

TRATAMIENTO CONDUCTUAL DE UN CASO DE HIPOCONDRIA

Arabella Villalobos Crespo

Centro de Psicología Clínica. Madrid.

RESUMEN

Se presenta un caso de hipocondria con sensaciones físicas intensas y muy frecuentes y conductas de evitación ante cualquier indicio relacionado con la muerte y enfermedad. El tratamiento (reducción de ansiedad, reatribución del malestar físico y especialmente intervención en el plano corporal) se llevó a cabo en 61 sesiones. Se señalan los ajustes que fueron necesarios para que el tratamiento fuese viable.

SUMMARY

A case of hypochondriasis is presented in which intense and frequent physical sensations appeared, as well as avoidance of death and illness related stimuli. Treatment consisted of anxiety reduction, reattribution of physical discomfort and specially body-focused intervention and lasted 61 sessions. Several changes were required for the treatment to be effective.

INTRODUCCION

Desde el punto de vista de la Terapia de Conducta, el paciente Hipocondríaco establece un sistema de respuestas somáticas ante situaciones conflictivas, reforzada sistemáticamente por la obtención de ciertos beneficios (por ej: evitación,

atención de familiares y especialistas, control, etc, etc.), que determina una actitud fóbica frente a sus molestias y señales asociadas con la enfermedad y una actitud obsesiva, no en sentido clínico estricto, pero sí en cuanto que la preocupación por la salud se convierte en el único foco de atención que rige su vida y con frecuencia impide o limita su actividad laboral, social y familiar.

La intervención terapéutica se plantea ilustrada con el caso de un varón de 28 años, soltero, diagnosticado de Hipocondria según los criterios del D.S.M.III, cuyo tratamiento ha tenido una duración de un año y cinco meses, y en el que el proceso terapéutico pretendió cubrir los siguientes objetivos:

- Reducir los signos físicos y la ansiedad
- Apoyo y estructuración de una mejor calidad de vida
- Aprendizaje de conductas alternativas a las de evitación y obtención de atención por su patología.
- Abordaje de los problemas que encubría su Hipocondria.

PRESENTACION DEL CASO

El sujeto, en el momento que acude a consulta, presenta los siguientes problemas físicos:

- Molestias fuertes en la zona precordial y brazo izquierdo
- Punzadas en la cabeza desde las sienas hacia el centro
- Dolores y zumbidos en los oídos.
- Fuerte presión en el pecho.
- Punzadas en las piernas.

La frecuencia e intensidad de estas molestias ha ido aumentando progresivamente hasta impedir su actividad laboral. Refiere la preocupación por su salud como algo verdaderamente obsesivo, y atribuye sus molestias a la posibilidad inminente de sufrir un infarto o una embolia.

Las exploraciones médicas descartan la existencia de un problema físico real.

Permanece muchas horas al día en la cama, porque en esta situación de reposo nota que disminuye notablemente su malestar.

Evita cualquier indicio relacionado con la muerte.

Ninguna persona de su medio familiar padece enfermedad física.

HISTORIA DEL PROBLEMA

El primer antecedente de molestias físicas, se encuentra a los 12 años asociado con la muerte de su madre de infarto, momento en el que aparecen fuertes dolores de estómago.

Refiere que a partir de entonces siempre que se enfrenta a señales asociadas con la muerte tiene fuertes molestias en el estómago y procura evitarlas. A los 19 años le detectan una úlcera de duodeno que se cura con tratamiento medicamentoso y corrección de la dieta.

Abandona la Carreara en 5ª, tras una crisis en la que se agudiza su cuadro fóbico, que remite con tratamiento farmacológico. Después hace la carrera de Diseño Industrial, realiza intentos de buscar trabajo que se ven frustrados y toma la decisión de montar un estudio por cuenta propia; en esta época los problemas físicos aumentan considerablemente. También señala tener problemas de relación con su padre. Sale con una chica compañera de estudios, que también está vinculada en su proyecto laboral.

Datos adicionales obtenidos por medio de cuestionarios indican: una depresión moderada, gran ansiedad ante sensaciones corporales, fuerte temor a la muerte y enfermedad, y un repertorio potencial de refuerzo amplio, que no utiliza.

ANALISIS FUNCIONAL

El Análisis Funcional se puede establecer en los siguientes términos: Existe un antecedente remoto, el suceso aversivo de la muerte de su madre asociado a dolor, y unas situaciones recientes tales como, los intentos infructuosos de buscar empleo con la consiguiente frustración, la responsabilidad que supone el trabajo por cuenta propia y la dificultad en ciertas relaciones interpersonales. Se genera por tanto una gran ansiedad con un fuerte componente fisiológico de hiperactividad, y un componente cognitivo como es la preocupación por la enfermedad, que se ve mantenida por reforzadores positivos (atención de la novia, familiares, etc) y como refuerzo negativo; la evitación (a ir a trabajar, a enfrentarse a señales asociadas con enfermedad y muerte, etc, etc.)

