puede llegar a desbordarla y, así, hacer que sus miedos lleguen a ser más creíbles. También hay que estar atentos a posibles intentos de evitación (como cuando el paciente dice que no quiere o no puede pensar en ello) o de reaseguro (cuando el paciente dice cosas como “esto no sería posible, ¿verdad?”). En definitiva, se trata de estar atentos ante cualquier aumento excesivo de ansiedad para poder manejarlo en la consulta de manera adecuada.

Para poner en práctica la técnica, es muy útil proporcionar una hoja en blanco, con una secuencia de flechas descendentes separadas entre sí para que el paciente escriba lo que se le va a pedir, o para hacerlo nosotros. Los pasos a seguir, son los siguientes:

1. Pedir al paciente que anote su síntoma principal, el más preocupante.
2. A partir de ese síntoma, debe anotar una a una todas las posibles consecuencias negativas que se le ocurran en relación con el síntoma, o que haya pensado alguna vez, en orden creciente de gravedad: desde las más leves hasta la más grave o importante.
3. Una vez hecho el esquema, se le pide que asigne probabilidades de ocurrencia a cada una de las consecuencias, teniendo en cuenta que la suma total no puede superar el 100%.
4. Pedir que piense en explicaciones alternativas para cada una de las consecuencias anteriores, estimando su probabilidad.
5. Se comparan los dos esquemas y se le pide al paciente que extraiga las conclusiones que se derivan de ambos.

Para ejemplificar la aplicación de esta técnica, se cita el caso de Francisco, de 32 años, informático. Debido a su trabajo pasaba mucho tiempo sentado. Su dieta era, según sus palabras, “la típica de un friki del trabajo: patatas, ganchitos, hamburguesas, coca-cola, o sea fatal, comida basura vaya”.

El tiempo libre lo dedicaba también a actividades sedentarias:

[...] en realidad, mi tiempo libre es también mi trabajo: buscar en internet cosas, hacer programas, cosas así. Como mucho, ir al cine algún día, aunque la mayor parte de las películas las veo en casa, ya sabes, lo típico, nos juntamos varios y ya está. O sea, que mi ocio es también mi trabajo y al revés.

Este estilo de vida había provocado un considerable aumento de peso en los últimos cinco años. Como consecuencia, tuvo una lesión cervical leve, aunque dolorosa, que lo obligó a llevar una prótesis durante tres meses y a someterse a tratamiento de rehabilitación. En la última revisión médica de traumatología, hace un año, recibió el alta por haber remitido por completo la lesión inicial. Al mismo tiempo, se sometió a dieta hipocalórica bajo control médico combinada con ejercicio físico, que dio como resultado recuperar un peso normal para su estatura y complexión. Acude a la consulta remitido por su médico de atención primaria por sentirse constantemente pensando en la posibilidad de tener de nuevo una lesión cervical “y que ahora ya no tenga remedio, y me quede tetraplégico”.

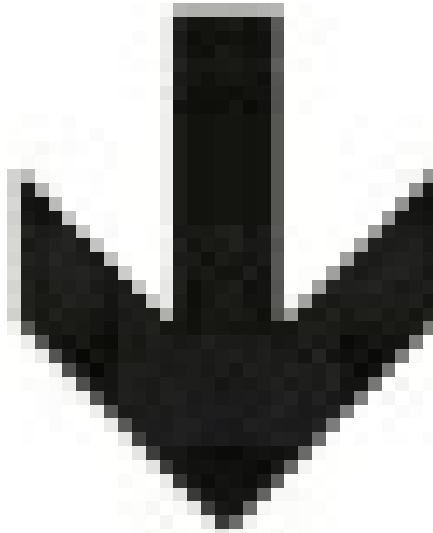
Se palpa constantemente el cuello, dice que, en cuanto le parece que tiene un bultito, ya no puede dejar de pensar que está volviendo a lesionarse y pide inmediatamente consulta a su médico de atención primaria. Las explicaciones y pruebas que le realiza (habitualmente, una exploración sencilla) lo tranquilizan “hasta que otro día vuelvo a empezar. Últimamente me da por pensar que a lo mejor si no me noto nada es porque la lesión ya está ahí y me he insensibilizado. Una locura, vamos”.

Estas preocupaciones están interfiriendo en su trabajo, pues le impiden concentrarse y realizar las tareas que tiene encomendadas y ha empezado a tener problemas con algunos clientes por retrasos en entregas.

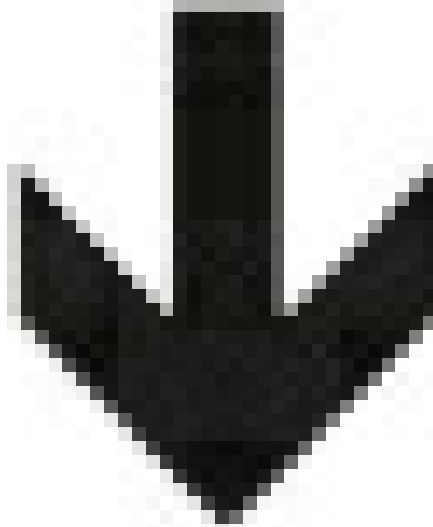
En esta ocasión, se aplica esta técnica porque a Francisco le resultaba difícil darse cuenta de sus sesgos catastrofistas y de las creencias distorsionadas y rígidas que mantenía sobre la salud y la enfermedad, de tipo absolutista (“estar sano es no notarse nada, no tener nada”).

CUADRO 5.4. *Francisco: técnica de la flecha descendente (1.ª parte)*

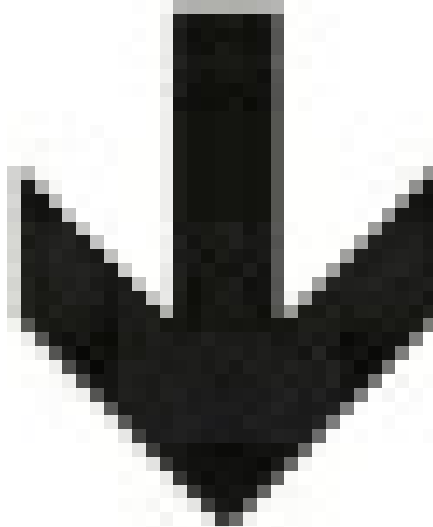
Me noto algo en el cuello



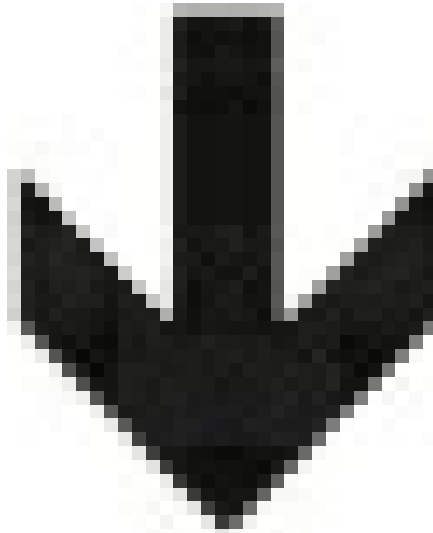
Si lo noto, es porque se me está reproduciendo la lesión – 20%



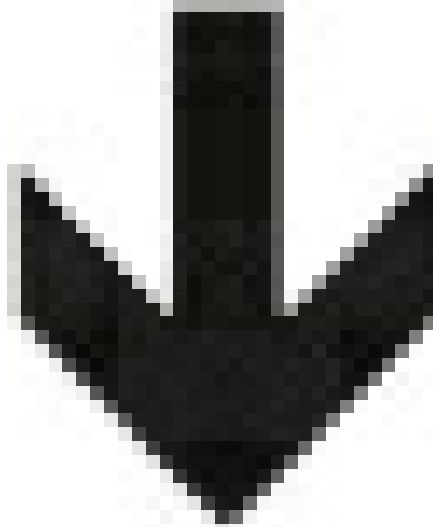
Si se me reproduce ya no tendrá remedio sin operación – 20%



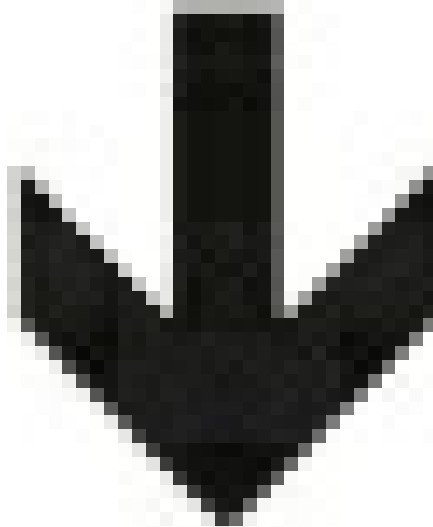
Me tendrán que ingresar para operarme y la operación saldrá mal – 20%



Me quedaré tetraplégico – 20%



Contraeré muchas enfermedades por la tetraplejia – 10%



Me moriré – 10%

El primer aspecto interesante de este ejercicio fue que el resultado final temido (tetraplejía, enfermedades asociadas y muerte) no fue del 100%, como inicialmente estaba suponiendo Francisco, sino del 40% (sumando las tres últimas consecuencias). Además, la probabilidad con la que, mediante el ejercicio, estimó que podía sucederle cada uno de los hechos enunciados por separado, resultó bastante menor de lo que había pensado antes de este análisis cuando evaluó el *problema* de un modo global y genérico. Su comentario fue: “No había caído en nada de todo esto. Ahora lo entiendo... saco conclusiones sin ton ni son”.

El paso siguiente consistió en pedirle que buscara explicaciones alternativas al síntoma desencadenante (“Me noto algo en el cuello”), teniendo en cuenta la secuencia que había establecido antes y les asignara probabilidades de ocurrencia. Después del ejercicio previo, le resultó sencillo hacerlo, aunque modificó varias veces las probabilidades asignadas, en parte porque de entrada dio un gran peso a la primera de ellas. Tras varios cambios, decidió no asignar ninguna probabilidad a la última porque en realidad era más un hecho irrefutable (“todos moriremos algún día”) que algo que podía o no suceder. Por último, resultó evidente para el paciente que las probabilidades de que no se produjera ninguna consecuencia relevante relacionada con sus temores fue muy elevada. El resultado del análisis se resume en el [cuadro 5.5](#).

CUADRO 5.5. *Francisco: técnica de la flecha descendente (2.ª parte)*

1. Puede ser que haya estado demasiado tiempo sentado delante del ordenador o que me haya picado un mosquito y es eso lo que noto – 40%
 2. Si se me reproduce la lesión, me daré cuenta porque ya sé cuáles son los síntomas e iré al médico antes de que vaya a más – 30%
 3. Hay muchas formas de tratar estas lesiones, no solo con cirugía – 20%
 4. La mayoría de las operaciones salen bien. El porcentaje de personas que se quedan tetrapléjicas por una lesión de este tipo a mi edad es muy bajo – 10%
 5. Todos nos moriremos algún día, pero en mi caso no tiene por qué ser por esto.
-

A pesar de la utilidad de la técnica y lo aparentemente fácil de su aplicación, lo cierto es que en ocasiones es complicado que los pacientes se centren en la cadena creciente de gravedad de los síntomas que está tratándose de *desmantelar*, para, por el contrario, hacerlo en la gravedad de las consecuencias que han pensado que puede tener el síntoma en su vida cotidiana. En estos casos, hay que intentar reconducir el procedimiento para ajustarlo a sus objetivos, pero también puede ser útil analizarlo tal y como el paciente lo ha entendido, porque es posible que se acerque más a la realidad de ese caso particular.

Un ejemplo de ello se observa en Gonzalo, un paciente que ya se ha presentado en el [capítulo 2](#). Sus síntomas actuales eran molestias al orinar y su preocupación, estar desarrollando un cáncer de próstata y morir. En primer lugar, se le pide que, partiendo de su síntoma principal (molestias al orinar), fuera derivando todas las posibles consecuencias negativas que había pensado hasta llegar a la peor de todas (morir de un cáncer de próstata). A continuación, se le pide que asignara probabilidades a cada una de

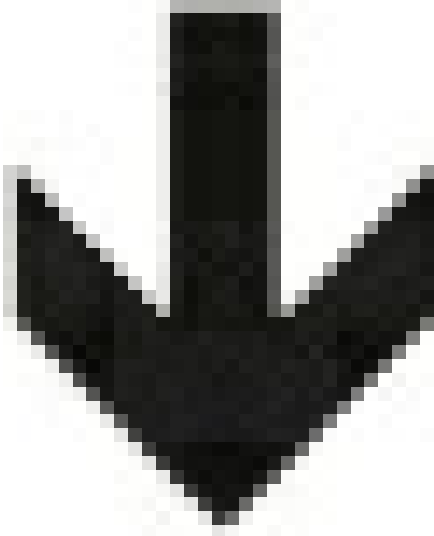
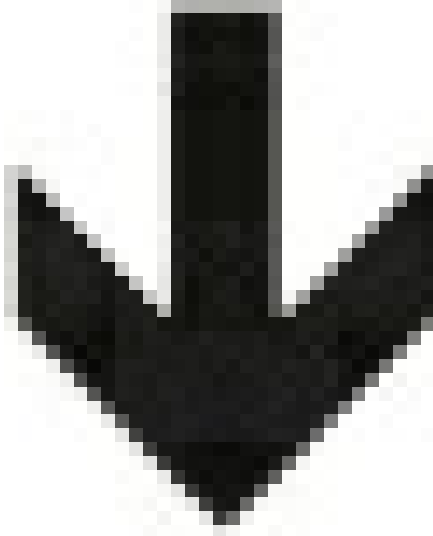
las opciones, basándose en sus anteriores episodios de preocupación.

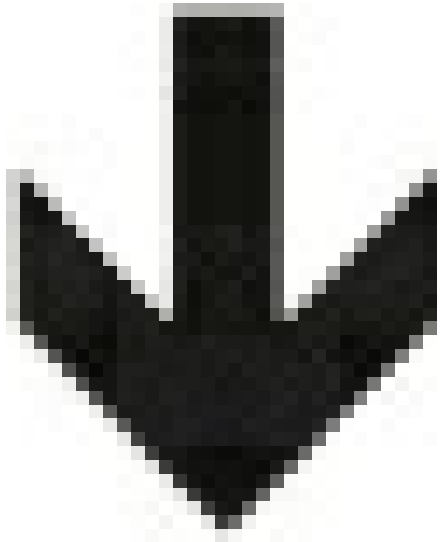
El paso siguiente fue que pensara explicaciones alternativas, del estilo de las que ya se habían trabajado en sesiones previas para cada una de las consecuencias del síntoma que, en ningún momento, se había puesto en duda. En esta ocasión, el paciente no fue capaz de asignar probabilidades de ocurrencia que, en total, no superaran el 100%, porque:

[...] en realidad, la mayoría de las veces lo que sucede es que se ha cumplido la alternativa y no lo que inicialmente podía pensar, así que a cada una le asignaría casi el 100% porque no son incompatibles.

