

## APLICACIÓN DE UN TRATAMIENTO COGNITIVO-CONDUCTUAL A UN CASO DE HIPOCONDRIA PRIMARIA

M<sup>a</sup> Pilar Martínez Narváez Cabeza de Vaca (\*)  
Cristina Botella Arbona (\*\*)

- (\*) Departament de Personalitat, Avaluació i Tractaments Psicològics.  
Facultat de Psicologia. UNIVERSITAT DE VALÈNCIA.
- (\*\*) Unitat Predepartamental de Psicologia. Facultat de Ciències Humanes i Socials.  
UNIVERSITAT JAUME I, CASTELLÓ.

### RESUMEN

*En este trabajo se describe la aplicación de un procedimiento terapéutico cognitivo-conductual a un caso de hipocondría primaria. El protocolo de tratamiento utilizado fue una adaptación del programa desarrollado por Salkovskis y Warwick (Salkovskis, 1989, 1991; Warwick, 1989; Warwick y Salkovskis, 1989, 1990), dirigido a modificar los supuestos disfuncionales acerca de la salud y la enfermedad, las interpretaciones catastróficas de las sensaciones corporales y las conductas problemáticas. La terapia se realizó en 10 sesiones de una hora de duración y con una periodicidad semanal. La paciente mejoró considerablemente, manteniéndose los logros conseguidos en los seguimientos realizados a los 2 y 6 meses.*

**Palabras claves:** HIPOCONDRIA, TRATAMIENTO COGNITIVO-CONDUCTUAL.

## SUMMARY

*In this paper the application of a cognitive-behavioural therapeutic procedure for a case of primary hypochondriasis is described. The treatment protocol used was an adaptation of the programme developed by Salkovskis and Warwick (Salkovskis, 1989, 1991; Warwick, 1989; Warwick and Salkovskis, 1989, 1990), directed to modify dysfunctional assumptions about health and disease, catastrophic interpretations of bodily sensations, and problematic behaviours. The therapy was realized in 10 weekly sessions each lasting one hour. The patient considerably improved and the achievements were maintained at 2 and 6 months follow-up.*

**Key words:** HYPOCHONDRIASIS, COGNITIVE-BEHAVIOURAL TREATMENT.

## INTRODUCCIÓN

Albergar la sospecha de que nuestro cuerpo "no funciona como debe" es algo que cualquiera de nosotros podría percibir como motivo de alarma. Efectivamente, la mayoría de las personas podemos tener alguna preocupación ocasional por la enfermedad que suele desvanecerse y remitir cuando el médico nos dice que no hay razón para inquietarse. En cambio, los hipocondríacos se preocupan por su salud de manera desproporcionada, lo que habitualmente les conduce a repetir consultas médicas y a someterse a múltiples exploraciones diagnósticas innecesarias con el fin de aliviar, aunque sólo sea de manera temporal, la angustia que experimentan.

La hipocondría es una condición clínica que suscita importantes controversias, especialmente en los ámbitos diagnóstico y terapéutico. Para el diagnóstico de la hipocondría se suelen utilizar los criterios del ICD-10 (WHO, 1992), DSM-III-R (APA, 1987) y, últimamente, DSM-IV (APA, 1994) (Tabla 1). A pesar de lo reciente de las últimas ediciones de estos sistemas nosológicos, y aunque representan avances significativos respecto a sus predecesoras,

todavía se detectan en ellas ciertos problemas conceptuales que requieren ser esclarecidos, tales como, por ejemplo, la distinción entre miedo y creencia de enfermedad y la definición de información tranquilizadora (*reassurance*).

**TABLA 1.- Criterios diagnósticos de la hipocondría según el ICD-10, el DSM-III-R y el DSM-IV**

#### ICD-10

- A. Creencia persistente de la presencia de al menos una enfermedad somática grave, que subyacen al síntoma o síntomas presentes, aún cuando exploraciones y exámenes repetidos no hayan conseguido encontrar una explicación somática adecuada para los mismos o una preocupación persistente sobre una deformidad supuesta.
- B. Negativa insistente a aceptar las explicaciones y las garantías reiteradas de médicos diferentes de que tras los síntomas no se esconde ninguna enfermedad o anormalidad somática.

#### DSM-III-R

- A. Preocupación, miedo o creencia de tener una enfermedad grave, a partir de la interpretación personal de signos o sensaciones físicas que se consideran pruebas de la enfermedad somática.
- B. La evaluación física apropiada no apoya el diagnóstico de ningún trastorno somático que pueda explicar los signos o sensaciones físicas o las interpretaciones injustificadas del individuo y, además, los síntomas de A no son síntomas propios de las crisis de angustia.
- C. El miedo de tener o la creencia de que ya se tiene una enfermedad persiste a pesar de las explicaciones médicas.
- D. La duración del trastorno es por lo menos de seis meses.
- E. La creencia de A no es de naturaleza delirante como en el trastorno delirante de tipo somático (es decir, la persona puede reconocer la posibilidad de que su miedo o su creencia de tener una enfermedad grave son infundados).

**DSM-IV**

- A. Preocupación debida al miedo a tener, o la idea de que uno tiene, una enfermedad grave que se basa en la mala interpretación que hace la persona de los síntomas corporales.
- B. La preocupación persiste a pesar de la evaluación y explicación médica apropiada.
- C. La creencia del criterio A no es de intensidad delirante (como en el Trastorno Delirante, Tipo Somático) y no se restringe a una preocupación circunscrita acerca de la apariencia (como en el Trastorno Dismórfico Corporal).
- D. La preocupación origina angustia o deterioro clínicamente significativo a nivel social, laboral, y otras áreas importantes de funcionamiento.
- E. La duración del trastorno es por lo menos de 6 meses.
- F. La preocupación no se explica mejor por un Trastorno de Ansiedad Generalizada, Trastorno Obsesivo-Compulsivo, Trastorno de Pánico, un Episodio Depresivo Mayor, Ansiedad de Separación, u otro Trastorno Somatoforme.

Especificar: con *insight pobre*: Si, la mayor parte del tiempo durante el episodio actual, la persona no reconoce que la preocupación por tener una enfermedad grave es excesiva o poco razonable.

El abordaje terapéutico de la hipocondría resulta igual o más problemático que su diagnóstico; de hecho, tradicionalmente se ha considerado que éste es un trastorno resistente, tanto al tratamiento médico como al psicológico. En cuanto a la farmacoterapia, se ha sugerido que la medicación antidepresiva es conveniente en los casos en que un trastorno depresivo subyace a la hipocondría (Ford y Parker, 1990); que en los pacientes con problemas hipocondríacos derivados de una situación estresante aguda (p. ej., convalecencia tras un infarto de miocardio) las benzodiazepinas pueden desempeñar un papel importante (Ford y Parker, 1990); y que la hipocondría monosintomática responde bien al pimizide (Kellner, 1985). Recientemente, algunos estudios han informado de resultados alentadores acerca del tratamiento de la hipocondría primaria con clomipramina (Kamlana y Gray, 1988), imipramina (Wesner y Noyes,

1991), y fluoxetina (Fallon, Liebowitz, Salman, Schneier, Jusino, Hollander y Klein, 1993); sin embargo, de momento no se dispone de datos concluyentes al respecto. La terapia electroconvulsiva y la psicocirugía también han sido recursos utilizados con pacientes hipocondríacos, dependiendo la eficacia de la primera de la existencia de depresión endógena (tipo melancólico), y restringiéndose la aplicación de la segunda a casos graves e intratables (Kellner, 1989).

En cuanto al tratamiento psicológico, y en particular a lo concerniente a los procedimientos incardinados dentro del marco de la modificación de conducta, algunos trabajos han informado de la eficacia de las técnicas conductuales para la eliminación de la fobia a la enfermedad, la creencia de enfermedad o las conductas hipocondríacas presentes en otras condiciones clínicas: desensibilización sistemática (Rifkin, 1968), detención de pensamiento y relajación (Kumar y Wilkinson, 1971), implosión e hipnosis (O'Donnell, 1978), refuerzo positivo (Mansdorf, 1981), relajación aplicada (Johansson y Öst, 1981), principio de Premack (Williamson, 1984), programa de exposición multifacético (Tearnan, Goetsch y Adams, 1985), prevención de respuesta (Salkovskis y Warwick, 1986), exposición *in vivo*, saciación, intención paradójica y prevención de respuesta (Warwick y Marks, 1988) y exposición en imaginación y/o *in vivo* y prevención de respuesta (Logsdail, Lovell, Warwick y Marks, 1991). Por otra parte, en los últimos años se han diseñado algunos programas cognitivo-conductuales para tratar la hipocondría y/o condiciones similares entre los que destacan el de Barsky, Geringer y Wool (1988), House (1989), Salkovskis y Warwick (Salkovskis, 1989, 1991; Warwick, 1989; Warwick y Salkovskis, 1989, 1990), Stern y Fernández (1991), Sharpe, Peveler y Mayou (1992) y Avia (1993). Aunque las expectativas que han suscitado estos programas son muy favorables, todavía no existe suficiente evidencia empírica sobre su eficacia terapéutica.

El propósito de este trabajo es describir el tratamiento de un caso de hipocondría primaria (criterios diagnósticos del DSM-III-R) utilizando un procedimiento terapéutico consistente en una versión adaptada y modificada del programa elaborado por Salkovskis y Warwick.

## HISTORIA CLÍNICA

La paciente es una mujer de 50 años, viuda y con tres hijos, de nivel socio-económico medio y que trabajaba como administrativa. En el momento en que acudió a consulta su preocupación estaba centrada en la sensación de opresión y tirantez localizada en la parte superior derecha del abdomen que en ocasiones venía acompañada de molestias en la espalda y los hombros y síntomas vegetativos (p. ej., sudoración), todo lo cual le hacía pensar que podía tener un cáncer de hígado. Las exploraciones y análisis clínicos a los que se había sometido no corroboraron sus sospechas de enfermedad, únicamente se le habían detectado problemas de aerofagia. La paciente estaba muy pendiente de cualquier molestia que sentía en su cuerpo; constantemente tocaba y presionaba la zona relacionada con sus síntomas para comprobar cómo evolucionaban; comentaba con frecuencia a su familia (varios de cuyos miembros son médicos), amigos y compañeros de trabajo más próximos sus dolencias y temores sobre su salud física; y, habitualmente, leía sobre las enfermedades cancerígenas en revistas y enciclopedias médicas para verificar su "autodiagnóstico". El problema le causaba mucha angustia, malestar y dificultades para concentrarse y conciliar el sueño; no obstante, no le impedía realizar sus actividades cotidianas.