Así pues, el paciente mantiene e incrementa sus molestias que se convierten en el único foco de atención de su vida, mientras permanece en casa por miedo al infarto o embolia, limitando su actividad laboral y social.

PLAN DE TRATAMIENTO

A la luz del Análisis anteriormente descrito, en el Tratamiento se plantean los siguientes objetivos:

- Reducir los signos físicos y la ansiedad
- Estructuración de una vida activa
- Entrenamiento en conductas de Aserción para manejarse mejor en las relaciones interpersonales.

- Abandono de la obtención de atención por medio de sus molestias.

Procedimientos:

- Exposición a las sensaciones corporales de malestar y a los estímulos condicionados que daban respuestas fóbicas.
- Entrenamiento en trabajo respiratorio y de movilización y percepción de otras sensaciones corporales.
- Redirección de atención y percepción de otras zonas no implicadas en la "supuesta enfermedad".
- Reestructuración cognitiva.
- Entrenamiento en conducta de Aserción
- Prevención de Respuesta ante la necesidad de comentar sus molestias y recabar información sobre sus problemas físicos.
- Programa conductual de actividad.

DESARROLLO DEL TRATAMIENTO

El Tratamiento se llevó a cabo en un total de 63 sesiones semanales de una hora de duración. Se hicieron cinco sesiones de control y un seguimiento a tres años.

Primera Fase: 20 sesiones

En la Primera Fase del Tratamiento, tras comentar al paciente los datos de su Análisis Funcional, se estableció un acuerdo en cuanto a las condiciones iniciales:

- Se le impide cualquier consulta médica así como comentarios de sus molestias a amigos y familiares.

- Se le explica el procedimiento de Exposición y se le indica que las sesiones van a consistir en trabajo corporal y que se desatenderán todas las quejas de malestar físico y relación con infarto o embolia.

Las primeras sesiones se centran en un entrenamiento en respiración por medio de los ejercicios recogidos por la Dra. Spreads: respiraciones nasales (percepción dedo y arco), diafragmática y abdominales.

Asimismo, se le entrena en percepción de zonas de tensión muscular; esto se realiza después de ejercicios de movilización general (Bionérgica y Dinámica) pidiéndole al final que detecte las zonas de mayor tensión a partir de un esquema previamente explicado.

En cada sesión se incluye también una Exposición directa a las sensaciones más molestas, que si no están presentes en ese momento son inducidas por medio de:

Hiperventilación con ejercicios de Bioenergética.	_____	{ . Presión en el pecho . Ahogo . Punzadas en las piernas
Movimiento rápido (Calentamiento de Expresión Corporal)	_____	{ . Malestar en zona precordial.
Hiperventilación	_____	{ . Presión en el pecho . Punzadas en la cabeza.

Se le indica también que perciba frecuente e intensamente otras zonas de su cuerpo que no estén implicadas en sus temores (ejemplo: los pies). El objetivo de ésta estrategia es doble; por un lado, enseñar al paciente que cuando se incrementa la observación de una determinada zona corporal, se pueden llegar a notar sensaciones molestias mantenidas por hiperobservación; por otro lado, se pretende que redirija la atención a otras zonas y disminuya el exceso de la misma a las zonas asociadas con sus temores.

En esta fase también se le entrena a relacionar sus sensaciones físicas de malestar con las situaciones que las producen e incrementan.

Finalmente se organiza un horario de actividad que irá aumentando progresivamente.

Es importante señalar que durante las primeras sesiones de entrenamiento en respiración apareció una respuesta de risa descontrolada y larga que se interpretó como descarga emocional y evitación al propio trabajo, y que sólo se podía controlar con la percepción de estímulos externos auditivos: palmadas, golpes, etc. Hasta el quinto mes de tratamiento no se logra una habituación al tratamiento respiratorio.