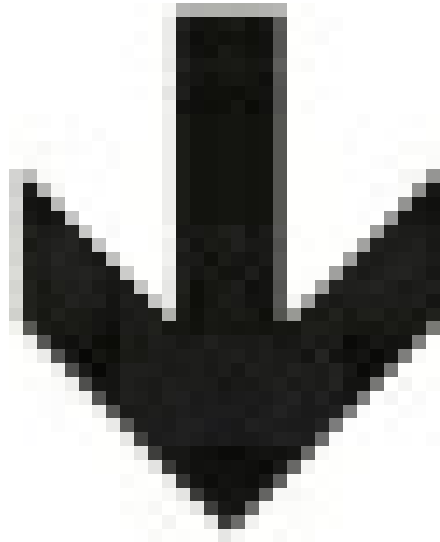
Gonzalo entendió el ejercicio de un modo distinto al que esperábamos, pero decidimos no interrumpirlo ni corregirlo porque, en realidad, su cadena de pensamientos era la que había expresado y el hecho de ponerlas de manifiesto resultó de gran ayuda en su proceso de tratamiento. Hay que decir, además, que esta técnica la aplicamos en la última de las sesiones dedicadas a reestructuración cognitiva y, una vez estaba recuperado de la depresión que, aunque secundaria a la hipocondría, fue lo primero que se abordó en el tratamiento y la razón por la que en el momento de la primera consulta estaba de baja laboral.

CUADRO 5.6. *Gonzalo: técnica de la flecha descendente*

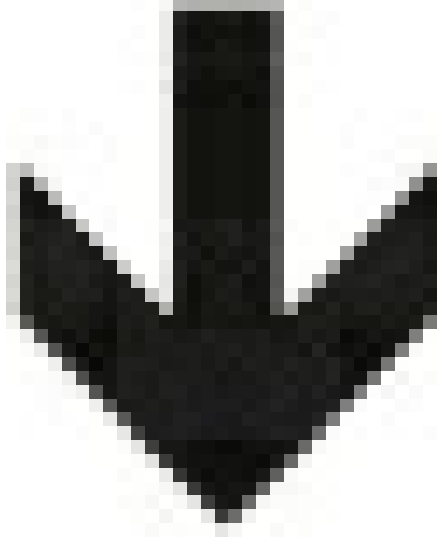
<i>Primera opción</i>	<i>Alternativas</i>
Tengo molestias al orinar  Las molestias no me dejan dar bien las clases – 20%	Tengo molestias al orinar  Nunca he interrumpido una clase por las molestias. Solo por la depresión



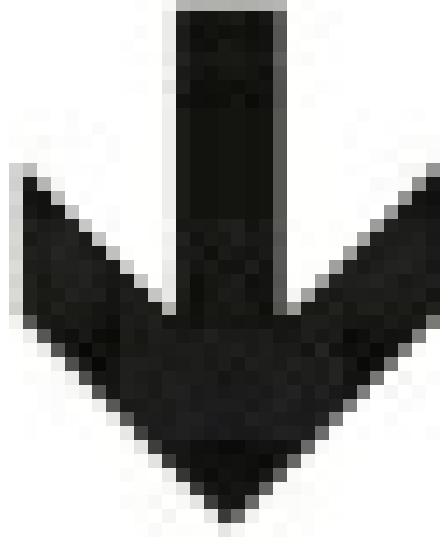
Si no doy bien las clases, me abrirán un expediente, y pueden expulsarme – 10%



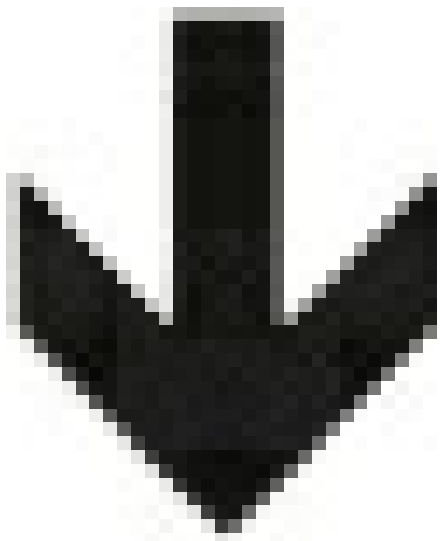
Los estudiantes siempre valoran bien mis clases y eso que son de matemáticas



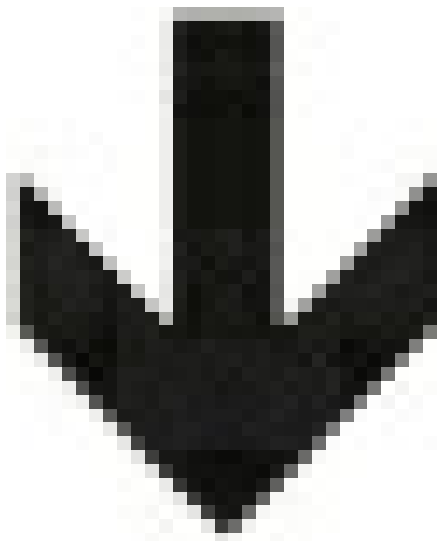
Mis amigos se hartarán de mí, siempre tengo alguna cosa – 10%



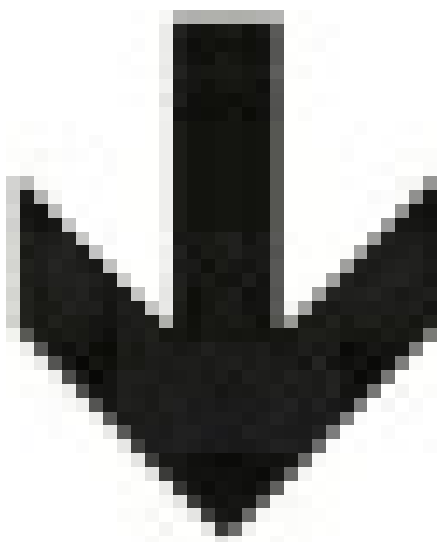
Mis amigos me animan. Aunque yo no les llame, ellos lo hacen. Me han ayudado mucho con la depresión



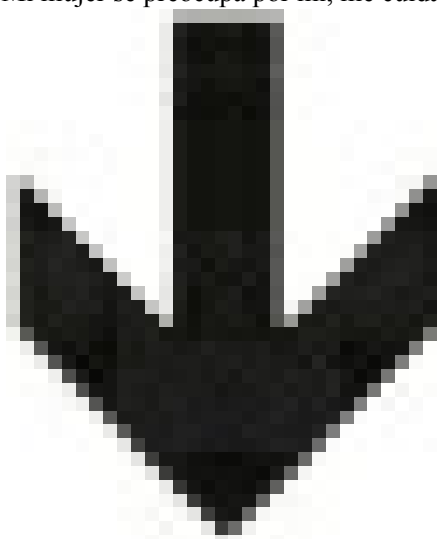
Mi mujer me dejará – 10%



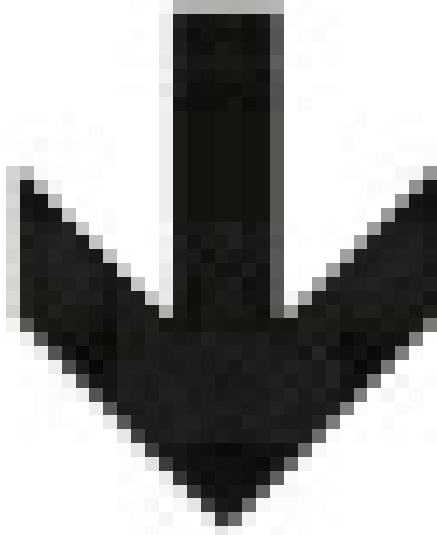
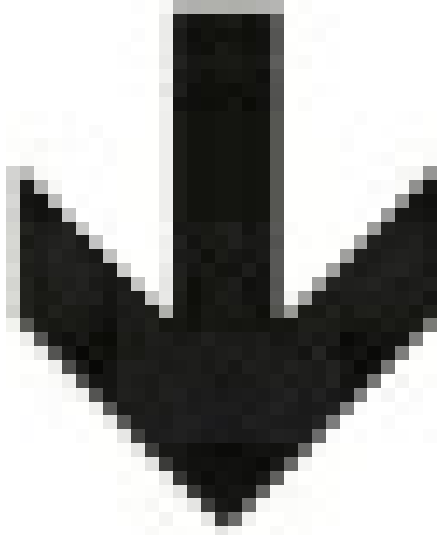
Mi mujer se preocupa por mí, me cuida



El cáncer de próstata se manifestará – 15%

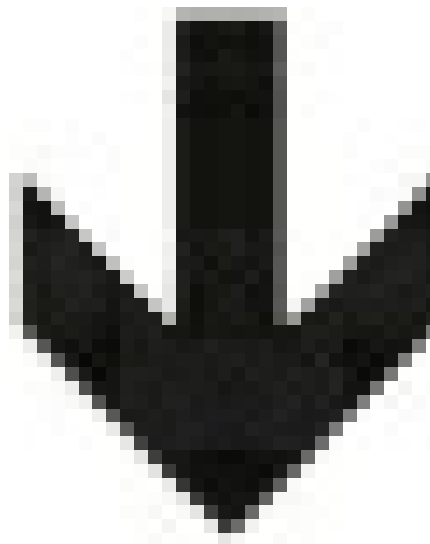
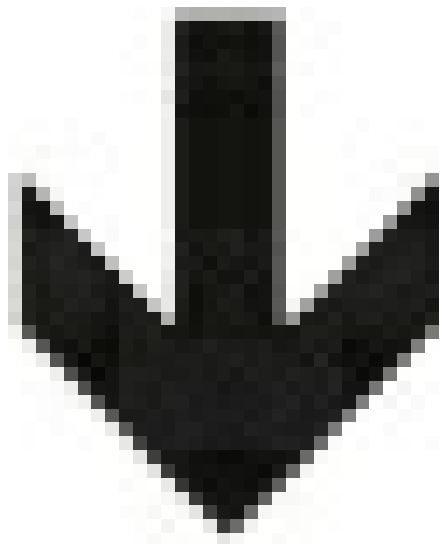


Hasta ahora todos los análisis son negativos



Pero ya habrá metástasis y será incurable – 15%

Si tengo cáncer, no será como hace años. Los tratamientos han avanzado mucho



Me moriré solo y con dolor – 20%

No se me ocurre nada. Simplemente no me lo creo

D) Trabajar la incertidumbre y el riesgo percibido: aceptación de la enfermedad y la muerte

La *intolerancia a la incertidumbre*, o la necesidad de certeza, puede definirse como “la dificultad para afrontar la ambigüedad, la novedad y los cambios inesperados o no previstos” (Belloch *et al.*, 2011: 142), lo que con relación a la enfermedad y la muerte cobra gran relevancia, ya que si alguna certeza puede tenerse es que ambas van a aparecer en nuestra vida de forma inexorable y nada ni nadie nos puede garantizar con total certeza que mañana no podamos enfermar gravemente o incluso morir. De este modo, cuando la ansiedad del paciente se centra en la idea de incertidumbre con pensamientos del tipo “necesito tener la certeza de que voy a estar sano en los próximos años” o “no puedo soportar la incertidumbre de no saber al 100% que no estoy enfermo”, el tener que enfrentarse a una probabilidad, aunque sea mínima, de padecer una enfermedad grave puede ser inaceptable. En estos casos, es necesario abordar de manera específica las creencias disfuncionales relacionadas con la necesidad de certeza. En terapia cognitiva, un modo clásico de abordar esta creencia son los procedimientos de la terapia racional emotiva (Ellis, 1962). Mediante ellos, se cuestionan las creencias que las personas mantienen bajo la forma de *deberías* y necesidades absolutistas. El debate y cuestionamiento se realiza sobre los tres aspectos de esas creencias: rigidez de la norma o principio, su realismo y lo adaptativa que resulta (para una descripción más detallada de la técnica en el tratamiento del TOC, puede verse Belloch *et al.* 2011: 310-318).

Se comienza analizando con el paciente si la idea “debo saber con certeza que no estoy enfermo” es un principio extremadamente rígido. Al constatarse que, evidentemente, se trata de un principio rígido y absoluto, pues se aplica en todo

momento y en toda circunstancia, y a la vez la realidad la contradice, se le hace ver que además de asumir la frustración, el enfado, e incluso la desesperación de que las cosas no son como las desea, también debe aceptar sufrir el miedo y la ansiedad derivados de empeñarse en aceptar ese principio como válido. La conclusión a la que pretendemos llegar es que cuando se exigen estándares tan altos que resultan inalcanzables porque la realidad nos confronta con la imposibilidad de su cumplimiento (“nadie puede asegurar que ahora y en aquí esté desarrollando alguna enfermedad”), el miedo, el malestar emocional y la frustración están aseguradas.

Una vez alcanzada esta conclusión, el paso siguiente es analizar en qué medida el principio es tan realista que se ajusta a lo que se entiende por ley. En este punto, se puede ofrecer al paciente una definición aceptada de lo que significa una ley, como la definición siguiente, extraída del *Diccionario de uso del español* de María Moliner: “Leyes son las reglas naturales a que están sometidos los fenómenos de la naturaleza, de modo que estos se verifican siempre según ellas y, por lo tanto, se pueden predecir”. A partir de esta definición, se consensúan con el paciente ejemplos de leyes naturales (como que el sol sale cada día, que cualquier objeto con un mínimo de masa caerá si no se le sostiene debido a la ley de la gravedad, que el agua hierve cuando alcanza una determinada temperatura, que la tierra es redonda, que todos los seres vivos acaban muriendo, etc.). En todos estos casos, puede ponerse a prueba su existencia muchas veces y constataremos que el efecto esperado se produce siempre. Pero, por lo que se refiere a las leyes que afectan al comportamiento humano, todo puede ser mucho más complejas. No obstante, hay una forma de comprobarlo: preguntarnos si se cumple. En el caso de “debo saber con certeza que no estoy enfermo”, es evidente que no se cumple, porque el paciente experimenta dudas sin cesar. De ello, puede deducirse que hay otras leyes, que son las que verdaderamente están operando, y cuyo cumplimiento está provocando que el paciente dude constantemente. Algunos ejemplos:

- a) El ser humano se caracteriza por preguntarse sobre su naturaleza, origen o devenir, así que el paciente lo ha tenido que hacer en algún momento.
- b) Está en la naturaleza del ser humano el dudar de la mayoría de las cosas, ya que el mundo es muy grande y complejo y nuestra capacidad de conocimiento y percepción, son limitadas.
- c) Dudamos más de todo aquello sobre lo que no tenemos certezas completas y que además es muy importante para nosotros.
- d) Dudar no es negativo, sino más bien todo lo contrario: dudar significa aceptar que no lo sabemos todo y nos espolea para avanzar y crecer.
- e) Las personas que no dudan nunca de lo que piensan o lo que hacen, pueden ser un peligro para sí mismas o para los demás (en este punto, se pueden consensuar con el paciente personajes públicos o históricos que hayan sido perniciosos por no dudar).