El inicio del problema se sitúa hace aproximadamente 28 años, cuando, según informó la paciente, le detectaron a una cuñada suya una grave enfermedad que padeció durante algunos años. Desde ese momento comenzaron a surgir diversos episodios de gran preocupación por la salud ante síntomas de carácter benigno. Uno de ellos se produjo hace 17 años cuando empezó a sufrir dolores de espalda coincidiendo con un período vital de crisis (sus hijos habían crecido y ella no se sentía tan necesaria). Otro episodio se sitúa 12 años atrás, poco después de la muerte de un amigo debido a un cáncer de hígado, cuando, durante un período de estrés laboral (cambio de trabajo), comenzó a quejarse de molestias abdominales similares a las actuales. Más recientemente, y a partir de los fallecimientos de un hermano de una embolia cerebral y de su marido de un cáncer de pulmón hace 5 años, se ha intensificado

notablemente la ocurrencia de los episodios de preocupación por la salud. Por ejemplo, estuvo muy angustiada durante algún tiempo por una hernia que le salió en la ingle y que interpretó como señal de enfermedad grave, especialmente después de que una compañera de trabajo le hablara sobre el problema de ganglios de su hijo. La sintomatología física actual se inició hace 4 años, pero su preocupación por su posible carácter maligno se desencadenó hace 2 tras hacerse unos análisis de sangre que mostraron que tenía el nivel de transaminasas un poco elevado, sin que los reconocimientos y pruebas médicas posteriores detectaran ningún tipo de patología orgánica. El cuadro clínico se ha agudizado durante los últimos 6 meses coincidiendo con algunos acontecimientos estresantes (p. ej., incertidumbre acerca de su futuro laboral). La paciente había recibido tratamiento farmacológico (Idalprem) para el problema actual, pero abandonó su ingesta sistemática, de acuerdo con la pauta establecida por su psiquiatra, varias semanas antes de iniciar la terapia. No obstante, durante el desarrollo de la misma mantuvo, por decisión propia, el consumo ocasional de este fármaco. También tomaba, por prescripción facultativa, medicación para su problema de aerofagia. Asimismo, la paciente llevaba algún tiempo siendo atendida por un homeópata al que visitaba con una periodicidad mensual.

En la evaluación no se detectaron problemas adicionales en otras áreas de su vida.

## **EVALUACIÓN**

La evaluación se realizó, en líneas generales, atendiendo a las indicaciones de Salkovskis (1989) (Tabla 2).

De las tres sesiones en que se llevó a cabo el proceso de evaluación, las dos primeras se dedicaron a conocer en profundidad, mediante la información verbal proporcionada por la paciente, el problema motivo de consulta. Además, ésta se completó con una Anamnesis Clínica y un Cuestionario Biográfico, dos instrumentos de autoinforme a través de los cuales se obtuvo información que permitió tener una visión más amplia de la situación en la que se

encontraba la paciente al posibilitar la exploración de diferentes áreas de su vida. En la tercera sesión se recabaron datos utilizando diversos cuestionarios que también fueron cumplimentados después de concluido el tratamiento (14ª sesión) y en los seguimientos realizados dos y seis meses después (15ª y 16ª sesión, respectivamente). Además, como puede verse en la Tabla 3, algunos instrumentos se aplicaron semanalmente y otros sólo en los momentos de evaluación previamente establecidos.

**TABLA 2.- Resumen de las principales áreas de evaluación (Salkovskis, 1989)**

#### **ENTREVISTA**

Actitud del paciente ante el hecho de haber sido remitido al psicólogo y respecto al problema.

Detalles del problema: cognitivo, fisiológico, conductual, afectivo; historia de tratamientos anteriores.

Qué cosas hacen que el problema empeore y qué cosas que mejore.

Grado de handicap: social/laboral/ocio.

Creencias acerca del origen, causa y curso de la enfermedad.

Creencias generales sobre la naturaleza y significado de los síntomas.

#### **AUTO-OBSERVACIÓN**

Registros del problema, pensamientos asociados, estado de ánimo, conductas, uso de medicación, consecuencias del problema.

#### **CUESTIONARIOS**

Ansiedad, depresión, cuestionarios específicos.

#### **MEDIDAS FISIOLÓGICAS**

Medidas criterio específicas en su caso.

Determinación de las variaciones percibida en la función corporal implicada.



**TABLA 3.- Cumplimentación de instrumentos en las diversas sesiones**

INSTRUMENTOS	SESIONES															
	Pre-tratamiento			Tratamiento										Post-trat.	Seguimient.	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
BDI			*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
STAI-E			*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
STAI-R			*											*	*	*
Hs (MMPI)			*											*	*	*
IAS			*											*	*	*
IBQ			*											*	*	*
S-6			*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
EA			*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
CEEA			*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
DIARIO(S)	*	*	*	*	*	*								*	*	*
DIARIO(A)							*	*	*	*	*	*				
HP								*	*	*	*	*				

NOTA:  
 DBI= Inventario de Depresión de Beck; STAI-E= Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (forma estado); STAI-R= Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (forma rasgo); Hs (MMPI)= Escala de Hipocondriasis del Inventario de Personalidad Multifásico de Minnesota; IAS= Escalas de Actitud hacia la Enfermedad; IBQ= Cuestionario de Conducta de Enfermedad; S-6= Escala de Marks; EA= Escala de Adaptación; CEEA= Cuestionario de Evaluación del Estado Actual; DIARIO (S)= Forma simple; DIARIO(A)= Forma ampliada; HP= "Hora de Preocuparse".

Los instrumentos administrados fueron los siguientes<sup>1</sup>:

*Inventario de Depresión de Beck (Beck's Depression Inventory, BDI; Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979)*. Consiste en 21 grupos de 4 enunciados que describen síntomas depresivos, de los cuales el sujeto tiene que elegir el que estime que define mejor sus sentimientos. La puntuación de los ítems oscila en un intervalo de 0 a 3.

*Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (State-Trait Anxiety Inventory, STAI, Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1970)*. Está compuesto por escalas separadas de autoevaluación que miden dos aspectos conceptuales distintos de la ansiedad, como estado (E) y como rasgo (R) (TEA, 1988). Tanto el STAI-E como el STAI-R constan de 20 ítems que son estimados en una escala de 0 ("nada" en el STAI-E; "casi nunca" en el STAI-R) a 3 ("mucho" en el STAI-E; "casi siempre" en el STAI-R).

*Escala de Hipocondriasis del Inventario de Personalidad Multifásico de Minnesota (Hypochondriasis Scale -Hs- of Minnesota Multiphasic Personality Inventory, MMPI; Hathaway y McKinley, 1967)*. Es una medida que posibilita evaluar la preocupación anormal por las propias funciones corporales (TEA, 1988). Está formada por 33 ítems a los que se responde según dos alternativas de respuesta ("verdadero" o "falso").

*Escalas de Actitud hacia la Enfermedad (Illness Attitude Scales, IAS; Kellner, 1987)<sup>2</sup>*. Miden la psicopatología vinculada a la hipocondría y a la conducta anormal de enfermedad (Kellner, 1987). Este instrumento comprende 27 enunciados divididos en 9 escalas de 3 ítems cada una: Preocupación por la Enfermedad (W), Preocupación por el Dolor (CP), Hábitos de Salud (HH), Creencias Hipocondríacas (HB), Tanatofobia (Th), Fobia a la Enfermedad (DP), Preocupación por el Cuerpo (BP), Experiencia de Tratamiento (TE) y Efectos de los Síntomas (ES). Cada ítem es estimado en una escala Lickert de 5 puntos que oscila entre 0 ("no") y 4 ("casi

---

<sup>1</sup> La paciente formó parte de un grupo experimental más amplio de pacientes hipocondríacos que cumplieron éstos y otros cuestionarios, así como algunas tareas experimentales.

<sup>2</sup> Se utilizó la versión adaptada al castellano realizada por P. Martínez, con permiso del autor original.

siempre"). Las IAS también incluyen dos enunciados adicionales, uno de ellos referido a si existe algún trastorno somático diagnosticado y, el otro, relativo a los tratamientos recibidos durante el último año.

*Cuestionario de Conducta de Enfermedad (Illness Behaviour Questionnaire, IBQ; Pilowsky y Spence, 1983)*<sup>3</sup>. Permite medir las actitudes que sugieren modos disfuncionales de responder al propio estado de salud (Pilowsky, 1971). Consta de 62 ítems de respuesta dicotómica ("sí" o "no") agrupados en 7 factores: Hipocondría General (GH), Convicción de Enfermedad (DC), Percepción Psicológica vs Somática de Enfermedad (P/S), Inhibición Afectiva (AI), Perturbación Afectiva (AD), Negación (D), e Irritabilidad (I). El IBQ también contiene un índice (Índice Whiteley) compuesto por 14 enunciados que permiten medir las actitudes hipocondríacas.

*Escala S-6 (Paciente) (Marks)*<sup>4</sup>. Permite que el paciente estime el grado de mejoría subjetiva desde la última visita (ítem 1) y desde que comenzó la terapia (ítem 2), a través de dos escalas que van de 1 ("muchísimo mejor") a 7 ("muchísimo peor").

*Escala de Adaptación (Echeburúa y Corral, 1987; en Borda y Echeburúa, 1991)*. Evalúa en intervalos comprendidos entre 0 ("nada") y 5 ("muchísimo"), el grado en que el problema está afectando a distintas áreas de la vida del paciente (laboral, social, ocio, pareja, familiar y global).

*Cuestionario de Evaluación del Estado Actua<sup>l</sup>*. Explora el estado actual del problema a partir de una serie de preguntas a las que el paciente tiene que contestar de acuerdo con una escala que se extiende desde 0 ("nada") hasta 100 ("muchísimo"). Las preguntas son las siguientes: 1) ¿se encuentra preocupado por su salud en general?; 2) ¿se encuentra preocupado por ciertos dolores y/o molestias físicas?; 3) ¿le asusta el que pueda tener alguna enfermedad física grave?; 4) ¿cree que padece alguna enfermedad física gra-

---

<sup>3</sup> Se utilizó la versión adaptada al castellano realizada por R. Ballester (Universitat Jaume I, Castelló).

<sup>4</sup> Se utilizó la versión adaptada al castellano realizada por C. Botella.

<sup>5</sup> Elaborado por C. Botella y P. Martínez.

ve?; 5) ¿ se observa (toca, mira, etc.) para ver qué nota o qué siente en su cuerpo?; 6) ¿lee (o se interesa por programas de televisión o radio) sobre enfermedades físicas graves?; 7) ¿comenta sus dolores y/o molestias físicas a familiares o amigos?; 8) ¿realiza conductas como guardar cama, ponerse el termómetro, tomarse el pulso, modificar su dieta alimenticia, tomar medicación, etc.?; y 9) ¿evita realizar actividades como salir de casa, participar en reuniones sociales, divertirse, hacer deporte, viajar, tener relaciones sexuales, etc.?<sup>6</sup>.

*Diario de Hipocondría (Forma Simple)*<sup>5</sup>. Permite realizar un autorregistro de los síntomas corporales molestos y de la estimación de la gravedad de éstos según una escala que va de 0 ("ausencia") a 5 ("intensos, incapacitantes -no me permiten hacer nada-"); la hora del día y situación que precede al momento en que se experimentan (qué estaba haciendo o pensando); las atribuciones sobre la causa que los origina y evaluación del grado de creencia en tales atribuciones de acuerdo con una escala de 0 ("no lo creo en absoluto") a 100 ("estoy completamente convencido de que es verdad"); las emociones que provocan y su intensidad puntuadas según un intervalo de 0 ("ausencia") a 100 ("extremadamente intensa"); y, finalmente, las consecuencias conductuales que desencadenan (qué hace o deja de hacer).