A partir de este momento, terapeuta y paciente colaboran para encontrar las leyes

que pueden estar influyendo en lo que le sucede. Para ello, puede ser útil recordar todos los aspectos tratados en las sesiones psicoeducativas sobre la ansiedad por la salud, además de poner algunos ejemplos que afectan a todos: cuando las dudas se refieren a aspectos personales relevantes, como la salud, generan un nivel mayor de angustia, lo que hace que se pongan en marcha estrategias para eliminar o disminuir esa incertidumbre. En ese caso, debe ver que, cuanto más se esfuerza en eliminar la sensación de incertidumbre con conductas como autoobservación, yendo al médico, haciéndose pruebas, buscando tranquilización en familiares, etc., aunque puede que encuentre alivio a corto plazo (“todo está bien, sé que estoy sano, puedo estar tranquilo”) a medio y largo plazo tienen el efecto perverso de disminuir su tolerancia a la incertidumbre y la duda. Se hace menos duradera la sensación de certeza de estar sano, y una y otra vez vuelve a empezar alarmándose ante nuevos síntomas, buscando hacerse más pruebas, etc. De este modo, se confirma que la norma de “debo estar seguro de que estoy sano en todo momento” es imposible de cumplir, porque la sensación de duda siempre va a estar y la falsa ilusión de control absoluto de estar sano, tras hacerse un reconocimiento, una prueba diagnóstica de imagen, etc., es cada vez más transitoria.

El tercer y último paso es analizar si la norma es adaptativa, con preguntas del tipo “¿cuáles son las consecuencias, las ventajas y desventajas, de sostener esa creencia?”, elaborando a continuación un listado con las ventajas e inconvenientes que tiene el mantener la norma. En este punto, la técnica es equivalente a la de análisis de costes-beneficios (Leahy, 2003). Como consecuencias negativas, suelen identificarse:

- El coste de estar siempre pendiente del autoobservarse, de buscar reasegurarse con las personas significativas, con los médicos, etc.
- El deterioro de las relaciones personales que puede acarrear esos comportamientos.
- El sentimiento de ineficacia personal al estar frecuentemente enredado en la preocupación por la enfermedad.
- El tiempo consumido pensando en la enfermedad y no disfrutando de otras actividades.
- El grado mayor de tolerancia a la incertidumbre que va desarrollando paradójicamente cuanto más quiere controlar la enfermedad.
- Las pruebas innecesarias y el riesgo a nuevas preocupaciones que estas en ocasiones generan.

¿Qué debe hacerse entonces? Una vez se ha llegado a la conclusión de que la norma es rígida, no es realista y no es adaptativa, se construye con el paciente una valoración alternativa ajustada a la realidad que lo ayude a aprender a tolerar la sensación de duda, ya que es el único modo en que el círculo de ansiedad puede romperse. Para ello, puede ser muy útil presentarle la posibilidad de un modo de pensamiento alternativo, como el siguiente, para que valore cómo cree que se sentiría si pudiera adoptarlo de modo habitual:

He de aceptar un nivel de duda razonable respecto a la enfermedad ya que es imposible tener la certeza continua de estar sano al 100% y cuanto más lo intento controlar, más dudo y más ansiedad me causa. Sentir cierto nivel de angustia ante cosas importantes como la salud es natural y debo intentar aprender a tolerarlo, de lo contrario lo único que consigo es ser cada vez más vulnerable a cualquier pensamiento de duda ante la enfermedad. Viviendo para confirmar que estoy sano lo único que consigo es una vida repleta de preocupación por la enfermedad con independencia de que esté sano o enfermo.

Robichaud y Dugas (2006), en el contexto del tratamiento de la ansiedad generalizada, proponen que para incrementar la tolerancia a la incertidumbre se lleve a cabo una exposición gradual a la incertidumbre asociada a comportamientos que el paciente realiza en su vida cotidiana. Esta intervención consiste en que el paciente describa y se centre en conductas cotidianas que realiza habitualmente y que suponen un cierto grado de incertidumbre, pero que no le ocasionan especialmente ansiedad y que, progresivamente, vaya modificando estas situaciones de modo que incremente elementos de la incertidumbre y riesgo.

Por ejemplo, entre estas conductas, podrían estar: reducir el grado de preparación de una entrevista de trabajo, hacer un viaje sin planificarlo todo, dejar a su hijo que conduzca el coche en un viaje largo, marcharse de casa sin poner la alarma, etc. Centrándose en el contexto de la enfermedad, estas conductas podrían ser: hacer un viaje sin revisar qué hospitales hay en la ciudad, tomarse un alimento caducado (no peligroso), dar la mano a una persona con gripe o hacer una excursión que requiera un esfuerzo físico no habitual.

5.2.2. Experimentos conductuales

Como se ha indicado al inicio de este módulo, los experimentos conductuales son, aplicados conjuntamente con la reestructuración cognitiva, un método muy eficaz y activo de poner a prueba las valoraciones disfuncionales de los síntomas, proporcionando información nueva que facilite que sean sustituidas por otras más adaptativas. De manera ideal, deben plantearse desde el inicio de este módulo de reestructuración cognitiva y mantenerse a lo largo del resto del tratamiento, siempre que sea posible. Esto es así porque una de las claves de estos experimentos conductuales, o de la comprobación empírica de hipótesis (Clark y Beck, 2012), reside en el cambio de creencias a partir de la experimentación directa del paciente en su realidad cotidiana y no solo a través de un intercambio verbal entre el paciente y el terapeuta.

Los experimentos conductuales fueron propuestos inicialmente dentro de la terapia cognitiva de la depresión (Beck *et al.* 1979). Su finalidad es que el paciente *experimente la realidad*, a partir de tareas estructuradas, diseñadas y planificadas conjuntamente entre el terapeuta y el paciente, de modo que disponga información directa y *experiencial* que apoye o contradiga sus valoraciones y creencias respecto a su amenaza y vulnerabilidad (Bennett-Levy, *et al.*, 2004). El diseño de los experimentos se realiza tomando como referencia la formulación cognitiva del problema a modo de hipótesis con la que el

paciente pueda experimentar, de forma directa, si esta se confirma o no.

La propia lógica de los principios del tratamiento cognitivo-conductual puede presentarse al paciente como un experimento conductual en sí mismo (Botella y Martínez, 1996; Silver *et al.* 2004), es decir, como una oportunidad para identificar y probar dos hipótesis: la hipótesis A, que el paciente está realmente enfermo, frente a la hipótesis B, que explica el problema como un trastorno de ansiedad extrema por la salud, según la cual lo que realmente sucede es que el paciente está preocupado por la enfermedad e, independientemente de si sus síntomas son causados por una enfermedad grave o no, la preocupación es un problema en sí mismo que puede mejorarse con una intervención psicológica (Salkovskis y Bass 1997).

La construcción de un experimento conductual está abierta a muchas posibilidades y a la imaginación de terapeuta y paciente. La única premisa imprescindible es que deben estar diseñados para generar la situación/experiencia que es útil que el paciente experimente como una alternativa más adaptativa a lo que habitualmente siente al enfrentarse a su problema de ansiedad por la enfermedad. Es decir, que permita reexperimentar las situaciones de modo que sirvan de prueba de que sus temores no se ven cumplidos.

Rauf *et al.* (2004) han analizado con precisión y exhaustivamente los aspectos a tener en cuenta a la hora de llevar a cabo un experimento conductual, que se resume en el [cuadro 5.7](#).

CUADRO 5.7. *Aspectos que han de tenerse en cuenta a la hora de programar un experimento conductual (a partir de Rauf et al., 2004)*

1. Debe tenerse claro el propósito y comprobar que el paciente lo entiende adecuadamente y se han abordado sus miedos y reservas
2. Deben especificarse las cogniciones que van a ponerse a prueba
3. Debe haberse elaborado una perspectiva alternativa a las cogniciones que van a someterse a prueba
4. Deben valorarse los objetivos y si se da el resultado esperado
5. Deben anticiparse los principales problemas e intentar resolverlos
6. Debe seleccionarse el tipo de experimento que mejor ponga a prueba la cognición a abordar (encuestas, experiencias directas, etc.)
7. El nivel de dificultad debe ser el adecuado: con cierto grado de desafío, pero asumible por el paciente

Bennett-Levy *et al.* (2004) recogen un amplio número de experimentos conductuales adaptados para diferentes trastornos y en ese mismo manual, Silver *et al.* (2004) dedican un capítulo a presentar experimentos para poner a prueba las creencias en la ansiedad por la salud. De entre las múltiples posibilidades de experimentos conductuales que pueden llevarse a cabo, a modo de ejemplo se describen a continuación tres que han resultado de gran utilidad en nuestra práctica clínica.

A) Experimento 1: vigilar continuamente los síntomas incrementa la ansiedad

Paula tiene 19 años y, desde hace dos años, presenta un intenso miedo a sufrir un infarto o un ictus que cree que pueden ocasionarle las parestesias en cara y brazo, la presión en el pecho y especialmente las extrasístoles que tiene cuando se encuentra ansiosa. Todo comenzó unas semanas antes de su 17 cumpleaños cuando falleció de infarto un profesor del instituto, y cuando otra profesora les explicó en clase qué se sentía antes de un infarto con la finalidad de que pudieran prevenirlo. El día de su cumpleaños notó que se le dormía el brazo y tuvo que ir a urgencias. Desde ese momento, va al médico 2-3 veces a la semana, ya que, además de las parestesias, comenzó a notar extrasístoles especialmente cuando va a acostarse (“temo dormir y morirme”), refiere saber que es ansiedad y que le pasa cuando está nerviosa o emocionada. Se toma el pulso durante varios minutos cuando está alterada para poder notar si le ocurre una extrasístole lo antes posible y así poder actuar rápidamente para “evitar que no me pase nada malo”.

CREENCIAS DISFUNCIONALES. “Tengo que vigilar las extrasístoles para actuar lo antes posible y evitar que me pase algo malo”.

PERSPECTIVA ALTERNATIVA. “Centrar la atención en las pulsaciones y la extrasístole no solo incrementa la ansiedad y la sensación de peligro, sino que puede provocar tener una extrasístole”.

PREDICCIÓN. “Si no presto atención a mi pulso, si me pasa algo será tarde y no podré evitar las consecuencias”.

EXPERIMENTO. Se le solicitó un registro de las ocasiones en que notaba el corazón acelerado y la frecuencia con la que se controlaba el pulso. Después se le pidió que, durante una semana, en días alternos unos días hiciera su conducta de observación habitual y otros intentara no tomarse el pulso y anotase los efectos que eso tenía en su ansiedad.

RESULTADOS. Al principio, le costó mucho dejar de vigilar su pulso, porque sentía que se estaba poniendo en peligro, pero, después de varios intentos, fue logrando no hacerlo y comprobó que eso no solo no incrementaba su preocupación, sino que comenzó a sentirse menos alerta respecto a sus extrasístoles, que estar ocurrían con menos frecuencia y los episodios de ansiedad eran más cortos en el tiempo. Experimentó cómo controlar el síntoma tenía el efecto inverso del que deseaba: incrementaba las extrasístoles.

DIFICULTADES. Es importante tener en cuenta que no todos los días los episodios de ansiedad van a ser iguales y que en ocasiones realizar el experimento de dejar de observarse puede coincidir con un día de mayor ansiedad lo que puede dificultar la tarea. Ese aspecto debe evaluarse y normalizarse en sesión.

B) Experimento 2: retrasar las visitas al médico de cabecera reduce la ansiedad

Andrea, de 31 años, es maestra con un trabajo eventual y actualmente opositora. Sus padres se han separado recientemente de forma muy conflictiva, lo que les está afectando a ella y a su hermana menor. Acude con mucha frecuencia a su médico de atención primaria (MAP) por temor a padecer una enfermedad grave (“sé que soy hipocondríaca”) quien, en los periodos de mayor demanda, le ha programado las visitas semanales o quincenales para controlar mejor la contención, atiende de forma afectuosa su demanda, prestando atención a sus quejas, pero normalizándolas en muchas ocasiones, evitando tratamientos farmacológicos innecesarios (“es partidario de los remedios de la abuela”) y pruebas diagnósticas que no sean pertinentes por la clínica presentada. La paciente ha sido derivada a psicología clínica. En la primera entrevista, se describe del siguiente modo:

Llevo una época muy angustiada, no tengo ganas de salir, con cualquier cosa me pongo a llorar, me falta el aire, llevo unos cuantos años que voy un montón al médico, con faringitis, mareo, flojedad, infección en la boca, no tengo fuerza, me angustio cuando estoy en sitios con gente. Me da por pensar, me afecta que la situación con mis padres esté así, aunque cuando me preguntan no le doy importancia y me lo guardo. Empecé a encontrarme peor por mi miedo a tener una enfermedad grave cuando murió mi abuela..., la familia pensamos que fue un error médico, lo que me hizo desconfiar mucho en los médicos, hasta que he dado con el Dr. Hugo quien sabe preocuparse por mí de verdad y me siento mucho más segura, porque sé que si tengo algo importante va a hacer todo lo posible.

A pesar de que el abordaje de su MAP era muy adecuado y un modelo de buenas prácticas, la paciente era consciente de que en muchas ocasiones acudía de un modo excesivo e inmediato al médico para tranquilizarse. Se trabajaron dos experimentos conductuales con Andrea, el primero similar al descrito en el experimento 1 respecto a la observación de su cuello y un pequeño bulto que a veces notaba y que lo atribuía a un cáncer y el segundo para trabajar el papel tranquilizador de acudir al MAP inmediatamente cuando notaba un síntoma. En una sesión, la paciente se encontraba con gastroenteritis que había consultado de urgencias donde le habían dado las pautas pertinentes. Pero deseaba ir a su MAP tras la urgencia porque no se encontraba bien. Se trabajó en consulta e identificó que el motivo de acudir no era directamente por el síntoma (“ya que sabía lo que era y qué tenía que hacer”), sino para sentirse más tranquila.