*Diario de Hipocondría (Forma Ampliada)*<sup>5</sup>. Versión ampliada del anterior que incluye las respuestas racionales (explicaciones alternativas y más adaptativas acerca del origen de los síntomas corporales experimentados) y evaluación del grado de creencia en las mismas en una escala de 0 ("no lo creo en absoluto") a 100 ("estoy completamente convencido de que es verdad"), así como la reestimación, en función de una escala de idénticas características, del grado de creencia en la interpretación negativa inicial.

*"Hora de Preocuparse"*<sup>5</sup>. Se trata de un cuadernillo compuesto por una serie de ejercicios. En uno de ellos se da a la persona la instrucción de que dedique una hora diaria a pensar y escribir acerca de aquello que le preocupa sobre sus síntomas físicos. Los restan-

---

<sup>6</sup>Los ítems 8 y 9 se formularon a partir de Avia (1993, pág. 121).

tes ejercicios están dirigidos a que reconsidere sus pensamientos negativos de enfermedad buscando explicaciones alternativas para sus síntomas (se utiliza un diagrama pastel) y a que analice si está sobrevalorando la probabilidad de padecer una enfermedad (se utiliza una pirámide invertida).

## TRATAMIENTO

El procedimiento terapéutico se aplicó a lo largo de 10 sesiones de aproximadamente una hora de duración cada una, con una periodicidad semanal. Teniendo en cuenta las sugerencias de Warwick (1989) y Warwick y Salkovskis (1990) el tratamiento estuvo encaminado a cubrir los siguientes objetivos:

- 1) Identificar las creencias desadaptativas y disfuncionales relativas a los síntomas físicos, la enfermedad y las conductas de salud y sustituirlas por otras más racionales y realistas;
- 2) Modificar las interpretaciones catastróficas de las sensaciones somáticas atribuyendo tales sensaciones a causas benignas más probables;
- 3) Eliminar las conductas problemáticas implicadas en el mantenimiento de la preocupación excesiva por la salud.

Se procuró, en todo momento, que la aplicación de las diversas técnicas de tratamiento dirigidas a lograr estos objetivos estuviese guiada por una serie de principios generales tal y como se presenta en la tabla 4.

La terapia se desarrolló en las fases que se describen a continuación.

### ***Primera fase: formulación del modelo y obtención del compromiso***

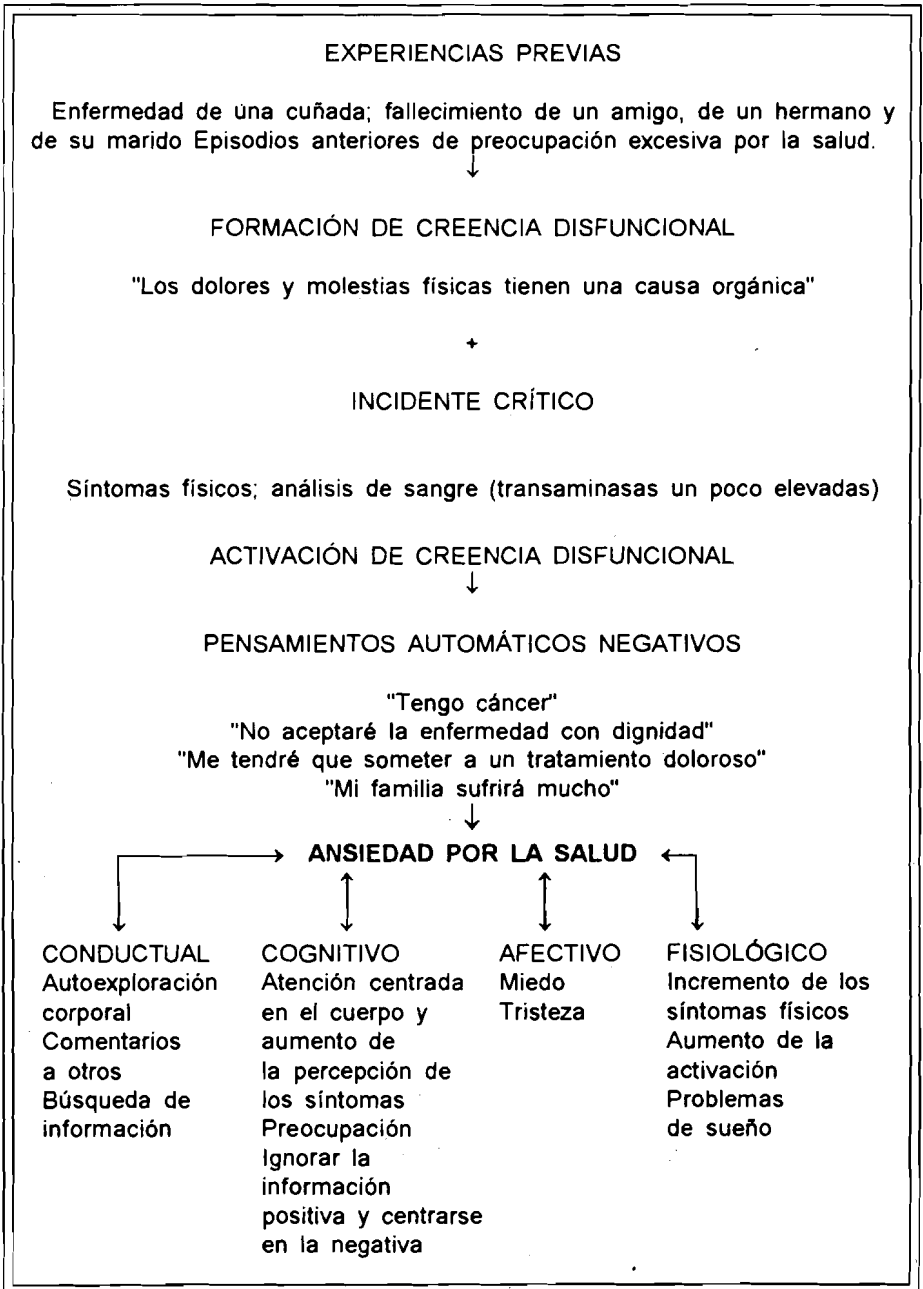
Se propuso a la paciente analizar su problema partiendo de una perspectiva distinta a la que hasta ese momento había mantenido. Así, frente a su consideración de que los síntomas se debían a un trastorno orgánico (explicación inicial), la terapeuta ofreció la posibilidad de abordar su situación como si se tratara de un problema de ansiedad (explicación alternativa).

**TABLA 4.- Principios generales del tratamiento cognitivo-conductual de los problemas somáticos relacionados con la ansiedad (Salkovskis, 1989; tomado de Salkovskis, 1991)**

1. El objetivo es ayudar al paciente a identificar en qué consiste el problema y no lo que no es.
2. Reconocer que los síntomas existen realmente y que el tratamiento aspira a ofrecer una explicación satisfactoria para los mismos.
3. Distinguir entre dar información relevante en oposición a reasegurar con información irrelevante o repetitiva.
4. Las sesiones de tratamiento no deberán ser nunca combativas; preguntar y colaborar con el paciente es el estilo adecuado como en todas las terapias cognitivas en general.
5. Las creencias del paciente están invariablemente basadas en una evidencia que es convincente para él; antes que desaprobando la creencia, descubra la observación que el paciente toma como evidencia y trabájela de forma colaborativa con el paciente.
6. Establezca un contrato por un período de tiempo limitado que cubra las exigencias del terapeuta mientras tenga en consideración los temores del paciente.
7. La atención selectiva y sugestionabilidad típica de muchos pacientes debe utilizarse para demostrar la forma en que la ansiedad puede dar lugar a la creación de síntomas e "información" a partir de hechos inocuos.
8. Lo que los pacientes hayan entendido de lo hablado en la sesión de tratamiento debe ser *siempre* comprobado pidiéndoles que hagan un resumen de ellos y de la forma en que les repercute.

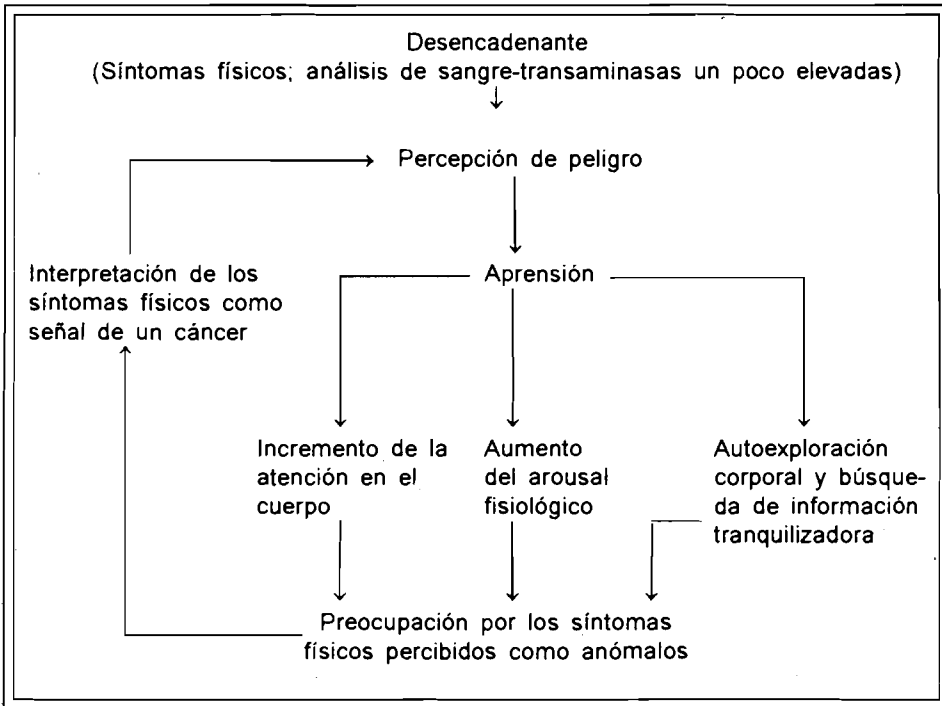
Para facilitar la comprensión de este nuevo enfoque se presentaron conceptos introductorios generales que fueron discutidos con la paciente y de los que se expusieron numerosos ejemplos, algunos hipotéticos y otros extraídos de su propia experiencia cotidiana. De este modo, la parte educativa de esta primera fase de tratamiento estuvo dedicada a informar sobre qué es la ansiedad, su valor adaptativo, las formas de manifestarse (fisiológica, cognitiva y con-

**FIGURA 1.- Análisis cognitivo-conductual del desarrollo del problema**



ductual), así como a analizar el vínculo existente entre pensamiento, emoción y conducta (se ilustró recurriendo, entre otros, al ejemplo utilizado por Beck et al., 1979, págs. 138 y 139). En relación con los síntomas físicos se proporcionó información acerca de cómo determinados factores pueden desencadenarlos (p. ej., diarrea debido a estar nervioso) o exacerbarlos (p. ej., efecto negativo para la curación de una herida de tocarla repetidamente).