CREENCIA DISFUNCIONAL. “Necesito que mi médico me confirme que solo es gastroenteritis. Si no voy a verlo no voy a poder soportar la ansiedad”.

PERSPECTIVA ALTERNATIVA. “Porque vaya al médico no va a cambiar mi diagnóstico y que mejoren mis síntomas requiere unos días, únicamente me reducirá la ansiedad a corto plazo, pero no me ayudará con mi problema”.

EXPERIMENTO. Se le propuso que esperase unos días, como le habían dicho en urgencias antes de volver a pedir cita si persistían los síntomas.

RESULTADO. Tras esos días comenzó a mejorar como era esperable y la urgencia de ir al médico fue disminuyendo, por lo que su sentimiento de afrontamiento mejoró, comprobando que era capaz de resistir la búsqueda inmediata de tranquilización

médica.

VALORACIÓN. La paciente comprobó que acudir al médico inmediatamente que sentía un síntoma estaba contribuyendo a un círculo vicioso que reforzaba su ansiedad. También comprobó que, si esperaba, los síntomas solían desaparecer por sí mismos.

C) Experimento 3: encuestas de opinión (análisis de evidencias) a amistades o familiares

Este experimento es muy similar a la encuesta que se comentó con anterioridad sobre análisis de evidencias, pero en esta ocasión aplicada a terceros significativos del paciente. Se le pide que haga una pequeña entrevista-encuesta a sus familiares o amistades con quienes tenga una buena relación, preguntándoles qué pensarían en caso de tener un síntoma del tipo de los que más preocupan al paciente. Este experimento se le propuso a Rosario, la paciente que se ha presentado en este mismo capítulo. Se acuerda que va hacer la encuesta a su madre y a una de sus hermanas, así como las preguntas que va a formularles. Este fue el resultado:

1. *¿Qué pensarías si estuvieras muy cansada y con dolores?*

Madre: Pues, no sé, depende. ¿Es por el día o por la noche? Si fuera por el día, que no había dormido bien o que había dormido poco y, si fuera por de noche, pues... seguramente que había trabajado demasiado.

Hermana: ¡Uy! Pues mira, casi siempre estoy cansada, tantas horas de pie en la tienda... y luego en la casa, prepara cenas, almuerzos, limpiar... pues eso, pensaría que a ver cuándo llegan las vacaciones o el domingo, y descanso un poco...

2. *Imagínate ahora que te enteras de que una persona se ha muerto de leucemia, un cáncer de sangre, y que hasta que se lo diagnosticaron solo sentía que estaba muy cansada. ¿Qué pensarías ahora si tú también te sintieras muy cansada?*

Madre: ¡¡¡Ay, pobre!!! Si es que a veces la muerte no avisa, fíjate lo que le pasó a tu sobrino, a mi nieto. Pues seguramente seguiría pensando lo mismo de antes, a ver, mucha gente se cansa y no se muere de la leucemia esa...

Hermana: Pues pensaría lo mismo. Por qué me tiene que tocar a mí eso. Ya te he dicho que estoy siempre cansada y mira, aquí estoy, vivita y coleando.

Este sencillo y breve experimento fue muy útil para Rosario, fundamentalmente porque la ayudó a ser plenamente consciente de cómo el acto de estar preguntándose continuamente el porqué de su cansancio la llevaba a buscar respuestas que iban más allá de su experiencia cotidiana, ignorando así los datos que esa experiencia le brindaba y que le ofrecían una explicación más realista y ajustada a su realidad vital.

5.2.3. Eliminación de las conductas de seguridad y de reaseguro

Aunque el componente cognitivo es básico en la etiología del problema y las intervenciones cognitivas son una parte esencial del tratamiento, no lo son menos las intervenciones que directamente están diseñadas para eliminar las conductas de seguridad y la autoobservación, que impiden el procesamiento de la información no amenazante y mantienen la ansiedad a largo plazo. Para que el paciente pueda involucrarse en la eliminación de las conductas de reaseguro y evitaciones, es muy importante que comprenda y se identifique con la formulación cognitiva del problema que se presentó en las sesiones del módulo psicoeducativo. Sin una adecuada comprensión y adherencia al tratamiento, es muy difícil que pueda implicarse de forma consistente en la eliminación de esas conductas.

La eliminación de las conductas de seguridad tiene como punto de partida necesario su monitorización e identificación por parte del paciente. Para ello, aparte de los registros, puede ayudarse de listados de las conductas de seguridad más habituales, como las que se muestran en el [cuadro 5.8](#). Suele comentárseles, con sentido del humor, que, cuando se autoexploran, convierten sus manos en potentes *escáneres* que creen capaces de detectar con enorme precisión sutiles modificaciones en su cuerpo; y ellos mismos se convierten en expertos médicos capaces de interpretar y detectar esas alteraciones de modo absolutamente preciso y certero. Esta metáfora y la utilización del sentido del humor permite a los pacientes desarrollar un mayor *insight* de la disfuncionalidad de esa conducta de autoobservación.

La mayor parte de los autores coinciden en que estas conductas han de eliminarse lo antes posible, comenzando por aquellas que sean más accesibles y que el paciente se pueda comprometer a eliminar, dependiendo del momento en que se encuentre del proceso terapéutico. Cuando el tratamiento se desarrolla en grupo, el inicio de la eliminación de estas conductas suelen plantearse ya en la última sesión psicoeducativa, antes incluso de comenzar la reestructuración cognitiva, manteniendo esa tarea durante todo el proceso de tratamiento. Por experiencia, desde ese momento, varios componentes del grupo logran disminuir conductas como tomarse la temperatura, mirarse la lengua o palparse un bulto identificado en el cuello, que suele ir acompañado de una disminución del nivel de preocupación a los pocos días, lo que es una experiencia muy motivante tanto para quien la logra reducir como para el resto de los componentes del grupo. Uno de los principales aprendizajes que conlleva el comenzar a disminuir estas conductas es comprobar el número a menudo tan grande de conductas de autoobservación que realizan sin ser conscientes de ello. Este hecho, aunque se refleja durante el proceso de evaluación mediante los autorregistros, se pone más de manifiesto cuando el paciente intenta reducir o eliminar esas conductas.

CUADRO 5.8. *Principales conductas de escrutación del cuerpo y reaseguro*

<i>Síntomas o signos corporales temidos</i>	<i>Conductas de hipervigilancia y reaseguro</i>
Dolor (gastrointestinal, muscular, etc.)	Control de la intensidad del dolor. Control de la ubicación del dolor. Control de la duración del dolor.

Síntomas cardíacos	Tomar del pulso o la frecuencia cardíaca. Medir la presión sanguínea. Poner la mano sobre el corazón para comprobar si hay palpitaciones o extrasístoles, etc. Vigilancia del dolor torácico.
Bultos	Autoexamen frecuente de los senos. Autoexamen de ganglios y otros bultos identificados en el cuerpo.
Síntomas dermatológicos	Inspeccionar manchas en la piel. Examinar heridas para ver si se curan. Supervisar cambios en tamaño y color de lunares y pecas.
Síntomas pseudoneurológicos	Vigilancia de sensación mareo. Monitorización de las sensaciones de hormigueo o entumecimiento. Monitorización de las perturbaciones visuales
Fluidos corporales	Revisar las heces, la orina y la saliva en busca de rastros de sangre, cambio de color, cambio en cantidad o frecuencia.
Otros	Control de peso para comprobar la pérdida de peso.
Conductas de búsqueda de tranquilización	Preguntar a un familiar o amigo sobre los síntomas. Hacer que un familiar o amigo observe el síntoma. Ir a un médico de familia o especialista para preguntar acerca de los síntomas o enfermedad temida. Planificar acudir al médico. Revisar los síntomas en un artículo o libro médico. Buscar en internet información sobre los síntomas o la enfermedad temida. Comparar sus síntomas con los de otra persona.

Fuente: Adaptada de Fured *et al.*, 2006.

A la hora de elegir los comportamientos por los que comenzar, hay que contar con la valoración del paciente sobre cuáles se siente más motivado a eliminar, bien sea porque causan un nivel de ansiedad que se siente capaz de afrontar, porque es capaz de criticarlos al considerarlos innecesarios y contraproducentes o porque el grado de interferencia de la conducta le motiva especialmente a querer eliminarla. Pero también es importante tener en cuenta que resulta mucho más fácil comenzar con conductas observables y de control voluntario frente a las encubiertas o de carácter cognitivo o las que implican a terceros. En ocasiones, la eliminación de las conductas de autoobservación puede plantearse como un experimento conductual, en el que se pone a prueba la hipótesis de que el nivel de ansiedad y preocupación a medio plazo se ve incrementado cuanto más observa y autoexplora los síntomas, como se ha visto en el experimento conductual 1 anterior.

Los comportamientos deben eliminarse de forma sistemática pero progresiva, centrándose en uno o dos en el mismo momento. Aunque el objetivo es su eliminación total, resulta especialmente difícil si el nivel de ansiedad es muy elevado o si el

comportamiento está muy instaurado en el repertorio habitual del paciente. Cuando el paciente no está motivado o le resulta muy difícil eliminar las conductas, pueden utilizarse algunas estrategias que pueden facilitar su reducción, sin perder de vista que el objetivo final es su eliminación. Entre estas estrategias, por ejemplo, puede proponer posponerse o retrasarse el reaseguro y el chequeo a un momento posterior, concretando un momento del día en el que la conducta se llevará a cabo. Al reducir la inmediatez de la autoobservación, puede disminuir el deseo de hacerlo, lo que puede acompañarse de una disminución de la atención y, por tanto, de la ansiedad. Otro modo de eliminar las conductas de forma progresiva es acordar una graduación decreciente y progresiva de su *frecuencia*.

Aunque el objetivo es eliminar primero las conductas de seguridad para, más adelante, exponerse a las situaciones evitadas, se coincide con Fured *et al.* (2006) en que la eliminación de las conductas de seguridad y de búsqueda de tranquilización es un aspecto especialmente significativo en la mejoría del trastorno. Es importante que el paciente comprenda que esas conductas, contrariamente a lo que supone, no están relacionadas directamente con la enfermedad, sino con la ansiedad que causa la preocupación por la enfermedad. Es decir, a diferencia de conductas de salud recomendadas en procesos concretos de enfermedad por los médicos, como control de temperatura en procesos víricos, control de heces en procesos digestivos, etc., que tienen una función concreta en el cuidado de la salud, y su adecuado cumplimiento es una conducta correcta y deseable desde el punto de vista de los autocuidados de la salud, las autoobservaciones y búsquedas de tranquilización no son *conductas de enfermedad adecuadas* (Pilowsky, 1978), sino conductas guiadas por la emoción (Barlow *et al.* 2016), en este caso, de la ansiedad.

Es decir, que, aunque topográficamente pueden ser idénticas a las conductas adecuadas de enfermedad, su función, utilidad y motivo son bien diferentes: si en unas es el verdadero proceso de enfermedad y la indicación médica quien guía y motiva la conducta con el fin de facilitar una mejor adhesión al tratamiento, en las otras es la ansiedad y la preocupación por padecer una enfermedad que no existe lo que motiva la realización de las conductas. En las primeras, su efecto puede ser muy positivo respecto a una adecuada recuperación y una intervención médica eficaz; en las segundas, desde el punto de vista médico, no solo no son necesarias, sino que, en muchas ocasiones, pueden ser contraproducentes al motivar la realización de pruebas diagnósticas innecesarias, diagnósticos idiopáticos innecesarios o inespecíficos, además de empeorar la relación con los médicos e incluso poder hacer que estos bajen la guardia ante nuevos síntomas, propiciado por la etiquetación del paciente como *hipocondríaco* y, por consiguiente, como *mal paciente* considerando así sus demandas de atención sanitarias poco creíbles e innecesarias. Todo lo cual se suma a los efectos perniciosos de esas conductas para el mantenimiento de la ansiedad a medio y largo plazo, como se ha reiterado en varias ocasiones.

5.3. Módulo 3: exposición con prevención de respuesta

La exposición en vivo o en imaginación a las situaciones o a los estímulos temidos al tiempo que se impiden las conductas que la persona suele llevar a cabo para atenuar su malestar (es decir, la exposición con prevención de respuesta o EPR) es el procedimiento más conocido y característico de la parte conductual del tratamiento de cualquier trastorno de ansiedad. Como tal, está reconocido como necesario y eficaz en todas las guías de tratamiento psicológico cognitivo-conductual para la mayor parte de esos trastornos.

En la ansiedad por la salud, como ocurre en otros trastornos de ansiedad (Craske y Barlow, 2001), la evitación de situaciones que activan la amenaza es un problema habitual. Es común que los pacientes eviten situaciones y lugares que asocian con la activación de sus preocupaciones sobre la enfermedad o de sus síntomas y sensaciones, como, por ejemplo, acudir a centros sanitarios, participar en conversaciones sobre enfermedades o con conocidos que las padecen, ver en los medios de comunicación series, películas o programas relacionados con enfermedades, errores médicos, o sufrimiento, etc. No obstante, hay que recordar que, en la ansiedad por la salud, a diferencia de lo que sucede en otros trastornos de ansiedad, también se producen los comportamientos contrarios, es decir, los comportamientos de aproximación, como ir al médico, buscar información en internet, hablar de los propios síntomas o preocupaciones con otras personas, etc. De este modo, las mismas situaciones pueden ser evitadas para no activar el miedo a la enfermedad (como no ir a una revisión médica rutinaria), pero, cuando el miedo está activado, pueden buscarse activamente por el paciente con el fin de encontrar tranquilización (“voy al médico para que me confirme que este bulto no es nada”). En definitiva, del mismo modo que ocurre con el trastorno de pánico y la agorafobia, las situaciones no se evitan porque sean peligrosas en sí mismas, sino porque pueden activar la focalización en el propio cuerpo y los principales miedos que el paciente presenta: por ejemplo, sufrir un crisis de pánico que lleve a la muerte en el trastorno de pánico o, en el caso de la ansiedad por la salud, activar la preocupación por los síntomas físicos que se interpretan como indicadores de padecer una enfermedad grave.

La EPR, ya sea en imaginación o en vivo, implica siempre la exposición sistemática, repetida y prolongada de la persona a las situaciones que evitada por sus propiedades provocadoras de ansiedad. Por lo tanto, para ser efectiva, la exposición debe activar los esquemas del miedo al tiempo que debe proporcionar información que desmienta la amenaza. La exposición a las situaciones que provocan las preocupaciones o los síntomas en la hipocondría debe iniciarse, como norma general, en una fase avanzada del tratamiento, cuando ya han comenzado a ser tratados tanto el afrontamiento de las sensaciones de ansiedad mediante las técnicas cognitivas (reestructuración y experimentos conductuales), como la eliminación de las conductas de reaseguro y la exposición a los principales miedos del paciente: es decir, cuando este ya dispone de recursos para hacer frente a los pensamientos y síntomas que pueden desencadenar el

exponerse a esas situaciones ansiógenas.

No obstante, hay que precisar que, a diferencia de los síntomas agorafóbicos asociados al temor a sufrir una crisis de ansiedad, donde la exposición es una herramienta imprescindible, pues permite comprobar que la crisis de ansiedad que el paciente teme, o bien no sucede, o bien no tiene las consecuencias catastróficas esperadas, en el caso de la hipocondría la exposición a las situaciones que provocan las preocupaciones o los síntomas *no permite desactivar completamente el circuito de ansiedad*, porque no ofrece un modo de desconfirmar que los síntomas ocasionados, o el miedo a estar enfermo una vez activado, puedan ser desconfirmados por la mera exposición situacional. Además, la activación de las creencias de enfermedad mediante la exposición a las situaciones ansiógenas que se evitan puede ser, en sí misma, insuficiente para desactivar el programa de ansiedad puesto en marcha. El objetivo de la EPR en la hipocondría es, por lo tanto, provocar de manera activa mediante un relato claro y dirigido a tal fin, la preocupación sobre los síntomas de manera que se active la ansiedad asociada y el paciente pueda enfrentarse a ella sin hacer nada para que disminuya hasta que, por el proceso de habituación, vaya decreciendo hasta un nivel tolerable (recuérdese la [figura 5.1](#)). De todos modos, en aquellos pacientes en quienes coexisten síntomas de ansiedad por la salud y de pánico (lo que no es infrecuente), la EPR a las situaciones evitadas por miedo a que ocasionen síntomas con interpretación catastrófica (como sufrir un infarto) adquiere una mayor relevancia para el tratamiento y debería iniciarse al mismo tiempo que la EPR a las autoobservaciones y las conductas de seguridad.

En la aplicación de esta técnica para el tratamiento de la hipocondría, hay que diferenciar si su objetivo es exponer al paciente a las situaciones y contextos reales que evita o teme o, si lo que se busca es exponerle a los pensamientos intrusivos, las preocupaciones y las rumiaciones sobre los síntomas. En el primer caso, siempre que sea posible es preferible la exposición en vivo, mientras que, en el segundo, resulta más aconsejable la exposición en imaginación. Todo ello sin descartar que, en algunos pacientes concretos, sea necesario combinar ambos procedimientos.

Es importante señalar, además, que la EPR es una técnica aparentemente sencilla, pero reviste cierta complejidad para su adecuada implementación: de hecho, es relativamente frecuente que, si no se planifica, se explica, y se prepara adecuadamente, los pacientes la abandonen después de unas pocas sesiones o que, simplemente, no la lleven a cabo. Es imprescindible establecer juntamente con el paciente la graduación de las situaciones, explicar muy bien lo que se espera que haga, la finalidad de la técnica, a qué debe prestar atención y cómo debe monitorizarlo o supervisarlo, para poder llevar un registro adecuado de las exposiciones.

En definitiva, se trata de aplicar la técnica del modo más correcto posible pues, de no hacerlo, puede tener los efectos contrarios a los deseados, es decir que, en lugar de propiciar la habituación a la ansiedad, el paciente se sensibilice a ella (recuérdese la [figura 5.2](#)), con lo que podrían provocarse efectos iatrogénicos o, al menos, no deseados. En todo caso, como sucede con cualquier procedimiento terapéutico, si no se puede

aplicar de manera adecuada, es mejor no hacerlo.

5.3.1. Exposición a situaciones temidas y evitadas

El procedimiento es equivalente al seguido en la exposición a otras conductas de evitación en cualquier trastorno de ansiedad. En primer lugar, se identifican a partir de los registros y los cuestionarios de autoinforme el listado de situaciones evitadas. Una vez identificadas se gradúan en función de la intensidad de la evitación y el miedo que provocan, comenzando por aquellas que:

- a) Sean más motivadoras para el paciente.
- b) Puedan ser reproducibles.
- c) Que se valoren con un nivel de activación de la ansiedad que el paciente se sienta capaz de afrontar.

Entre los factores motivacionales pueden mencionarse la necesidad de hacerse un chequeo médico, el abordar la culpa de no asistir a un hospital a visitar un familiar o amigo enfermo, o el sentirse capaz de asistir a un funeral, o ver una película sobre enfermedades, hospitales, etc., con la pareja o amigos.

Una vez seleccionada la situación a afrontar, se describe con todo detalle en qué consiste la tarea, cuál es su finalidad (recordando lo expuesto en las sesiones psicoeducativas), cómo y cuándo se va a realizar, qué se espera que ocurra y cómo van a afrontarse los síntomas de ansiedad que se espera que aparezcan. Entre las estrategias que pueden utilizarse para afrontar la ansiedad durante la exposición, se considera especialmente relevante la intención paradójica en la que se pide al paciente que se centre en los síntomas de ansiedad con el fin de incrementarlos.

El procedimiento debe llevarse a cabo al menos durante 4-5 semanas, con una frecuencia de al menos 5 veces a la semana. La duración de las exposiciones variará según sean las características del estímulo o situación, pero debe ser lo más extensa posible en el tiempo para que se pueda producir la habituación a la ansiedad (recuérdese la [figura 5.1](#)). Para considerar efectiva la exposición sin que se lleven a cabo conductas de seguridad (o sea, la EPR propiamente dicha), al finalizar el ejercicio la ansiedad debe haber disminuido al menos un 25% en relación con la ansiedad máxima que se haya producido antes de, o durante, el ejercicio. Habitualmente, el propio paciente evalúa sus niveles de ansiedad mediante escalas (de 0 a 10 o de 0 a 100), cuyos puntos de anclaje se denominan *unidades subjetivas de ansiedad* (USA). Una vez se haya logrado que una situación provoque un nivel ínfimo de ansiedad, debe pasarse a la exposición a la siguiente situación planificada.

En la práctica clínica habitual, puede resultar difícil llevar a cabo las sesiones de EPR a situaciones en la consulta, ya sea en el contexto público o en el privado, por razones que van desde la imposibilidad de estimar de antemano el tiempo que un

paciente va a necesitar para realizar correctamente la EPR o la programación de las sesiones (con las dificultades que ello conlleva a la hora de planificar una agenda laboral tanto para el clínico como para el paciente) hasta las dificultades que puede tener el terapeuta (o el propio paciente) para desplazarse al lugar, situación o momento concreto donde se producen las evitaciones a las que debe exponerse en vivo. En estos casos, nada infrecuentes, se recurre a una o más de las soluciones siguientes:

1. Realizar las primeras sesiones de exposición en imaginación en la consulta y grabarlas (por ejemplo, en el teléfono móvil del paciente), para que el paciente pueda practicarlas cada día, con la periodicidad adecuada, hasta la siguiente consulta.
2. Citar al paciente en las horas finales de la jornada laboral, a fin de poder contar con tiempo suficiente para llevar a cabo la exposición.
3. Hacer la EPR en vivo en la propia consulta, en caso de dificultades para desplazarse físicamente al contexto o situación reales.
4. Contar con coterapeutas de apoyo bien entrenados, a ser posible personas muy cercanas al paciente (lógicamente, con el consentimiento de ambos) para hacer las exposiciones en vivo.
5. Una vez ensayadas varias sesiones de EPR en imaginación, pedirle al paciente que las repita por sí mismo (autoexposición) en situaciones o contextos reales.
6. Planificar las sesiones de autoexposición con el mayor detalle posible, para que sea el propio paciente quien las lleve a cabo en las situaciones o contextos acordados.

A continuación, se presenta un ejemplo de jerarquía de situaciones ansiógenas (cuadro 5.9) y dos registros de las autoexposiciones en vivo de Yolanda (cuadros 5.10 y 5.11), cuya problemática se describe en el experimento conductual 2. En la primera sesión de EPR, se planteó visitar a dos familiares enfermos (uno con cáncer) que estaba evitando, ya que se sentía culpable por su comportamiento y le motivaba realizarlo, pero como no le fue posible (por razones diferentes a su temor) aprovechó su motivación a enfrentarse a situaciones evitadas a otras diferentes: compartir vaso con otras personas y comer queso florecido que su madre le ofreció. Recuérdese que, como se describió en el experimento conductual de aplazar ir al médico, semanas antes había sufrido una gastroenteritis y ese temor estaba en primer plano en el momento en que se planificaron las sesiones.

CUADRO 5.9. Yolanda: jerarquía de situaciones evitadas relacionadas con la enfermedad

Describe situaciones que actualmente estás evitando por miedo a que te puedan generar pensamientos sobre enfermedades. Valora el grado en el que evitas cada una de las situaciones y el nivel de ansiedad que te causa según la siguiente escala y ordénalas de mayor a menor ansiedad. Piensa en qué aspectos de las diferentes situaciones pueden incrementar tu ansiedad y anota, si así lo consideras, situaciones similares pero que te

ocasionan diferente grado de ansiedad. Comienza anotando la que te produce mayor ansiedad y luego la que produce la menor. A continuación, completa la lista con todas las situaciones intermedias que puedas.

No evito			Dudo, pero rara vez evito			A veces evito			Normalmente evito			Siempre evito	
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10			
No ansiedad			Ansiedad leve			Ansiedad media			Ansiedad elevada			Ansiedad extrema	
Núm.	Descripción								Ansiedad (0-10)		Evitación (0-10)		
1	Contacto con personas enfermas								9		10		
2	Tomar medicamentos recetados								7		8		
3	Lugares pequeños (ascensores) llenos de gente								8		7		
4	Beber agua de vaso o en botella de otras personas								6		10		
5	Ver noticias de accidentes de tráfico								5		9		
6	Ver series de médicos como <i>Anatomía de Grey</i>								5		10		
7	Usar el aseo si alguien enfermo lo ha usado								9		10		
8	Respirar humo de un coche								5		6		
9	Tocar puertas de hospitales								7		7		
10	Tocar contenedores								4		3		
11	Sentarme en baños públicos								4		10		
12	Comer alimentos a punto de caducar (yogures) o queso florecido								8		9		

CUADRO 5.10. Yolanda: Registro núm. 1 de autoexposiciones

- Describe la situación a la que vas a exponerte:

Beber en el mismo vaso que dos amigas mías. Yo tenía un vaso con agua y L y M piden beber también y después vuelvo yo a beber.

ANTES DE EXPONERTE

2. Ansiedad anticipatoria (0-10): 6

3. ¿Qué es lo peor que puede pasar?

Que me contagien alguna enfermedad y tenga que medicarme.

4. Reevalúa tus pensamientos (piensa si estás sobreestimando, catastrofizando, infravalorando tu capacidad de afrontar) y analiza las pruebas de ese pensamiento y la probabilidad de que sea real):

Puede que esté catastrofizando porque otras veces lo he hecho y no ha pasado nada.

DURANTE LA EXPOSICIÓN

Duración: 2 min; Ansiedad (0-10). Inicio: 7; Máxima: 8; Al terminar: 5

5. ¿Cómo te has sentido?

Contenta por haber sido capaz de beber y darme cuenta de que era una tontería pensar eso. Pero también mal por pensar que mis amigas puedan pegarme algo, me hace pensar que soy mala amiga y mala persona.

6. ¿Qué conclusiones sacas de la situación?, ¿cómo hiciste frente a la ansiedad? ¿Y a las conductas de evitación?

– Que hay ciertas ansiedades que podría evitar si me relajase e intentara pensar desde fuera, es decir, ver cómo es realmente. Si ellas tuvieran algo contagioso lo hubieran dicho.

– Le hice frente pensando que no pasaba nada, que están sanas. Lanzándome al vaso, aunque no tenía mucha sed y solo probando un poco de agua.

– Luego volví a beber de un vaso de ellas y no tuve tanta ansiedad esta vez.

CUADRO 5.11. Yolanda: registro núm. 2 de autoexposiciones

1. Describe la situación a la que vas a exponerte:

Mi madre tiene una cuña de queso con cosas verdes y blancas (moho). Se lo quita con un cuchillo y me da un trozo.

ANTES DE EXPONERTE

2. Ansiedad anticipatoria (0-10): 7

3. ¿Qué es lo peor que puede pasar?

Que me dé gastroenteritis.

4. Reevalúa tus pensamientos (piensa si estás sobreestimando, catastrofizando, infravalorando tu capacidad de afrontar) y analiza las pruebas de ese pensamiento y la probabilidad de que sea real):

Igual estoy infravalorando la capacidad de mi organismo porque si fuera peligroso mi madre no me lo daría.

DURANTE LA EXPOSICIÓN

Duración: 4 min; Ansiedad (0-10). Inicio: 7; Máxima: 7; Al terminar: 3

5. ¿Cómo te has sentido?

Contenta por comérmelo, pero estúpida porque ellos han hecho muchas veces lo mismo y no pasa nada, avergonzada por haberme negado otras veces como un niño pequeño.

6. ¿Qué conclusiones sacas de la situación?, ¿cómo hiciste frente a la ansiedad? ¿Y a las conductas de evitación?

- *Que soy bastante exagerada y estoy un poco desinformada.*
 - *Escuchando lo que decía mi madre que no pasa nada y viendo cómo mi hermana comía también.*
 - *Cerrando los ojos y no pensando lo que había visto.*
-

Un momento importante en la aplicación de la EPR es la sesión inmediatamente posterior donde se revisan las dificultades, lo ocurrido, el procedimiento seguido para exponerse, se refuerza el esfuerzo y se programa cómo continuar. En el caso descrito, por ejemplo, fue muy importante valorar con la paciente que, a pesar de atreverse a afrontar situaciones que siempre había evitado desde que tenía el trastorno, se había centrado más en la emoción negativa (lo mal que se sentía por evitarlas en el pasado) y no tanto en su logro, lo que se abordó explícitamente.

También se pudo reforzar cómo en la tarea de beber agua del vaso de otras personas, al ser una situación de duración muy breve, fue muy positivo repetir la conducta, o cómo el cerrar los ojos al comer el queso, tenía un matiz evitativo a la vez que, paradójicamente, potenciaba su percepción del sabor *mohoso*, que no era el objetivo de la tarea.