**FIGURA 2.- Análisis cognitivo-conductual del mantenimiento del problema**



A continuación, se presentó el modelo cognitivo-conductual de la hipocondría a través de un ejemplo de "fobia cardíaca". A partir de un breve relato expuesto por la terapeuta y mediante las preguntas que ésta fue formulando a la paciente para que ella misma fuese generando la información, se elaboró un esquema explicativo



del caso descrito. La credibilidad dada por la paciente al análisis de este caso, permitió que aceptara de buen grado examinar si en su problema podía estar actuando un mecanismo similar. Paciente y terapeuta elaboraron conjuntamente sendas versiones de las Figuras<sup>7</sup> 1 y 2 que incluyeron los datos relevantes recogidos en la evaluación. Se pidió a la paciente que se llevara a casa las figuras, reflexionara sobre ellas y anotara las dudas, discrepancias o comentarios adicionales que quisiera plantear.

Posteriormente, se compararon las dos posibles explicaciones del problema (ansiedad vs enfermedad orgánica) en función de la lógica, utilidad y ventajas e inconvenientes de cada una de ellas. Llegado a este punto, el establecimiento del contrato terapéutico se planteó en términos de abordar su problema de acuerdo con el esquema explicativo estructurado durante un período temporal limitado (2 meses). Este enfoque alternativo se propuso como una hipótesis que debía ser verificada recabando la evidencia correspondiente. No obstante, la explicación inicial de la paciente no se descartó, únicamente se pospuso, ya que si el tratamiento psicológico no funcionaba, la paciente podría retomar el problema desde su planteamiento orgánico. Al final de esta fase se planteó como tarea para casa, que a partir de la versión de la Figura 2 reflexionara y respondiera a las siguientes preguntas: ¿por dónde cortaría el círculo de la ansiedad por la salud? y ¿qué debería hacer y no hacer para ayudarse a sí misma?

Esta primera fase se llevó a cabo a lo largo de las sesiones 4 y 5.

### ***Segunda fase: estrategias de intervención***

A partir de las respuestas de la paciente a las cuestiones anteriores se le explicó que el tratamiento iría encaminado a examinar cual de las dos posibles explicaciones se ajustaba más a la realidad. Para ello, se procedería a analizar todos aquellos elementos que estuvieran fomentando su preocupación excesiva por la salud y a enseñarle modos más adecuados de pensar acerca de sus síntomas corporales.

---

<sup>7</sup> Las figuras 1 y 2 son versiones adaptadas de los modelos de desarrollo y mantenimiento de la hipocondría de Warwick y Salkovskis (1990).

En primer lugar, el tratamiento se centró en explorar y discutir la influencia negativa de sus conductas en los síntomas y la preocupación por ellos. Se planteó si sería posible que puesto que la paciente tocaba y presionaba constantemente la zona de su cuerpo que le preocupaba, su propia conducta podía estar produciendo un aumento del dolor, provocando, además, que estuviera más pendiente de las molestias que sentía en su organismo. La paciente se dió cuenta fácilmente de este hecho ya que ella misma lo había comprobado en varias ocasiones. Tampoco hubo mucha dificultad en que por sí misma vislumbrara los efectos perniciosos de las frecuentes lecturas sobre el cáncer u otras enfermedades, dado que era consciente de que este tipo de lecturas le hacía pensar en si podía tener la enfermedad sobre la que se había informado, lo que habitualmente le conducía a leer más y más sobre ella y a iniciar exploraciones repetidas de su cuerpo. Las incesantes preguntas y comentarios a familiares (médicos y no médicos) y demás personas allegadas, se analizaron de forma análoga a la de las lecturas sobre enfermedades. La paciente concluyó que este modo de actuar realmente no le servía de gran ayuda, ya que, aunque al principio lograba sentirse un poco aliviada, después volvía a experimentar el impulso de quejarse y hablar de nuevo sobre sus molestias. También se analizó cómo su monotema de conversación (las enfermedades) hacía que en ocasiones llegara a ella información alarmante que se convertía en un nuevo motivo de preocupación.

A partir de la discusión de estas cuestiones se elaboró y acordó una lista de actividades que la paciente no podría realizar. Estas "autoprohibiciones" fueron las siguientes:

- 1) Realizar visitas innecesarias a médicos y repetir exploraciones clínicas;
- 2) Hablar de sus síntomas a familiares, amigos y compañeros de trabajo;
- 3) Informarse (lecturas, TV, radio) o conversar con otras personas sobre temas relacionados con enfermedades;
- 4) Observarse o tocar las zonas de su cuerpo objeto de sus preocupaciones.

La paciente tuvo ciertas dificultades para poner en práctica las pautas establecidas; de hecho, a lo largo de esta segunda fase

hubo varias ocasiones en que no respetó algunas de las "auto-prohibiciones" planteadas. En todos los casos, y siguiendo algunas de las indicaciones de Avia (1993), se le reforzaron los logros conseguidos; se le explicó que este era un comportamiento muy arraigado en ella y que necesitaría tiempo y práctica para aprender a actuar de otra manera más adecuada; se le recordaron las razones por las cuales no era conveniente que volviera a realizar las conductas prohibidas y se la animó a seguir trabajando en la línea propuesta.

Adicionalmente, se dió la siguiente pauta de actuación para sus familiares y demás personas implicadas en sus quejas: "cuando le hable de sus molestias físicas y de temas relacionados con la enfermedad, dígame con tono de voz neutro (ni agresivo ni suave) lo siguiente: 'no puedo contestar a tus comentarios'. Si insiste de nuevo, vuelva a repetir la frase anterior e intente hablar de otro tema. Repita la frase tantas veces como sea necesario".

El siguiente paso estuvo dirigido a lograr una atribución causal más benigna de los síntomas. Para ello, se comenzó recordando que, como ya se había planteado anteriormente, existían dos posibles explicaciones que podían dar cuenta del problema: las molestias físicas eran debidas a un cáncer (explicación inicial) vs las molestias físicas procedían de su aerofagia y su problema de ansiedad excesiva por su salud (explicación alternativa). Para someter a prueba las dos posibilidades se procedió a examinar la evidencia a favor y en contra de cada una de ellas. Como su creencia de enfermedad no se modificó de manera significativa analizando la información disponible, se propusieron diversos experimentos conductuales a modo de tareas para casa que permitieron recabar más datos que apoyaran la explicación alternativa. Así, por ejemplo, se llevó a cabo un entrenamiento en relajación muscular progresiva para verificar si sus molestias de espalda y hombros se debían a la ansiedad (tensión muscular) y se reducían cuando se relajaba. La mejoría que experimentó en la intensidad de sus síntomas físicos contribuyó a que progresivamente aumentara su confianza en la explicación alternativa. La discusión de las interpretaciones negativas de los síntomas prosiguió a través del análisis de la posibilidad de estar sobrevalorando la probabilidad de tener cáncer. El modo de cues-

tionar sus pensamientos catastróficos se completó indicando e ilustrando algunas otras reflexiones que debía proponerse a sí misma cuando comenzara a preocuparse: ¿me ayuda pensar en la posibilidad de que lo que temo pueda sucederme, o, por el contrario, hace que me angustie más?, ¿estoy olvidando datos importantes y centrándome demasiado en hechos irrelevantes?, ¿qué pensaría otra persona en mi situación?, etc. La práctica en el análisis racional de las interpretaciones negativas de los síntomas se realizó mediante la cumplimentación diaria de dos tareas para casa: el diario ampliado y el cuadernillo de la "hora de preocuparse".

Este último ejercicio ("hora de preocuparse") también permitió que se hiciera un trabajo continuado de exposición imaginada a la posibilidad de sufrir cáncer y morir. Para ello, se instó a la paciente a que realizase descripciones escritas, en términos detallados y dramáticos, del significado más pesimista que podrían tener los síntomas somáticos, las consecuencias que se derivarían para ella y para su familia del hecho de padecer el trastorno orgánico que teme, cómo sería el proceso de la enfermedad, su muerte, etc.

Finalmente, también se contempló en esta segunda fase el análisis de la importancia del papel de la autoatención en la percepción y amplificación de las sensaciones corporales. Con tal propósito, se realizó un experimento conductual que consistió en solicitar a la paciente que cerrase los ojos y se concentrase en los latidos de su corazón durante cinco minutos. La paciente pudo comprobar como, simplemente prestando atención a su corazón, podía detectar su pulso en varias partes de su cuerpo sin necesidad de tocarlas. Sin embargo, cuando con los ojos abiertos se le pidió que describiera algún objeto de la habitación, dejó de percibir los latidos de su corazón. Además, se presentó abundante material didáctico a modo de ejemplos (algunos de ellos tomados de Barsky et al., 1988) acerca de cómo el hecho de prestar atención al propio cuerpo podía amplificar las molestias físicas experimentadas, y de los efectos paliativos que produce en ellas la distracción. Una vez vista la importancia de la atención corporal, se entrenó a la paciente en diversas técnicas de distracción:

- 1) Centrarse en un objeto;
- 2) Conciencia sensorial;

- 3) Ejercicios mentales;
- 4) Actividades absorbentes;
- 5) Recuerdos y fantasías agradables.

Esta fase abarcó desde la 6ª hasta la 11ª sesión.

### ***Tercera fase: prevención de recaídas***

La 12ª y 13ª sesión estuvieron dedicadas a explorar el grado en que la paciente había aprendido e interiorizado los conceptos y técnicas esenciales del tratamiento y, de este modo, conocer su potencial proclividad a asignar un significado catastrófico a sus síntomas corporales actuales o futuros.

Básicamente, durante esta última fase se repasaron las cuestiones abordadas durante la terapia, se revisó su evolución a lo largo de ésta y se solicitó que expusiera su valoración personal de las mejorías que había experimentado y de las causas a las que las atribuía. También se evaluó el grado de creencia en las dos explicaciones del problema (inicial y alternativa) y se repasaron las respectivas evidencias a favor y en contra de cada una de ellas; se exploró su expectativa futura respecto a su preocupación por la salud; se enfatizó la posibilidad de aplicar lo aprendido en la terapia a otras molestias físicas que pudieran aparecer en futuras ocasiones y se subrayó la necesidad de seguir poniendo en práctica las técnicas aprendidas para mantener y aumentar las mejorías logradas. Para finalizar, se propuso a la paciente como tarea para casa, que respondiera por escrito a algunas preguntas (p. ej., ¿qué factores intervienen en el mantenimiento de su problema?, ¿cómo puede hacer frente a una futura preocupación desmesurada por su salud?), que se discutieron posteriormente.