5.3.2. Exposición a los pensamientos e imágenes intrusivos y a las preocupaciones y rumiaciones relacionadas con la enfermedad

De modo similar a lo que ocurre con los pacientes que padecen un trastorno de ansiedad generalizada (Borkovec *et al.*, 2004), es habitual que los pacientes con ansiedad con la salud se *enganchen* en una discusión interna respecto a sus miedos y preocupaciones, de modo que se sumergen en el proceso rumiativo de aproximación-evitación, o de pensamientos catastróficos alternados con racionalizaciones tranquilizadores que se instauran casi de un modo continuo. La finalidad de ese proceso de preocupación es la de resolver el problema de la amenaza o peligro futuro; en nuestro caso, de hacer frente a la hipotética enfermedad devastadora, pero sus consecuencias son las contrarias, generando un estado continuo de preocupación.

Para hacer frente a estas preocupaciones, resulta de utilidad el entrenamiento en exposición en imaginación a estos pensamientos e imágenes relacionados con la enfermedad, a la vez que se impide la activación de pensamientos tranquilizadores. Este procedimiento es prácticamente idéntico al denominado *técnica de descatastrofización* (Clark y Beck, 2012), y el modo de operar es básicamente el mismo que el de la exposición o autoexposición en vivo a las situaciones que se evitan.

No obstante, dadas las peculiaridades que conlleva en sí mismo el proceso mental de rumiación, es importante explicar al paciente el fundamento de la técnica y recordarle, como se explicó en la parte psicoeducativa, las consecuencias que tiene para él o ella sentirse atrapado en un proceso continuo de rumiación respecto a sus pensamientos sobre

padecer una enfermedad grave y sus consecuencias.

A continuación, se procede como en la EPR en vivo: identificar, a partir de los registros y los autoinformes, los síntomas y los pensamientos intrusos sobre los que versan las preocupaciones y las rumiaciones, además de las interpretaciones disfuncionales. Una vez identificados unos y otras, se gradúan en función de la intensidad de malestar que provocan, comenzando por aquellas que:

- a) Sean más motivadoras para el paciente.
- b) Puedan ser reproducibles en imaginación (habitualmente, que se puedan expresar verbalmente).
- c) Que se valoren con un nivel de activación de la ansiedad que el paciente se sienta capaz de afrontar.

Una vez seleccionados los síntomas, pensamientos intrusos, y valoraciones disfuncionales a los que exponerse, se describe con todo detalle en qué consiste la tarea, cuál es su finalidad (recordando lo expuesto en las sesiones psicoeducativas), cómo y cuándo se va a realizar, qué se espera que ocurra, y cómo van a afrontarse los síntomas de ansiedad que se espera que aparezcan.

En cuanto al modo concreto de operar, una vez seleccionado el síntoma o el pensamiento sobre el que se va a realizar la exposición, se pide al paciente que describa con todo lujo de detalle no solo el síntoma o el pensamiento, sino también cómo lo interpreta (disfuncionalmente), los miedos que le suscita, incluyendo las peores consecuencias que piensa que podrían ocurrir. Para facilitar la tarea, puede recurrirse a la técnica de flecha descendente, de manera que puedan evidenciarse los temores más profundos. Es importante asegurarse de que no se introducen argumentos tranquilizadores ni racionalizaciones, o comportamientos encubiertos de tranquilización. El relato puede decirse de viva voz o escribirse. Nosotros solemos grabarlo en un sistema de audio para facilitar que el paciente pueda repetirlo posteriormente en forma de autoexposición, ya que es exactamente eso lo que se le va a pedir: que hasta la próxima sesión dedique cada día entre 30 y 60 minutos a realizar la misma tarea en formato autoexposición 1. Para que sea efectiva, la tarea debe provocar un nivel de ansiedad elevado, y la ansiedad final debe haber disminuido en al menos un 25% para poder considerarse una exposición útil (del mismo modo que con la exposición en vivo).

Esta técnica puede ser muy aversiva para el paciente, lo que ocasionaría una inadecuada aplicación. Por ello, es muy importante la temporalización y preparación del paciente a la hora de aplicarla, dedicando al menos una primera sesión a realizarla en presencia del terapeuta. Suele introducirse a partir de la octava sesión, una vez que el paciente ya ha consolidado el trabajo de reestructuración cognitiva y de reducción de las conductas de seguridad.

A continuación, se describe un caso donde se aplicó esta técnica y el registro de esta en el [cuadro 5.12](#), que contiene también las indicaciones precisas para realizar la tarea. Aunque estas indicaciones hayan sido explicadas y puestas en práctica en la sesión

inicial con el terapeuta, es útil proporcionarlas también por escrito para que el paciente pueda, en su caso, avanzar con ella autoexponiéndose a nuevos síntomas o pensamientos.

- *Caso de Sofía*

De 50 años, es madre de 3 hijos. El mayor de ellos, de su primer matrimonio, tiene 32 años (la paciente quedó embarazada con 16), y los otros dos tienen 11 y 15 años. Trabaja de limpiadora en una residencia. Atendida en varias ocasiones en psicología clínica vuelve a pedir cita por una molestia en la garganta que atribuye a una enfermedad grave.

Refiere que lleva con esta sensación hace 2 años. Le han pautado Sertralina y Alprazolam y refiere menos rumiación, pero persiste la sensación y el temor a que sea una enfermedad grave. Está continuamente observándose y vigilando su síntoma, intenta arrancar mucosidad y piensa que su problema se relaciona con fumar, pero es incapaz de dejarlo. Refiere pruebas médicas con resultados negativos. Intenso miedo a morir. Reconoce factores estresantes en el inicio: se sentía desbordada por los hijos y el trabajo. Cuando comenzó el cuadro una hija pequeña se cayó y quedó inconsciente hasta el día siguiente. Se despertó espontáneamente y estuvo en observación 24 horas. Se recuperó bien y descartaron secuelas de traumatismo. Reconoce que siempre ha estado muy pendiente de ella. Durante su embarazo, la hija de una amiga de 12 años falleció de un cáncer y eso siempre le ha hecho pensar que a su hija podría pasarle algo malo de pequeña.

La paciente presenta también una historia de miedo a la muerte, a la oscuridad, y rasgos fóbicos, pero no antecedentes de episodios hipocondríacos agudos, recuerda que “mi madre nos obligaba a ver programas tipo *Más vale prevenir*”. Recuerda también que de niña la tenían que operar de anginas y tuvo que ver un programa sobre esa operación días previos, lo que recuerda con mucha angustia.

CUADRO 5.12. *Indicaciones para realizar la tarea de exposición a pensamientos e imágenes relacionados con la preocupación*

Escribe tu propia historia relacionada con la enfermedad que temes sufrir. Lo más importante es hacerlo lo más vívido y real posible. Escribe tu historia en tiempo presente o futuro, no en tiempo pasado, y en primera persona. Describe los síntomas corporales, la enfermedad que crees que los causa y los pensamientos que te preocupan. Describe de forma explícita y directa sobre lo que más te preocupa de la enfermedad, las consecuencias más devastadoras como: morir, sufrir, encontrarte indefensa, abandonar a tus seres queridos o cómo les puede afectar tu proceso de enfermedad.

Durante las próximas semanas, practica la exposición en imaginación a tus temores de enfermedad durante al menos 30-60 minutos cada día, escribiendo o leyendo, o incluso escuchando en una grabación la historia que hayas descrito. Es importante que te provoque ansiedad y que te implique emocionalmente en el contenido de la historia.

Lleva un registro de tu práctica y califica tu ansiedad al inicio de la exposición y al final. A medida que vas practicando, es esperable que los niveles de ansiedad comiencen en un nivel alto y luego disminuyan gradualmente a lo largo de cada sesión de práctica. No te preocupes si tu nivel de ansiedad no baja muy rápido

al principio, ya que lleva un tiempo que el proceso de exposición tenga su impacto.

Cuando compruebes que puedes imaginar tu historia con niveles moderados o bajos de ansiedad, escribe una nueva historia que contenga otros temores y que produzca un mayor nivel de ansiedad nuevamente.

Duración: 40 min

Ansiedad (0-10). Inicio: 7. Máxima: 10. Al terminar: 5

¿Cómo te has sentido?

Muy angustiada durante todo el tiempo, aunque es verdad que en algún momento me he dado cuenta de que lo que pensaba eran barbaridades.

Describe tu historia

Noto la mucosidad continua en mi garganta, todo el tiempo ahí, no desaparece, sé que si no es un cáncer ya, no dejar de fumar me lo va a provocar pronto. Los médicos dicen que no tengo nada, pero no puede ser, porque yo no dejo de arrancar y todo el rato tengo esa sensación de mocos y cuerpo extraño que a veces no me deja comer. Sé que es cáncer, tengo tan mala suerte que seguro que me quedo sin voz e inútil antes de morir y abandonar a mis hijos, en especial a Luis que tanto me necesita. Si no fuera nada, ¿por qué lo noto continuamente y a veces incluso escupo sangre?, ¿de dónde es esa sangre sino de un cáncer que me está consumiendo la garganta? ¿Qué van a hacer mis niños sin mí? ¿Cómo he podido traerlos al mundo para ahora abandonarlos tan pequeños? Qué injusto es todo y qué impotente me siento. No puedo soportar estar todo el día así para acabar al final moribunda en un hospital.

Se me revuelve todo el cuerpo solo de pensarlo, no puedo pensar en otra cosa, es horrible y no sé cómo voy a poder llevarlo si solo de pensarlo no puedo soportarlo, qué va a ser de mí cuando esto ocurra, cuando sepa que ya no hay escapatoria ¿Qué va ser de mis hijos sin mí?

No voy a poder perdonarme habérmelo provocado yo por no ser capaz de dejar de fumar, pero con tanto estrés y trabajo no soy capaz y además seguro que el estrés no ayuda y va a hacer que todo vaya más deprisa. Tengo que lograr hacerme más pruebas, pero para qué, si ya no habrá nada que hacer.

Fuente: Adaptada de Fured *et al.* (2006).

Algunos expertos (Botella y Martínez, 1997; Fured *et al.*, 2006), plantean combinar la autoexposición con la estrategia del retraso o demora en la inmersión en las preocupaciones, con una finalidad similar a la que planteamos en el experimento conductual 2. Este procedimiento se denomina *la hora de preocuparse* y se plantea como una tarea para casa entre sesiones. Se da la indicación al paciente de que, cuando sientan la necesidad o el impulso de centrarse en sus preocupaciones y rumiaciones, o cuando adviertan que lo están haciendo, lo intenten aplazar hasta un momento posterior del mismo día, en el que tendrán “todo el tiempo del mundo para centrarse en sus preocupaciones”. En nuestra experiencia, se trata de un procedimiento muy útil siempre y cuando el paciente haya ensayado y practicado previamente la exposición con el terapeuta, esté motivado a ponerla en práctica y comprenda bien el objetivo de la tarea.

5.4. Módulo 4: prevención de recaídas

Como en todo programa de tratamiento psicológico sistematizado, las últimas sesiones están destinadas a prevenir las recaídas. Suelen realizarse en dos sesiones quincenales, que tienen esencialmente tres objetivos:

1. Revisar las principales estrategias terapéuticas adquiridas y aclarar posibles dudas al respecto.
2. Revisar y hacer consciente al paciente de los avances durante el proceso de terapia y los factores terapéuticos que los han posibilitado.
3. Normalizar la aparición futura de nuevos episodios de preocupación y reforzar los recursos adquiridos para hacerles frente.

Como objetivos concretos de estas sesiones, se considera especialmente relevante resaltar los siguientes:

- a) Revisar el modelo explicativo de la ansiedad por la salud utilizando la información propia del paciente. Además, analizar, a partir de las experiencias recientes habidas durante la terapia, en qué medida la modificación de las valoraciones disfuncionales de los pensamientos relacionados con los síntomas, y la eliminación de las conductas de seguridad y de las evitaciones ha propiciado la reducción de la ansiedad. En este punto, es especialmente útil revisar los experimentos conductuales realizados y observar cómo la experimentación directa ha ido modificando los pensamientos y emociones sobre los síntomas físicos y, en general, sobre las situaciones relacionadas con enfermar.
- b) Recordar y revisar las principales creencias alternativas generadas, en contraposición a los pensamientos que desencadenaban los síntomas de ansiedad.
- c) Reforzar las actitudes de sobreaprendizaje, invitando a exponerse a situaciones que todavía se estén evitando.
- d) Normalizar la experiencia de tener síntomas físicos y preocuparse por ellos como un aspecto universal e inherente a nuestra condición de seres mortales y con predisposición inexorable a enfermar. Pero, a la vez, se recuerda que tener síntomas es una experiencia normal, frecuente y en la mayoría de las ocasiones los síntomas experimentados se relacionan con respuestas emocionales, alteraciones corporales benignas o enfermedades leves y transitorias.
- e) Revisar las pautas para hacer frente a la experimentación de nuevos síntomas físicos que generen atención o cierto grado de preocupación:
 - Valorar si se había experimentado previamente o no. En el caso de que sea un síntoma conocido, revisar la experiencia previa con el síntoma y a qué puede ser más probablemente atribuido.
 - Preguntarse si hay motivos objetivos para preocuparse, o si se está sobreestimando, catastrofizando o minimizando la capacidad de afrontamiento y la información de seguridad del entorno.
 - Antes de consultar con el médico, dar un tiempo de espera, en función de las características del síntoma, como la existencia de una posible explicación normalizadora o leve, de la intensidad o del sistema orgánico al que

corresponde. Consultar al entorno qué hacer ante esa experiencia. Este aspecto que podría semejarse a un reaseguro, en este caso se utiliza de forma similar a un experimento conductual: como una encuesta para valorar la atribución del síntoma.

- Antes de acudir al médico, responder a la pregunta: “¿Mi objetivo es tranquilizarme y reasegurarme de que no es nada, o por el contrario, hacer un diagnóstico de una experiencia de la que desconozco objetivamente su causa?”.
- f) Recordar que si a partir de una situación desencadenante, ya sea un síntoma o cualquier otra relacionada con la enfermedad, se ha iniciado un proceso de ansiedad por la salud que incluye activación de valoraciones disfuncionales respecto a los pensamientos automáticos relacionados con la enfermedad, autoobservación y conductas de reaseguro y búsqueda de tranquilización y evitación, deben utilizarse de forma sistemática las estrategias terapéuticas aprendidas, empezando por la monitorización, y la utilización de fichas de pensamientos alternativos desarrollados en el proceso de terapia para facilitar la reestructuración cognitiva. Controlando las conductas de autovigilancia y reaseguro, reactivando experimentos conductuales realizados previamente, en los que se comprobó, por ejemplo, que no observar ocasionaba a medio plazo disminución de ansiedad y disminución de la focalización en el síntoma.
- g) Identificar los estresores externos o emocionales que incrementan el afecto negativo, ya sea tristeza, ira, preocupación, indefensión, y pueden incrementar la vulnerabilidad a los episodios de ansiedad por la salud, que deben abordarse de forma directa.
- h) Revisar estrategias generales que pueden incrementar el bienestar emocional, como técnicas de incremento de reforzadores y conductas de autocuidado (Martell *et al.*, 2013), identificación de los pensamientos y regulación y aceptación de las emociones frente a las conductas de evitación emocional (Barlow *et al.* 2016, Hofmann, 2018), orientación a la resolución de problemas (Nezu *et al.*, 2014), etc.
- i) Abordar directamente el miedo y las emociones negativas relacionadas con la finalización de la terapia, reforzando el autoconcepto y la capacidad de afrontamiento personal.

5.5. Otras intervenciones y técnicas de utilidad

En los siguientes apartados se describen otras estrategias terapéuticas que aparecen en la literatura científica para tratar la hipocondría desde una perspectiva cognitivo-conductual. Aunque es importante conocerlas y, en ocasiones, pueden ser de utilidad, no se han incluido en el programa de tratamiento por diferentes motivos que irán

reseñándose.

5.5.1. Exposición interoceptiva

Es una estrategia diseñada para el tratamiento del trastorno de pánico (Barlow, 2001) que consiste en realizar, en un contexto de seguridad, ejercicios físicos (como correr a pie parado, dar vueltas sobre sí mismo, subir y bajar escaleras o respirar de forma rápida de modo que se hiperventile), que provoquen síntomas y sensaciones similares a los característicos del pánico (hiperventilación, mareo e incremento de tasa cardíaca). Su finalidad es contrarrestar la tendencia de los pacientes a evitar esos síntomas y habituarse a su experiencia, comprobar las diferentes causas normalizadoras e inocuas que los pueden elicitar y comprobar que es la interpretación del síntoma y no el síntoma en sí lo que ocasiona la ansiedad. A pesar de que algunos autores (Fured *et al.*, 2006) incluyen esta técnica en su protocolo de tratamiento, parece que es relevante cuando el paciente presente síntomas comórbidos de trastorno de pánico o agorafobia, pero no debe utilizarse de forma sistemática en los pacientes que padecen ansiedad por la salud, si la formulación del caso no refleja que sea pertinente su uso.

Un enfoque que puede ser de utilidad en la aplicación de la exposición interoceptiva es el adaptado por Barlow *et al.* (2016) desde una perspectiva transdiagnóstica, con la finalidad de aumentar la conciencia de las experiencias físicas como componente básico de las experiencias emocionales y potenciar la tolerancia a las sensaciones físicas, además de ayudar a los pacientes a observar cómo pueden influir en pensamientos y conductas o, por el contrario, cómo pensamientos y conductas pueden incrementar las sensaciones.

5.5.2. Técnicas para el control de la atención y distractoras

Aunque la focalización en los síntomas juega un papel relevante en la respuesta de ansiedad y una de las demandas principales de los pacientes es *no prestar tanta atención a los síntomas* y a pesar de que en las primeras formulaciones de tratamiento de la ansiedad por la salud (Warwick y Salkovskis, 2001) se propone entrenar al paciente en técnicas de distracción y desfocalización en los síntomas, se considera que entrenar en estos procedimientos puede ser inadecuado porque contradice la formulación cognitiva del caso que se ha expuesto y pueden acabar convirtiéndose en un elemento más del repertorio de conductas de seguridad del paciente (Antony y Swinson, 2000; Craske y Barlow, 2001). Además, la focalización en los síntomas se trabaja de modo indirecto durante el programa de tratamiento al ir reduciendo paulatinamente el nivel de ansiedad mediante las técnicas psicoeducativas, cognitivas y conductuales descritas. No obstante, el terapeuta debe ser sensible y empático, especialmente en las primeras fases de la terapia, a los intentos de distracción y evitación del paciente ante la intensa angustia y sensación de desesperanza e indefensión que le causa su hipervigilancia involuntaria

hacia los síntomas físicos y su deseo de dejar de atenderlos y escapar de ellos, como una respuesta, *a priori*, lógica y natural. Especialmente la psicoeducación y los experimentos conductuales pueden ayudar a comprender que la distracción es una herramienta paradójicamente ineficaz para dejar de prestar atención a los síntomas a medio y largo plazo.

No obstante, en algunos casos, puede ser útil la distracción activa como un modo de disminuir la focalización en los síntomas. Fured *et al.* (2006) proponen dirigir de manera consciente la atención a los aspectos del entorno (describiendo al máximo detalle posible los objetos, su utilidad, ubicación, forma, etc.), desplazándola así de los síntomas y las preocupaciones. La lógica de esta tarea reside en dos aspectos: primero, que la capacidad de atender a algo de manera consciente y voluntaria es limitada (salvo que la persona esté muy entrenada, no puede atenderse de manera eficaz a dos conversaciones diferentes al mismo tiempo) y, por tanto, si se centra la atención en algo diferente a los síntomas, estos se harán menos presentes; segundo, centrar la atención en los síntomas incrementa la percepción de su intensidad. Por ello, centrarse en otros elementos del entorno hará que los síntomas se vuelvan menos intensos.

La finalidad no es ignorar los síntomas, sino reconocerlos y aceptarlos para enfocarse en otros aspectos más inmediatos de la situación, como en la conversación que se está manteniendo o en los sonidos, olores y colores del ambiente.

5.5.3. Conciencia plena

El entrenamiento en conciencia plena, definido dentro de la psicología occidental como un entrenamiento en atención voluntaria, sostenida y sin juzgar de una experiencia (Cayoun, 2013), ha comenzado a ser utilizada para el tratamiento de la ansiedad por la salud al igual que en muchos otros trastornos y problemas (Luberto, Magidson y Blashill, 2016).

A priori, la utilización de estas técnicas parece tener una fundamentación lógica en el problema de hipervigilancia en los síntomas de ansiedad por la salud, con el fin de poder aceptar esa experiencia sin iniciar una conducta de eliminación directa de las sensaciones y preocupaciones. No obstante, en el programa de tratamiento no se incluye porque se considera que no existe una evidencia suficiente de que sea un procedimiento que mejore los resultados del programa multicomponente basado en la formulación cognitiva del caso que se ha expuesto. Además, se considera que el entrenamiento en técnicas de conciencia plena, para poder tener algún grado de efectividad, debe ser sistemático, complejo e intenso, de al menos entre 8-12 sesiones (Cayoun, 2013, o Segal, *et al.*, 2015). Por ello, para un programa como el aquí presentado, que intenta ser no solo efectivo, sino eficiente y aplicable en varios contextos, incluido el del Sistema Nacional de Salud, prolongar un número elevado de sesiones para un procedimiento técnico de eficacia aún desconocida en la hipocondría, no parece justificado. No obstante, como muchos pacientes conocen la técnica y la practican o entrenan en otros contextos más

divulgativos, lúdicos o pseudosanitarios, se invita a que esa herramienta, al igual que cualquier otra que dispongan en su repertorio natural, la integren en el tratamiento. Con este fin, se les proporciona una pequeña explicación de la utilidad que se aprecia en la técnica, especialmente para que su uso no tenga una función distractora o de escape ante los pensamientos de preocupación, sino que sirva para aprender a tolerar y aceptar la experiencia sintomática adversa, en el sentido que esta es incluida en procedimientos cognitivos conductuales basados en *mindfulness* (Cayoun, 2013; Segal *et al.* 2015) o la terapia de aceptación y compromiso (Hayes *et al.*, 2014). Desde este punto de vista, las técnicas de *mindfulness desapegado* de Wells (2019), en las que *mindfulness* es entendido como el hecho de ser consciente de los eventos cognitivos y *desapego* hace referencia a distanciarse de cualquier compromiso de valorar o reaccionar ante el evento interno y a la observación distanciada del yo respecto a ese evento cognitivo, podrían resultar de utilidad en algunos casos.

5.6. Intervención con familiares o personas significativas

Al igual que en otros problemas emocionales, pero con especial significación en la ansiedad por la salud, psicoeducar a la familia o a personas significativas, es una parte importante del tratamiento. Las respuestas tranquilizadoras sobre la salud del paciente, que tan frecuentemente proporcionan los allegados, del tipo: “sabes que estás bien”, “eso no es nada”, “a mí también me pasa”, “no tienes por qué preocuparte”, “¿crees que si pensara que es algo malo no te diría que fueras al médico?”, juegan un papel relevante en el mantenimiento del problema, ya que reducen la intolerancia a la incertidumbre del paciente respecto a sus síntomas y la confianza en sus propios recursos de afrontamiento de forma eficiente y normalizadora.

En las entrevistas realizadas conjuntamente con la familia o personas significativas, se explica el modelo cognitivo-conductual del problema conjuntamente con la ayuda del propio paciente. Se debe informar de la involuntariedad de las conductas y de la dificultad para afrontar adecuadamente la ansiedad, debido a la elevada credibilidad que el paciente otorga a sus pensamientos y de la activación del programa de ansiedad, que ocasiona una amplificación de las sensaciones físicas y una serie de conductas de seguridad, iniciadas con la finalidad, *a priori*, de reducir la ansiedad, pero que terminan agravando y cronificando el problema.

Aunque el objetivo principal de la inclusión en el tratamiento de familiares y personas significativas es la reducción de las conductas de reaseguro, es también muy importante que esas personas puedan comprender el problema y empatizar con el sufrimiento y dificultad del paciente para hacer frente a sus comportamientos. En ocasiones, una mala comprensión de los objetivos por parte del familiar, o una retirada de apoyo, aunque sea bien intencionado, puede tener un efecto contraproducente, pudiendo agravar el conflicto o crear un sentimiento de triangulación familiar/terapeuta frente a paciente que puede ahondar en el sentimiento de indefensión y desesperanza del

paciente respecto a su problema.

El objetivo no es que el familiar elimine de forma unilateral las conductas de reaseguro y tranquilización, sino que, a petición del paciente y en acuerdo terapéutico por ambas partes, pueda dar una respuesta diferente a la búsqueda de tranquilización. A la vez que aprenda a dar una respuesta ante la demanda de tranquilización, de un modo similar a esta:

Sabes que si te respondo a esa pregunta estoy tranquilizándote de forma inapropiada y aunque puedas sentirte mejor ahora, ya lo hemos comprobado en muchas ocasiones, eso acaba debilitándote y llevándote una y otra vez a preocuparte por los mismos síntomas. Sé que lo estás pasando muy mal, pero tal vez es la ocasión de que intentes poner en práctica los ejercicios que estás trabajando en terapia, ¿qué es lo que habéis hablado en terapia que deberías hacer cuando tienes la necesidad de decirme que te encuentras muy preocupado por tus síntomas?

¿Cuándo ver al familiar? Aparte de la utilidad que pueda tener una entrevista en las primeras fases de evaluación y diagnóstico, la primera entrevista con los familiares puede ser especialmente útil cuando el paciente se encuentra implicado y motivado para el tratamiento y se encuentre en disposición de reducir las conductas de seguridad y de búsqueda de tranquilización, lo que suele ocurrir a partir de la 6.^a o 7.^a sesión. Más adelante, puede realizarse una nueva consulta para obtener información sobre la evolución del paciente y revisar, en su caso, los objetivos. Obviamente, en el caso de que se pueda contar con el familiar como coterapeuta en sesiones de EPR en vivo, es necesario programar sesiones de trabajo conjunto específicas dirigidas a ese fin, tanto de cara a la preparación del familiar como a la revisión de las sesiones. Puede ser de utilidad la incorporación del familiar en las sesiones de prevención de recaídas. En el anexo 3 (www.sintesis.com) hay un modelo de información para familiares.

5.7. Orientaciones para el médico de atención primaria

Tradicionalmente, el encuentro entre el paciente hipocondríaco y su médico ha sido descrito como un grave desentendimiento (Barsky, 1991), lo que puede desembocar en un peregrinaje del paciente en búsqueda de una cura de su enfermedad por múltiples consultas médicas y complicar tanto la clínica del paciente como retrasar un adecuado abordaje de su trastorno de ansiedad.

Aunque el tratamiento que presentamos a lo largo del libro está destinado a psicólogos profesionales expertos en psicología clínica, parece pertinente revisar brevemente una serie de indicaciones del abordaje de los pacientes por los médicos de atención primaria, con quienes es importante coordinarse durante el proceso de tratamiento y, si es posible, mantener una misma orientación terapéutica, ya que su intervención puede ser determinante en la evolución de la sintomatología, de modo que se pueda desarrollar un tratamiento integrado y no solo coordinado de un modo efectivo (Sanjuán, 2016).

Una primera pregunta que surge en este contexto es: ¿hay que hacer intervenciones tranquilizadoras por parte de los médicos? El DSM-IV indicaba en los criterios diagnósticos de la hipocondría que las creencias de enfermedad se mantenían “a pesar de las explicaciones tranquilizadoras de los médicos”. No obstante, Starcevic (1991, 2001) desarrolló una propuesta de intervención basada precisamente en el reaseguro por parte del médico y en la que recoge y analiza su planteamiento frente a la propuesta de que “el problema se mantiene no a pesar de, sino por el reaseguro” (Salkovkis y Warwick, 2001). Realmente la propuesta de reaseguro de Starcevic da un sentido al término muy diferente al que habitualmente se da a ese concepto desde el modelo cognitivo-conductual. De hecho, la entiende como “el proceso de proporcionar a un paciente información y explicación sobre la naturaleza benigna e inocua y el origen de sus síntomas y quejas, después de que se haya realizado un examen médico adecuado” (Starcevic, 2001: 293). Parte de los componentes de esta intervención son comunes a los que comentamos a continuación y, junto con las propuestas de Bass y Benjamin (1993), las resumimos en el [cuadro 5.13](#), ya que son las principales indicaciones reseñadas en la literatura para el manejo tanto del paciente hipocondríaco como del somatizador en AP.

CUADRO 5.13. *Principales indicaciones para el manejo del paciente hipocondríaco por parte del médico*

¿Cómo se debería proporcionar el reaseguro? (Starcevic, 1991, 2001)	Normas para el manejo del paciente hipocondríaco en atención primaria (Bass y Benjamin, 1993)
1. Realizarla por un único médico. 2. Examinar las pruebas médicas existentes. 3. Mostrar aceptación del paciente y su queja. 4. Programar visitas regulares. 5. Proporcionar información relevante y explicaciones respecto al posible origen y naturaleza de sus síntomas. 6. Fomentar la responsabilidad del paciente. 7. Cambiar el foco hacia los problemas subyacentes del paciente.	1. Proporcionar información clara sobre los hallazgos clínicos. 2. Planificación de tiempo. 3. Fijar una agenda. 4. Limitación de las investigaciones. 5. Decisión clara de las derivaciones a especialistas. 6. Evitar falsos diagnósticos. 7. Evitar tratar lo que el paciente no tiene. 8. Evitar modelo dualista. 9. Proporcionar una explicación de cómo los síntomas físicos pueden relacionarse con problemas psicológicos. 10. Identificación de señales psicológicas. 11. Honestidad. 12. Trabajo en equipo. 13. Ser consistente.