## **RESULTADOS**

Para la estimación de la mejoría clínica que se había producido con el tratamiento, se transformaron en porcentajes las puntuaciones obtenidas en los instrumentos administrados en las sesiones

TABLA 5.- Resultados de los instrumentos en las diversas sesiones

INSTRUMENTOS	SESIONES														
	Pre-trat.	Tratamiento										Post-trat.	Seguimient.		Porcentaje Mejoria
		3	4	5	6	7	8	9	10	11	12		13	14	
BDI	24	13	12	17	13	16	13	16	12	12	9	7	3	3	87,50
STAI-E	38	27	46	46	29	42	45	25	29	25	30	31	25	24	36,84
STAI-R	32											43	25	32	00,00
Hs(MMPI)	13											14	12	10	23,07
W(IAS)	11											10	4	6	45,45
CP(IAS)	11											8	5	7	36,36
HH(IAS)	9											8	9	8	11,11
HB(IAS)	9											7	3	5	44,44
Th(IAS)	4											5	1	4	00,00
DP(IAS)	5											7	3	4	20,00
BP(IAS)	11											10	6	8	27,27
TE(IAS)	6											5	4	4	33,33
ES(IAS)	7											4	1	4	42,85
IAS	73											64	36	50	31,50
GH(IBQ)	9														
DC(IBQ)	6	5	2	1	83,33										
P/S(IBQ)	2	2	2	3	-50,00										
AI(IBQ)	5	5	4	4	20,00										
AD(IBQ)	5	5	4	5	00,00										
D(IBQ)	5	3	1	2	60,00										
I(IBQ)	3	2	5	4	-33,33										
WI(IBQ)	13	11	9	5	61,53										

**TABLA 5 (Continuación)**

INSTRUMENTOS	SESIONES															
	Pre-trat.	Tratamiento											Post-trat.	Seguimient.		Porcentaje Mejoría
		3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13		14	15	
IBQ	48												41	35	28	41,66
1(S-6)	5	4	5	5	3	3	4	4	4	3	3	3	3	1	2	
2(S-6)			5	5	3	3	3	3	3	3	3	2	2	1	1	
L(EA)	2	1	3	4	1	2	2	1	2	1	1	1	0	1	1	50,00
S(EA)	3	2	2	3	1	2	1	1	2	1	1	1	1	1	1	66,66
O(EA)	2	3	3	3	2	2	2	1	2	1	1	1	1	1	1	50,00
F(EA)	3	2	3	3	2	2	2	2	2	2	1	1	2	1	1	66,66
G(EA)	3	3	3	4	3	2	2	2	2	2	1	1	2	1	1	66,66
1(CEEA)	90	90	90	100	50	50	40	40	40	30	20	20	20	10	10	88,88
2(CEEA)	90	90	90	100	50	60	40	40	40	30	20	20	20	10	10	88,88
3(CEEA)	90	80	90	80	50	60	40	40	40	30	30	30	30	10	10	88,88
4(CEEA)	80	70	70	70	50	60	40	40	40	30	20	20	30	10	10	87,50
5(CEEA)	90	80	80	60	60	50	50	50	40	20	0	0	20	10	10	88,88
6(CEEA)	90	70	70	60	20	30	50	20	40	20	10	10	20	20	10	88,88
7(CEEA)	90	80	70	70	40	20	50	40	40	20	20	20	20	10	10	88,88
8(CEEA)	30	30	20	20	10	10	10	20	20	20	0	0	20	0	0	100,00
9(CEEA)	40	30	30	30	10	10	0	10	20	20	10	10	10	0	0	100,00

Nota:

BDI= Inventario de Depresión de Beck; STAI-E= Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (forma estado); STAI-R= Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (forma rasgo); Hs (MMPI)= Escala de Hipocondría del inventario de Personalidad Multifásico de Minnesota; IAS= Escalas de Actitud hacia la Enfer-

edad; W (IAS)= Escala de Preocupación por la Enfermedad de las IAS; CP (IAS)= Escala de Preocupación por el Dolor de las IAS; HH(IAS)= Escala de Hábitos de Salud de las IAS; HB(IAS)= Escala de Creencias Hipocondríacas de las IAS; Th(ias)= Escala de Tanatofobia de las IAS; DP(IAS)= Escala de Fobia a la Enfermedad de las IAS; BP(IAS)=Escala de Preocupación por el Cuerpo de las IAS; TE(IAS)= Escala de Experiencia de Tratamiento de las IAS; ES(IAS)= Escala de Efectos de los Síntomas de las IAS; IBQ= Cuestionario de Conducta de Enfermedad; GH(IBQ)= Factor de Hipocondría General del IBQ; DC (IBQ)= Factor de Convicción de Enfermedad del IBQ; P/S (IBQ)= Factor de Percepción Psicológica vs Soma'tica de Enfermedad del IBQ; AI(IBQ)= Factor de Inhibición Afectiva del IBQ; AD(IBQ)= Factor de Perturbación Afectiva del IBQ; D(IBQ)= Factor de Negación del IBQ; I(IBQ)= Factor de Irritabilidad del IBQ; WI(IBQ)= Índice Whiteley del IBQ; 1(S-6)= 1º Item de la Escala S-6; 2(S-6)= 2º Item de la Escala S-6; EA= Escala de Adaptación; L(EA)= Escala Laboral de la EA; S(EA)=Escala Social de la EA; O(EA)= Escala de Ocio de la EA, F(EA)=Escala Familiar de la EA, G(EA)= Escala Global de la EA; CEEA= Cuestionario de Evaluación del Estado Actual; 1(CEEA)= 1º Item del CEEA; 2(CEEA)= 2º Item del CEEA; 3(CEEA)= 3º Item del CEEA; 4(CEEA)= 4º Item del CEEA; 5(CEEA)= 5º Item del CEEA; 6(CEEA)= 6º Item del CEEA; 7(CEEA)= 7º Item del CEEA; 8(CEEA)= 8º Item del CEEA; 9(CEEA)= 9º Item del CEEA.



3ª (pre-tratamiento) y 16ª (2º seguimiento), y se calcularon las diferencias entre ellas. El grado de mejoría se definió, de acuerdo con Visser y Bouman (1992), del siguiente modo:

Muy mejorado: reducción de la puntuación en un porcentaje mayor o igual al 70%.

Mejorado: reducción de la puntuación en un porcentaje comprendido entre el 31% y el 69%.

No mejorado: reducción de la puntuación en un porcentaje menor o igual al 30%.

Los resultados obtenidos en los diversos cuestionarios administrados a lo largo de los distintos momentos de evaluación se presentan en la Tabla 5.

En las Figuras 3, 4, 5, y 6 se muestran las representaciones gráficas correspondientes a la evolución de las puntuaciones en las Escalas de Actitud hacia la Enfermedad, el Cuestionario de Conducta de Enfermedad, la Escala de Adaptación (Global) y el Cuestionario de Evaluación del Estado Actual.

El grado de depresión ha experimentado una importante mejoría, descendiendo desde una posición próxima a la depresión moderada, según los datos obtenidos por Beck (Conde y Franch, 1984), hasta niveles normales. En la variable de ansiedad-estado se aprecia cierta reducción de la puntuación que se sitúa del centil 85 al 60. En cambio, no se observan variaciones en el grado de ansiedad-rasgo cuya puntuación se mantiene en el centil 75.

La puntuación en la Escala de Hipocondriasis del MMPI no se ha visto modificada de manera sensible. Este dato no resulta sorprendente si tenemos en cuenta que, como señalan Edelmann y Holdsworth (1993), esta escala mide la conciencia objetiva de las sensaciones somáticas y no las creencias y actitudes hipocondríacas.

En cuanto a las Escalas de Actitud hacia la Enfermedad se constatan mejorías en las Subescalas de Preocupación por la Enfermedad, Preocupación por el Dolor, Creencias Hipocondríacas, Experiencia de Tratamiento y Efectos de los Síntomas. Sin embargo, no se producen variaciones significativas en las Subescalas de Hábitos de Salud, Tanatofobia, Fobia a la Enfermedad y Preocupación por el Cuerpo. El mantenimiento de la evitación de los hábitos de conducta no saludables y la atención focalizada en el propio cuerpo, no tienen por qué ser problemáticos, en la medida en que la paciente continúe analizando con lógica las posibles interpre-

taciones catastróficas que pueda realizar de sus sensaciones corporales. El hecho de que persistan el miedo a la muerte y a los estímulos relacionados con ella y el temor a poder sufrir una enfermedad grave, quizá sean debidos a que no se ha realizado una tarea de exposición suficientemente intensa y prolongada como para haber afectado a estos índices.

También se aprecian cambios positivos en las puntuaciones del Cuestionario de Conducta de Enfermedad. Concretamente, se ha producido mejoría en los Factores de Hipocondría General, Convicción de Enfermedad, Percepción Psicológica vs Somática de Enfermedad, Negación e Índice Whiteley, siendo considerablemente destacada la producida en el segundo de los factores citados. No se observa una disminución significativa en el nivel de Inhibición Afectiva y Perturbación Afectiva. Un efecto colateral negativo que parece haber provocado la terapia es el incremento del nivel de Irritabilidad.

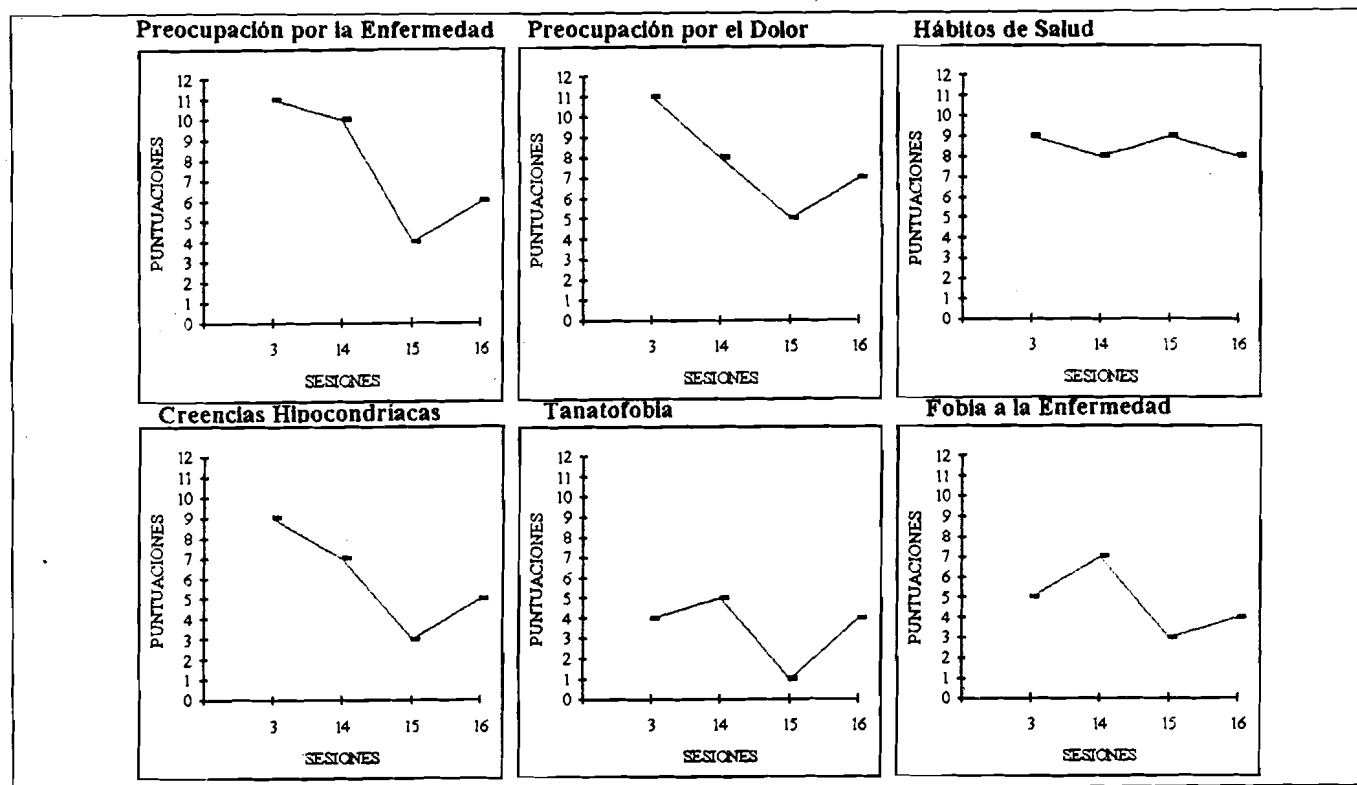
En relación a la interferencia que origina el problema en diversos ámbitos de la vida de la paciente, se aprecian mejorías en todas las áreas (laboral, social, ocio, familiar).

Finalmente, y en cuanto a las puntuaciones en el Cuestionario de Evaluación del Estado Actual, se detectan importantes mejorías tanto en los aspectos cognitivos (ítems 1, 2, 3 y 4) como conductuales (ítems 5, 6, 7, 8 y 9) del problema.

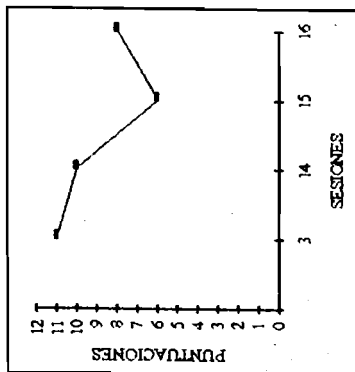
Los informes verbales proporcionados por la paciente ratificaron los cambios terapéuticos conseguidos. Aunque sus molestias abdominales aparecían eventualmente no se mostraba preocupada por posibles trastornos orgánicos graves ni exhibía sus antiguas conductas de autoexploración corporal y búsqueda de información tranquilizadora. Además, se observó que la paciente había generalizado lo aprendido con la terapia a otras situaciones. Según informó, procuraba analizar con lógica sus pensamientos negativos, tanto aquellos relativos a sensaciones corporales como los que habían surgido en los meses posteriores al tratamiento en relación con su trabajo o los estudios académicos de su hija menor.

La última evaluación del estado de la paciente se efectuó al cabo de un año de haber finalizado la terapia mediante un contacto telefónico a través del cual se confirmó que no se había producido ninguna recaída.

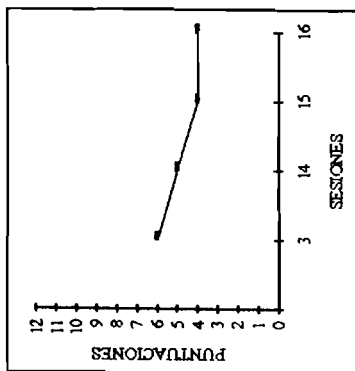
**FIGURA 3.- Evolución de las puntuaciones en las Escalas de Actitud hacia la Enfermedad en las diversas sesiones**



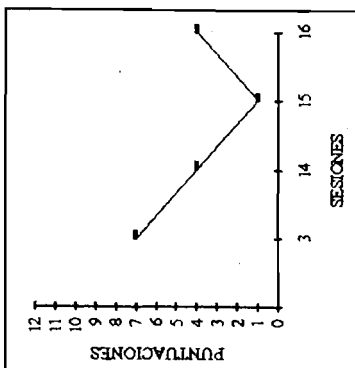
## Preocupación por el Cuerpo



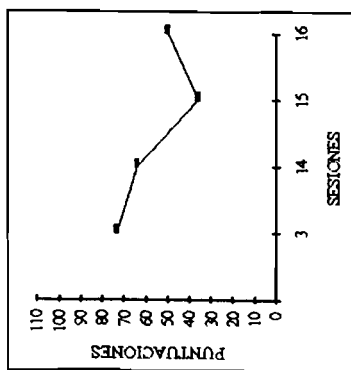
## Experiencia de Tratamiento



## Efectos de los Sintomas



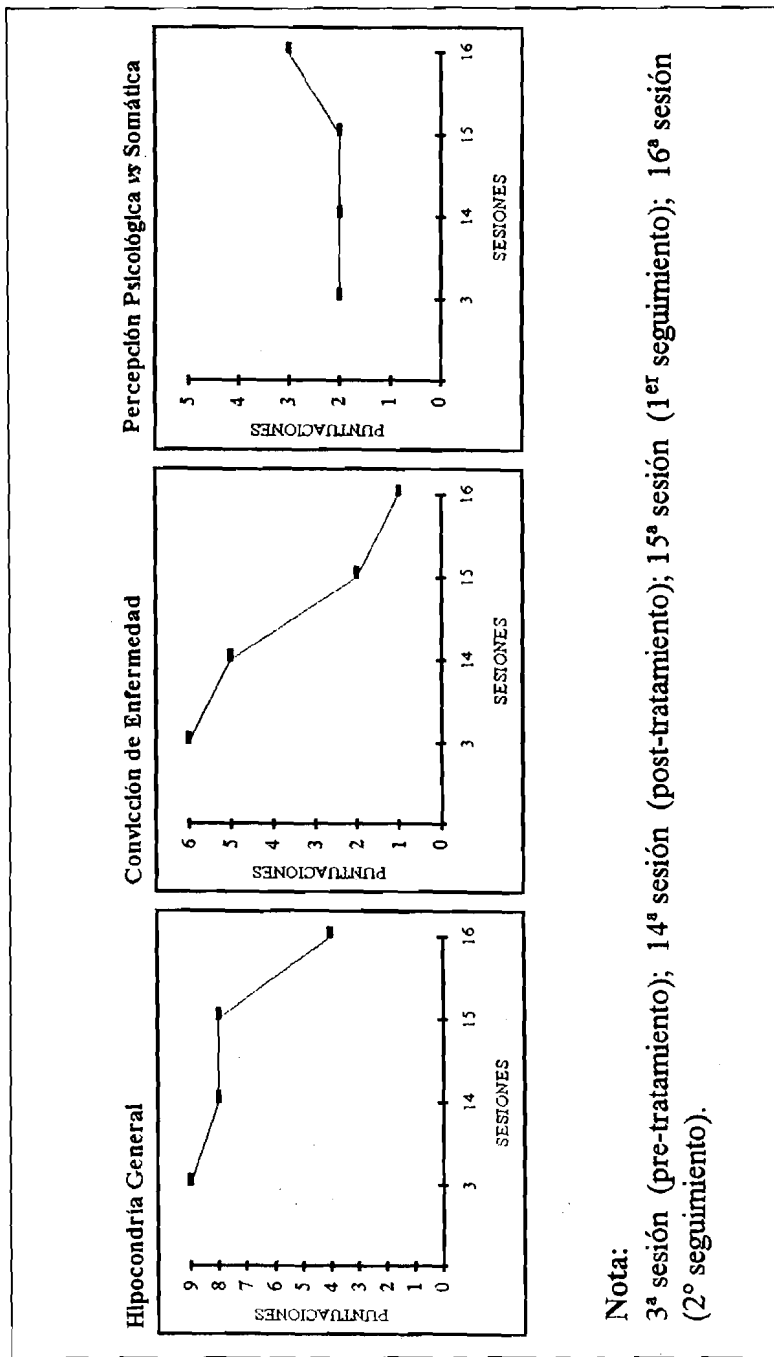
## Total



## Nota:

3ª sesión (pre-tratamiento); 14ª sesión (post-tratamiento); 15ª sesión (1er seguimiento);  
16ª sesión (2º seguimiento).

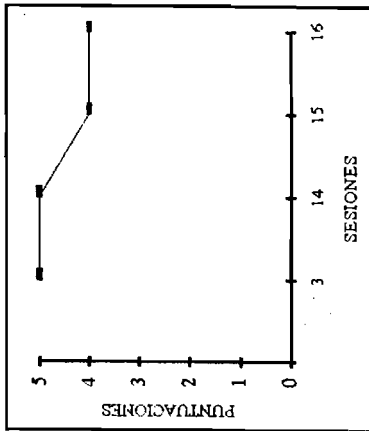
**FIGURA 4.- Evolución de las puntuaciones en el Cuestionario de Conducta de Enfermedad en las diversas sesiones**



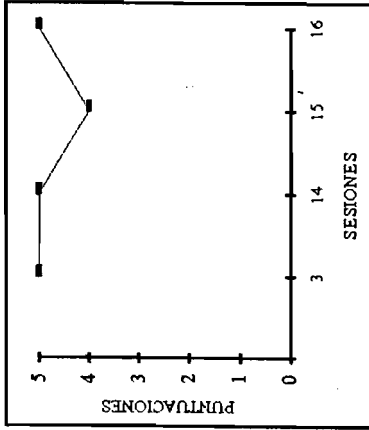
**Nota:**

3ª sesión (pre-tratamiento); 14ª sesión (post-tratamiento); 15ª sesión (1º seguimiento); 16ª sesión (2º seguimiento).