A partir de nuestra experiencia y de las propuestas recogidas en la literatura al respecto del abordaje por médicos de atención primaria (Bass y Benjamin, 1993, Kellner, 1986, 1992; Starcevic, 2001, 2014, Noyes, 2014), se considera que la intervención del médico de familia o de AP debe guiarse por los siguientes principios:

1. Aunque pueda ser algo evidente y manido, no por ello deja de ser menos cierto

que la base del abordaje del paciente hipocondríaco se encuentra en la relación terapéutica que establezca con su médico de referencia, que comúnmente es su médico de AP (Noyes, 2014, Lipsitt, 2001). La confianza en este por parte del paciente y la comprensión por parte del médico del problema del paciente desde un marco biopsicosocial, serán la clave en el tratamiento.

2. Debe realizarse una acogida genuina de la demanda y escucha empática de la preocupación y el malestar. Aunque pueda resultar evidente y una herramienta básica de cualquier principio de atención al paciente, este aspecto es especialmente relevante en los pacientes hipocondríacos. Es imprescindible que el paciente pueda sentir que su síntoma es atendido, legitimado y no tratado como algo que solo está en su cabeza. El médico tiene que entender que, aunque se descarte la existencia de una enfermedad física, el hecho de que esté en la cabeza es en sí mismo un problema que requiere atención y tratamiento.
3. Los síntomas deben ser atendidos y explorados adecuadamente. No obstante, hay que limitar la exploración a pruebas que puedan ser pertinentes y justificables y ofrecer una explicación clara y lo más comprensible posible de los resultados. Se debe explicar por qué no es necesario realizar pruebas, si es el caso, además de los riesgos que pueden conllevar, como por ejemplo, efectos secundarios que incrementen la sintomatología en lugar de reducirla y el riesgo de diagnósticos espurios que pueden complicar el abordaje del paciente.
4. Se debe intentar que el paciente acepte la idea de la incertidumbre de la medicina y su falibilidad y los riesgos para la salud mental y psicológica de la búsqueda de certezas. A este respecto el epígrafe del abordaje cognitivo de la intolerancia a la incertidumbre puede ser de utilidad.
5. El médico debe ofrecer una explicación comprobable y plausible de la naturaleza de los síntomas, que integre factores emocionales y somáticos. En muchas ocasiones, el *no le pasa nada* se convierte en un arma de doble filo, ya que no permite dar respuesta a la experiencia somática del paciente que, en muchos casos, necesita una explicación a lo que le está ocurriendo.
6. Algunas intervenciones concretas que pueden ser de utilidad:
 - a) Programar visitas de forma periódica para aquellos pacientes que demandan de forma frecuente.
 - b) Educar respecto a valorar aplazar la visita inmediata ante un síntoma, distinguiendo, como hemos acentuado previamente, entre visitas para diagnosticar o tratar un problema de enfermedad de aquellas que solo buscan la tranquilización.
 - c) Educar respecto a recursos de afrontamiento del malestar que pueden tener beneficios en el estado físico y mental global, como higiene del sueño, planificación de actividades gratificantes, programas de ejercicio físico, identificación y etiquetado de respuestas emocionales, etc.
 - d) No tener miedo a explicar al paciente que su problema no reside tanto en los

síntomas como en el malestar emocional que le causan, que es genuino y real, y para el que existe un tratamiento psicológico específico que ha demostrado su eficacia. La persona con hipocondría, a diferencia del somatizador, suele estar bastante dispuesto a admitir el origen emocional de su problema y, por lo tanto, a admitir sin demasiadas reservas su remisión a salud mental.

5.8. Cuándo debe ir al médico un paciente con hipocondría

La cuestión de cuándo una conducta de enfermedad es adecuada o no en un paciente hipocondríaco ante la presencia de un síntoma, conecta directamente con afrontar la decisión de cuándo debe un paciente hipocondríaco consultar con el médico. Sin duda, resulta difícil ofrecer pautas muy concretas, ya que ser hipocondríaco obviamente no exime a una persona de enfermar, ya sea con enfermedades transitorias más o menos graves como enfermedades graves o potencialmente mortales.

El primer aspecto que ha de tenerse en cuenta es si lo que se busca es la tranquilización y el reaseguro por parte del médico ante un síntoma del que se conoce razonablemente su origen o si el objetivo es conocer el diagnóstico y tratamiento de una sintomatología que puede relacionarse con una enfermedad. Para llegar a esa conclusión, puede ser de utilizar realizar un análisis de probabilidades del tipo doble columna, que ayuden a valorar lo más objetivamente posible otros posibles orígenes del síntoma.

Una recomendación habitual es aplazar la visita al médico un tiempo y no precipitarse ante el primer signo. Taylor y Amundsen (2004) proponen que el paciente espere dos semanas antes de acudir. Aunque ese criterio puede tenerse en mente, debe ser considerado de forma flexible en función del tipo de síntoma, su intensidad, y las experiencias previas respecto de este.

También es importante recordar que se debe evitar la focalización en el síntoma y las conductas de autoobservación, ya que pueden amplificar la percepción del síntoma y la preocupación. Es importante hablar abiertamente con el paciente acerca de la utilidad de observar frecuentemente un síntoma: por ejemplo, ante la presencia de heces en la sangre, cuya causa puede ser tener hemorroides, evaluar en qué medida esa observación es útil para mejorar la enfermedad, tiene utilidad clínica, busca una mejor comprensión del problema o se trata más de una observación excesiva con la finalidad de manejar la ansiedad que ocasiona el síntoma y por tanto que nada tiene que ver con el propio proceso de enfermedad. En todo caso, ante la presencia de un síntoma físico objetivable (como sangre en heces) o poco habitual en la historia hipocondríaca del paciente, es obligada su remisión al médico de atención primaria o al especialista correspondiente para que haga la valoración adecuada.

No obstante, por experiencia profesional, se observa que los pacientes suelen distinguir bien cuándo sus síntomas pertenecen al ámbito de la hipocondría y cuándo no. En todo caso, es importante que la decisión de remitir al paciente a su médico pueda ser conectada con las pautas generales de abordaje por los médicos de atención primaria que

se han comentado previamente.

Bibliografía seleccionada

Con el propósito de poner en aplicación unos principios ecológicos, económicos y prácticos, el listado completo y actualizado de las fuentes bibliográficas empleadas por los autores en este libro se encuentra disponible en la página web de la editorial: www.sintesis.com.

Las personas interesadas lo pueden descargar y usar a su discreción: conservar, imprimir, utilizar para sus trabajos, etc.

- AVIA, M. D. (2017). *La hipocondría*. Madrid, Alianza Editorial.
- BARLOW, D. H., FARCHIONE, T. J., FAIRHOLME, C. P., ELLARD, K. K., BOISSEAU, C. L., ALLEN, L. B., y EHRENREICH-MAY, J. (2016). *Protocolo unificado para el tratamiento transdiagnóstico de los trastornos emocionales*. Madrid, Alianza Editorial.
- BELLOCH, A., CABEDO, E., y RODRÍGUEZ, C. (2011). *TOC: obsesiones y compulsiones: tratamiento cognitivo*. Madrid, Alianza Editorial.
- BELLOCH, A., FERNÁNDEZ-ÁLVAREZ, H., y PASCUAL-VERA, B. (2019). *Guía de intervención en trastornos de la personalidad*. Madrid, Síntesis.
- BENNETT-LEVY, J. (2004). *Oxford Guide to Behavioural Experiments in Cognitive Therapy*. Nueva York, Oxford University Press.
- CLARK, D. A., y BECK, A. T. (2012). *Terapia cognitiva para trastornos de ansiedad*. Bilbao, Descleé de Brouwer.
- COOPER, K., GREGORY, J. D., WALKER, I., LAMBE, S., y SALKOVSKIS, P. (2017). "Cognitive Behavior Therapy for Health Anxiety: A systematic review and meta-analysis". *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 45, 110-123.
- FONTENELLE, L. F., y YÜCEL, M. (eds.). *A Transdiagnostic Approach to Obsessions, Compulsions and Related Phenomena*. Cambridge University Press.
- FURER, P., WALKER, J., R., y STEIN, M. B. (2007). *Treating Health Anxiety and Fear of Death: A Practitioner's Guide*. Springer Science & Business Media.
- LÓPEZ-SANTIAGO, J., y BELLOCH, A. (2012). "El laberinto de la somatización: se buscan salidas". *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 17, 151-172.
- NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH CARE AND EXCELLENCE (NICE) 123 (2011). *Common mental health problems: Identification and pathways to care*. Guidance NICE. Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg123>.

- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS)/World Health Organization (2018). *International Classification of Diseases*, 11th revision. Disponible en: <https://www.who.int/classifications/icd/en>.
- SALKOVSKIS, P. M., y RIMES, K. A. (1997). “El enfoque cognitivo-comportamental para la ansiedad por la salud (‘hipocondría’)”. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 2, 113-122.
- STARCEVIC, V., y LIPSITT, D. R. (eds.) (2001). *Hypochondriasis: Modern perspectives on an ancient malady*. Nueva York, Oxford University Press.
- STARCEVIC, V., y NOYES, R. (eds.). (2014). *Hypochondriasis and Health Anxiety: A Guide for Clinicians*. Oxford University Press.

Índice

Anteportada	2
Portada	5
Página de derechos de autor	6
Índice	7
Prólogo	11
1. Hipocondría: en qué consiste	14
1.1. Un poco de historia	14
1.2. Caracterización clínica de la hipocondría	17
1.3. La hipocondría en los sistemas de diagnóstico psiquiátrico	24
1.3.1. La hipocondría en el DSM	24
1.3.2. La Clasificación Internacional de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud	29
1.4. ¿Hipocondría o ansiedad por la salud?	32
1.5. ¿Creencia en la enfermedad o convicción de enfermedad?	33
1.6. Epidemiología	35
1.7. Curso y pronóstico	37
1.8. Comorbilidad	38
1.9. Diagnóstico diferencial	40
1.9.1. Enfermedades médicas	40
1.9.2. Trastornos del espectro de la esquizofrenia o psicóticos	41
1.9.3. Depresión	41
1.9.4. Trastorno de pánico	43
1.9.5. Trastorno obsesivo-compulsivo	44
1.9.6. Trastorno de ansiedad generalizada	45
1.9.7. Fobia a la enfermedad	45
1.9.8. Trastorno de síntomas somáticos	46
1.9.9. Trastornos de personalidad	48
2. Pautas para la evaluación y el diagnóstico	49
2.1. Evaluación de la hipocondría en el contexto clínico	49
2.1.1. Examen del estado mental	50
2.1.2. Diagnóstico diferencial: guía general	52
2.1.3. Pautas para la formulación clínica del problema	55

2.2. La relación con el paciente	63
2.2.1. Los pacientes sienten que no han recibido una explicación satisfactoria sobre sus síntomas	64
2.2.2. Los pacientes sienten que no han tenido la oportunidad de explicar sus problemas de manera adecuada	64
2.2.3. Insatisfacción con la actitud de los profesionales médicos	64
2.2.4. Insatisfacción por las diferencias entre la programación de evaluación y tratamiento que maneja el terapeuta y lo que espera el paciente	65
2.3. Instrumentos para la evaluación y diagnóstico de la hipocondría	65
2.3.1. Entrevistas diagnósticas estructuradas	66
2.3.2. Entrevistas semiestructuradas	67
2.3.3. Instrumentos de autoinforme	68
3. Causas de la hipocondría	77
3.1. Planteamientos psicodinámicos	77
3.1.1. La hipocondría como expresión de pulsiones biológicas	78
3.1.2. La hipocondría como mecanismo de defensa del yo	79
3.2. Planteamientos psicosociales	79
3.2.1. Rol de enfermo y conducta anormal de enfermedad	79
3.2.2. Hipocondría como un modo de comunicación interpersonal	82
3.3. Planteamientos cognitivos	82
3.3.1. Alteraciones en los procesos de atención y percepción de síntomas y signos corporales	83
3.3.2. Alteraciones en los procesos cognitivos responsables de la elaboración de la información: memoria y pensamiento	88
3.3.3. Alteraciones en el comportamiento: conductas de seguridad y evitación	93
3.3.4. Alteraciones en los procesos emocionales y en la expresión de emociones	96
3.3.5. Personalidad	98
3.3.6. Modelos explicativos generales	99
4. Tratamiento cognitivo-conductual: principios generales	113
4.1. Estado actual del tratamiento de la ansiedad por la salud	113
4.2. La relación terapéutica con el paciente hipocondríaco	115
4.2.1. Validar la fenomenología de los síntomas	119
4.3. El formato del tratamiento	121
4.4. El procedimiento terapéutico: líneas generales	123
4.4.1. Metas del tratamiento	124
4.4.2. Objetivos y contenidos específicos del tratamiento	124

4.4.3. Monitorizar e identificar los episodios de ansiedad por la enfermedad: importancia de los registros	128
5. Tratamiento cognitivo-conductual: procedimientos y técnicas	132
5.1. Módulo 1: psicoeducación	132
5.1.1. El modelo cognitivo de la ansiedad por la salud	134
5.1.2. La naturaleza de la ansiedad	143
5.1.3. Normalización de los síntomas físicos y las sensaciones corporales	145
5.2. Módulo 2: modificación de creencias disfuncionales y eliminación de conductas de seguridad	149
5.2.1. Reestructuración cognitiva	149
5.2.2. Experimentos conductuales	174
5.2.3. Eliminación de las conductas de seguridad y de reaseguro	178
5.3. Módulo 3: exposición con prevención de respuesta	182
5.3.1. Exposición a situaciones temidas y evitadas	184
5.3.2. Exposición a los pensamientos e imágenes intrusivos y a las preocupaciones y rumiaciones relacionadas con la enfermedad	188
5.4. Módulo 4: prevención de recaídas	191
5.5. Otras intervenciones y técnicas de utilidad	193
5.5.1. Exposición interoceptiva	194
5.5.2. Técnicas para el control de la atención y distractoras	194
5.5.3. Conciencia plena	195
5.6. Intervención con familiares o personas significativas	196
5.7. Orientaciones para el médico de atención primaria	197
5.8. Cuándo debe ir al médico un paciente con hipocondría	200
Bibliografía seleccionada	202