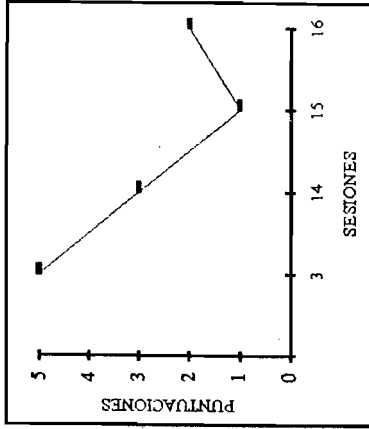
Inhibición Afectiva



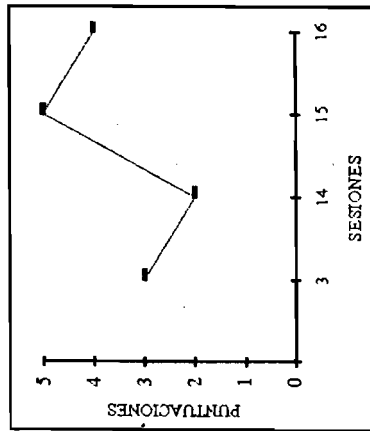
Perturbación Afectiva



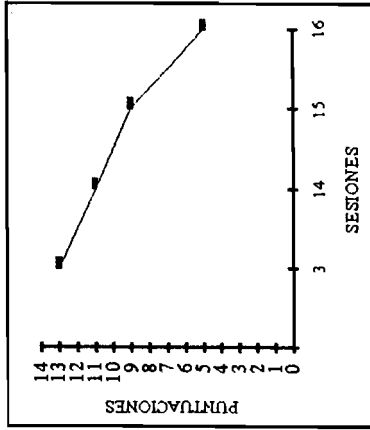
Negación



Irritabilidad



Índice Whiteley



Total

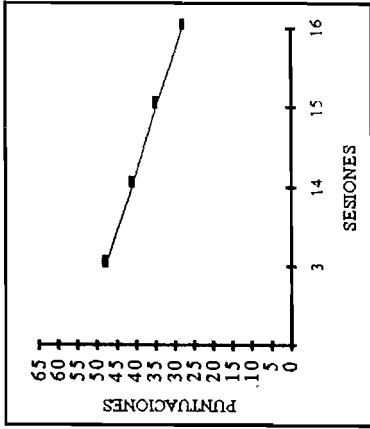
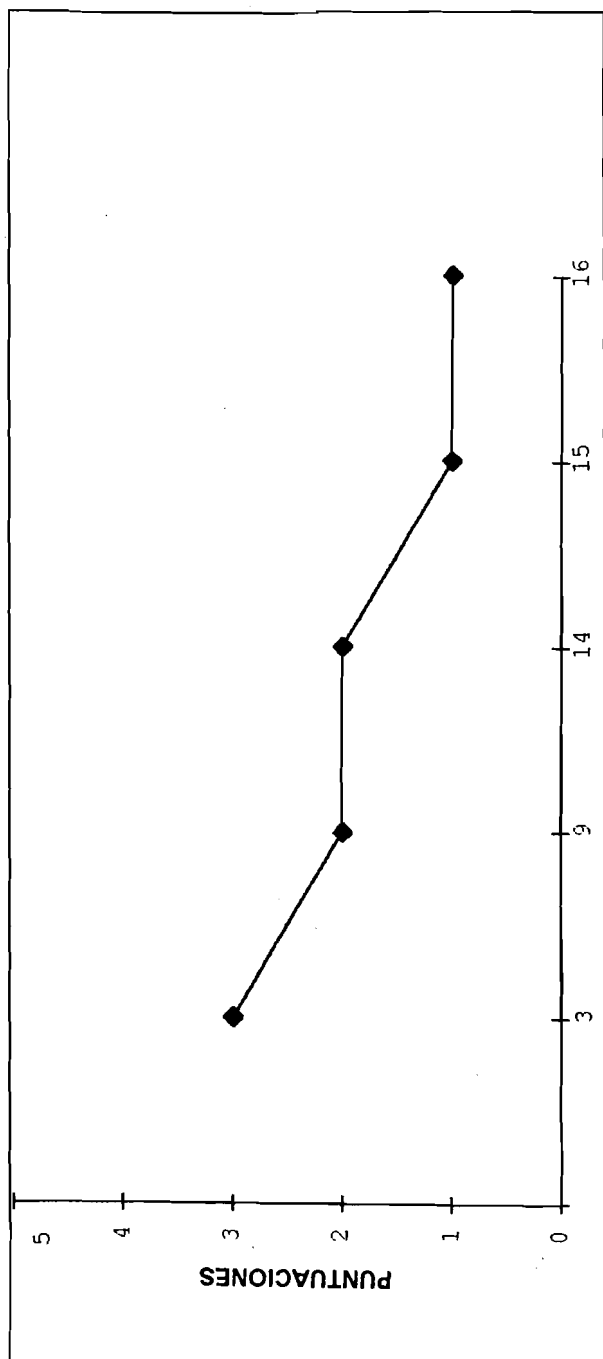


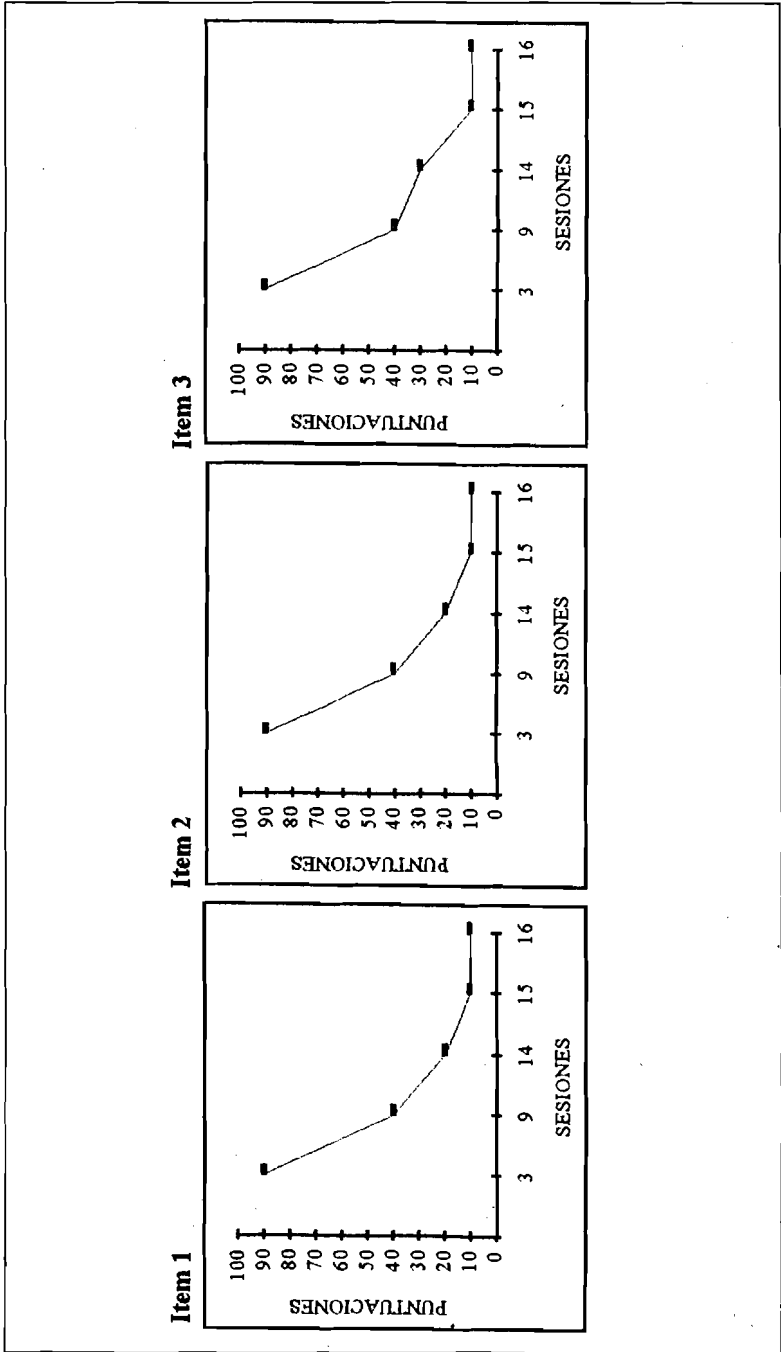
FIGURA 5.- Evolución de la puntuación en la Escala de Adaptación (Global) en las diversas sesiones



**Nota:**

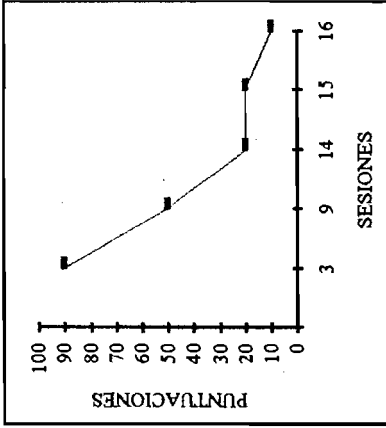
3ª sesión (pre-tratamiento); 9ª sesión (tratamiento); 14ª sesión (post-tratamiento); 15ª sesión (1er seguimiento); 16ª sesión (2º seguimiento)

FIGURA 6.- Evolución de las puntuaciones en el Cuestionario de Evaluación del Estado Actual

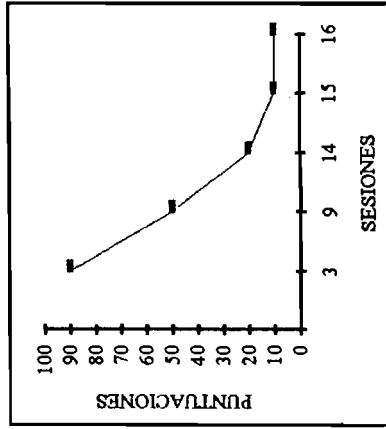




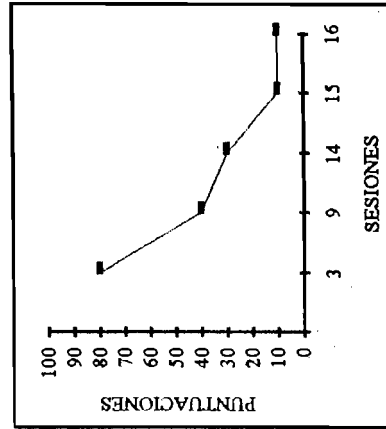
Item 6



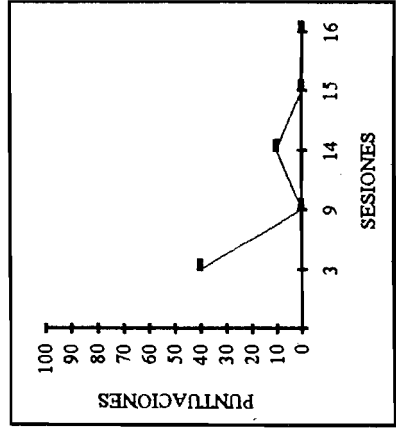
Item 5



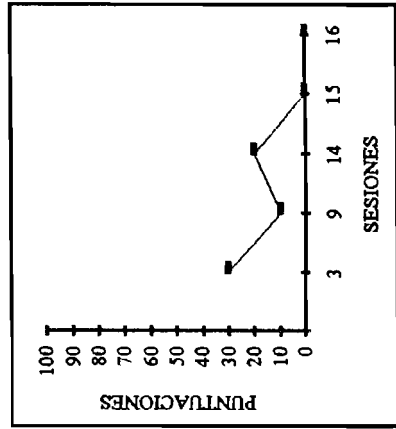
Item 4



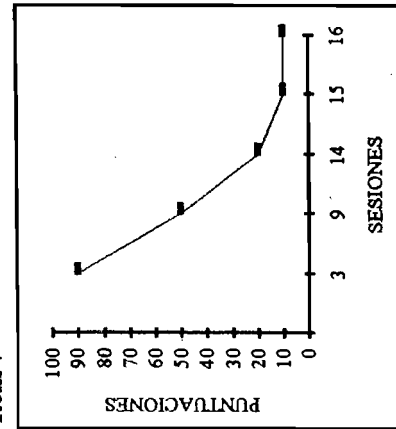
Item 9



Item 8



Item 7



## CONCLUSIONES

El programa de tratamiento aplicado en este caso de hipocondría primaria se ha mostrado eficaz en la medida en que ha contribuido a producir un cambio positivo en las manifestaciones clínicas que presentaba el problema de la paciente antes de comenzar la terapia. No obstante, desconocemos si la mejoría experimentada por la paciente se mantendrá relativamente estable o por el contrario tendrá un carácter efímero (recordemos que sus preocupaciones por síntomas físicos concretos han ido variando a lo largo de la evolución de su problema). Además, tampoco conocemos en qué medida determinados factores no controlados (p. ej., ingesta ocasional de medicación y consultas al homeópata) contribuyeron a la mejoría de la paciente.

A la luz de nuestra experiencia con éste y otros sujetos hipocondríacos, consideramos que puede ser recomendable iniciar la terapia negociando con el paciente un marco explicativo provisional y verificable en el que pueda ubicar lo que le está sucediendo. Al reducir al mínimo la reactancia, esta pauta de actuación permite que el paciente se implique lo suficiente como para empezar a abordar los factores cognitivos y conductuales responsables de la persistencia de su problema. Posteriormente, la intervención centrada, por una parte, en la prevención de respuesta para las conductas problemáticas y la exposición (imaginada) a las enfermedades temidas y, por otra, en la reestructuración cognitiva destinada a lograr atribuciones causales más racionales y el entrenamiento en técnicas de distracción, posibilitará que progresivamente vaya otorgando mayor credibilidad a la idea de "estado físico saludable" frente a la de "enfermedad".

En este trabajo únicamente hemos pretendido ilustrar las posibilidades terapéuticas de las aproximaciones cognitivo-conductuales. Aunque esta línea de intervención está empezando a generar resultados óptimos de acuerdo con los informes de casos presentados (p. ej., Warwick y Salkovskis, 1989; Villalobos, 1992; Pérez, 1992), todavía no existen estudios empíricos controlados con muestras suficientemente amplias. Actualmente y con el propósito de corroborar las buenas expectativas clínicas que han generado

estos programas terapéuticos, estamos realizando un estudio con 15 pacientes hipocondríacos utilizando la estrategia de tratamiento descrita en este trabajo. Los resultados preliminares obtenidos apuntan hacia la consideración de que esta estrategia permite lograr beneficios terapéuticos significativos para la mayoría de estos pacientes.

Confiamos en que la adición gradual de datos empíricos permita en un futuro verificar la eficacia de los programas cognitivo-conductuales para el manejo de los pacientes hipocondríacos, permitiendo con ello profundizar en el conocimiento de este trastorno tan complejo como apasionante.

## AGRADECIMIENTOS

Este trabajo forma parte de una investigación más amplia financiada a través de una beca de investigación concedida por la Conselleria d'Educació i Ciència de la Generalitat Valenciana.

## BIBLIOGRAFÍA

- American Psychiatric Association (1987). *Diagnostical and Statistical Manual of Mental Disorders* (3ª ed. rev.), Washington, DC, APA (Barcelona, Masson, 1988).
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostical and Statistical Manual of Mental Disorders* (4ª ed.), Washington, DC, APA.
- Avia, M. D. (1993). *Hipocondría*. Barcelona, Martínez Roca.
- Barsky, A. J., Geringer, E., y Wool, C. A. (1988). A Cognitive-Educational Treatment for Hypochondriasis. *General Hospital Psychiatry*, 10, 322-327.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., y Emery, G. (1979). *Cognitive Therapy of Depression*. New York, Guilford Press (Bilbao, Desclée de Brouwer, 1983).
- Borda, M., y Echeburúa, E. (1991). La Autoexposición como Tratamiento

- Psicológico en un Caso de Agorafobia. *Análisis y Modificación de Conducta*, **17**, 993-1012.
- Conde, V., y Franch, J. I. (1984). *Escalas de Evaluación Comportamental para la Cuantificación de la Sintomatología Psicopatológica de los Trastornos Angustiosos y Depresivos*. Madrid, Laboratorios Upjohn.
- Edelmann, R. J., y Holdsworth, S. (1993). The Minnesota Multiphasic Personality Inventory Hypochondriasis Scale: Its Relation to Bodily Awareness and Irrational Beliefs. *Personality and Individual Differences*, **14** (2), 369-370.
- Fallon, B. A., Liebowitz, M. R., Salman, E., Schneier, F. R., Jusino, C., Hollander, E., y Klein, D. F. (1993). Fluoxetine for Hypochondriacal Patients without Major Depression. *Journal of Clinical Psycho-pharmacology*, **13** (6), 438-441.
- Ford, C. V., y Parker, P. E. (1990). Somatoform Disorders. En Thase, M. E., Edelstein, B. A., y Hersen, M. (Eds.), *Handbook of Outpatient Treatment of Adult. Nonpsychotic Mental Disorders*. Plenum Press.
- Hathaway, S. R., y McKinley, J. C. (1967). *Minnesota Multiphasic Personality Inventory*. New York, The Psychological Corporation (TEA, 1988).
- House, A. (1989). Hypochondriasis and Related Disorders: Assessment and Management of Patients Referred for a Psychiatric Opinion. *General Hospital Psychiatry*, **11**, 156-165.
- Johansson, J., y Öst, L. G. (1981). Applied Relaxation in Treatment of "Cardiac Neurosis": A Systematic Case Study. *Psychological Reports*, **48**, 463-468.
- Kamlana, A. H., y Gray, P. (1988). Fear of AIDS. *British Journal of Psychiatry*, **15**, 1291.
- Kellner, R. (1985). Functional Somatic Symptoms and Hypochondriasis: A Survey of Empirical Studies. *Archives of General Psychiatry*, **42**, 821-833.
- Kellner, R. (1987). *Abridged Manual of the Illness Attitude Scales*. Department of Psychiatry, School of Medicine, University of New Mexico, USA.
- Kellner, R. (1989). Hypochondriasis and Body Dysmorphic Disorder. En *Treatments of Psychiatric Disorders: A Task Force Report of the American Psychiatric Association*. Washington, DC, APA.
- Kumar K., y Wilkinson, J. C. M. (1971). Thought Stopping: A Useful Technique in Phobias of Internal Stimuli. *British Journal of Psychiatry*, **119**, 305-307.
- Logsdail, S., Lovell, K., Warwick, H. M. C., y Marks, I. (1991). Behavioural Treatment of AIDS-Focused Illness Phobia. *British Journal of Psychiatry*, **159**, 422-425.

- Mansdorf, I. J. (1981). Eliminating Somatic Complaints in Separation Anxiety Through Contingency Management. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 12 (1), 73-75.
- O'Donnell, J. M. (1978). Implosive Therapy with Hypnosis in the Treatment of Cancer Phobia: A Case Report. *Psychotherapy, Theory, Research and Practice*, 15 (1), 8-12.
- Pérez, A. (1992). Tratamiento de Trastornos Hipocondríacos Mediante un Cambio de Atribución. *Análisis y Modificación de Conducta*, 18 (58), 279-290.
- Pilowsky, I. (1971). The Diagnosis of Abnormal Illness Behaviour. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 5, 136-138.
- Pilowsky, I., y Spence, N. D. (1983). *Manual for the Illness Behaviour Questionnaire*. Department of Psychiatry, University of Adelaide, Australia.
- Rifkin, B. G. (1968). The Treatment of Cardiac Neurosis Using Systematic Desensitization. *Behaviour Research and Therapy*, 6, 239-240.
- Salvovskis, P. M. (1989). Somatic Problems. En Hawton, K., Salkovskis, P. M., Kirk, J., y Clark, D. M. (Eds.), *Cognitive-Behaviour Therapy for Psychiatric Problems: A Practical Guide*. Oxford, Oxford University Press.
- Salkovskis, P. M. (1991). Aspectos Cognitivo-Conductuales de Problemas con Presentación Somática: Ansiedad por la Salud, Hipocondría, Fobia a la Enfermedad y Problemas Psicósomáticos. *Cuadernos de Medicina Psicósomática*, 18, 42-55.
- Salkovskis, P. M., y Warwick, H. M. C. (1986). Morbid Preoccupations, Health Anxiety and Reassurance: A Cognitive-Behavioural Approach to Hypochondriasis. *Behaviour Research and Therapy*, 24 (5), 597-602.
- Sharpe, M., Peveler, R., y Mayou, R. (1992). The Psychological Treatment of Patients with Functional Somatic Symptoms: A Practical Guide. *Journal of Psychosomatic Research*, 36 (6), 515-529.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., y Lushene, R. E. (1970). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. California, Consulting Psychologists Press (TEA, 1988).
- Stern, R., y Fernández, M. (1991). Group Cognitive and Behavioural Treatment for Hypochondriasis. *British Medical Journal*, 303, 1229-1231.
- Tearnan, B. H., Goetsch, V., y Adams, H. E. (1985). Modification of Disease Phobia Using a Multifaceted Exposure Program. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 16 (1), 57-61.
- Villalobos, A. (1992). Tratamiento Conductual de un Caso de Hipocondría. *Análisis y Modificación de Conducta*, 18 (57), 53-61.

- Visser, S., y Bouman T. K. (1992). Cognitive-Behavioural Approaches in the Treatment of Hypochondriasis: Six Single Case Cross-Over Studies. *Behaviour Research and Therapy*, **30** (3), 301-306.
- Warwick, H. M. C. (1989). A cognitive-Behavioural Approach to Hypochondriasis and Health Anxiety. *Journal of Psychosomatic Research*, **33** (6), 705-711.
- Warwick, H. M. C., y Marks, I. M. (1988). Behavioural Treatment of Illness Phobia and Hypochondriasis: A Pilot Study of 17 Cases. *British Journal of Psychiatry*, **152**, 239-241.
- Warwick, H. M. C., y Salkovskis, P. M. (1989). Hypochondriasis. En Scott, J., Williams, J. M. G., y Beck, A. T. (Eds.), *Cognitive Therapy in Clinical Practice: An Illustrative Casebook*. London, Routledge.
- Warwick, H. M. C., y Salkovskis, P. M. (1990). Hypochondriasis. *Behaviour Research and Therapy*, **28** (2), 105-117.
- Wesner, R. B., y Noyes, R. (1991). Imipramine an Effective Treatment for Illness Phobia. *Journal of Affective Disorders*, **22**, 43-48.
- Williamson, P. N. (1984). An Intervention for Hypochondriacal Complaints. *Clinical Gerontologist*, **3** (1), 64-68.
- World Health Organization (1992). *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Diseases: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines*. Ginebra, WHO (Madrid, Meditor, 1992).