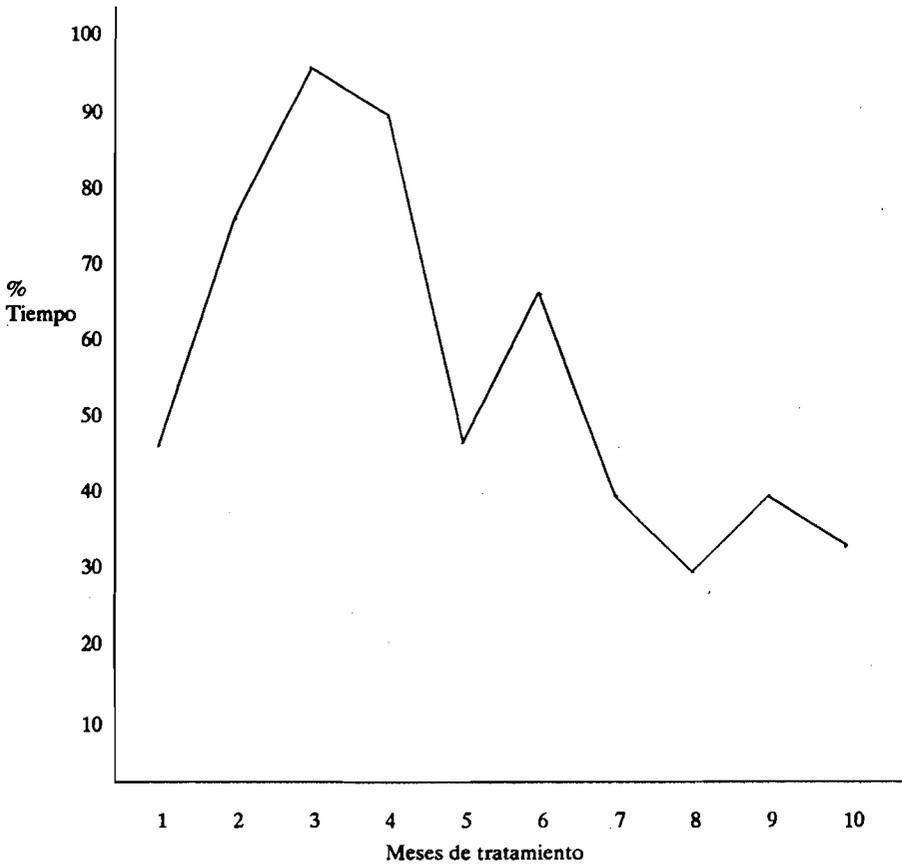
Fué difícil también que el paciente respetara el acuerdo inicial de no comentar sus quejas físicas y su consecuente interpretación errónea tanto en su medio familiar como en las sesiones; la retirada de atención por parte de familiares y terapeuta fue un verdadero ejemplo de paciencia.

Los Resultados obtenidos en esta primera fase fueron los siguientes:

- Reducción de la conducta de reposo evitadora, llegando a tener una actividad casi normal.
- Descenso de las atribuciones incorrectas.
- Reducción de la frecuencia, duración e intensidad de las sensaciones corporales de malestar. (Fig 1).

- Aumento de la capacidad de manejo de sus molestias físicas, no evitando la sensación y relajando la zona.
- Disminución de la búsqueda de atención por su malestar.

Figura 1.- Duración de molestias físicas en 10 meses de tratamiento



Segunda Fase: 7 sesiones

En esta Fase se trabaja por medio de Exposición in Vivo y en imaginación los estímulos relacionados con su fobia a la enfermedad y a la muerte, según la siguiente escala:

Muerte
Infarto
Cementerio
Entierro
Funeral
Coche fúnebre
Velatorio
UVI
Hospital
Ambulancia
Coronas
Flores
Cipreses
Esquelas
Noticias
Enfermedad de personas conocidas
Películas

La Exposición se realizó en siete sesiones de dos horas de duración.

Como Resultado de esta fase, la ansiedad y sus correlatos físicos descendieron notablemente a partir de la cuarta sesión.

Tercera Fase: 8 sesiones

Se entrena en esta fase al paciente a detectar qué tipo de conducta evita cuando está notando una mayor intensidad en sus molestias físicas según un registro sencillo:

Sensación — — — Situación — — — ganancia (Fig. 2)

Se dan instrucciones claras de que debe abordar el problema del que huye cuando siente malestar.

Asimismo se le entrena en conductas de Aserción para el manejo de situaciones de interacción, fundamentalmente con su padre y compañeros de trabajo.

Resultados: Después de esta Tercera Fase, el paciente había reducido prácticamente todas sus sensaciones de malestar físico, llevando una vida activa y con buen rendimiento en el trabajo, había aumentado la frecuencia de contactos sociales y se manejaba mucho mejor en las relaciones interpersonales. Esta situación se mantiene seis meses.

Figura 2: Hoja de Registro para relacionar las sensaciones de malestar con las conductas que evita.

HOJA DE REGISTRO

SITUACION	SENSACION DE MALESTAR	GANANCIA
- Lunes 14 - 12 h. - En el Estudio con P y L.	Dolor de piernas y brazo.	No abordar un problema de Diseño.
- Lunes 14 - 19 h. - Con A en su casa.	Dolor de cabeza, muchos pinchazos.	No hablar con A. del tema económico.
- Miercoles 16 - 10 h. - En casa (me levanto tarde).	Ahogo, presión en el pecho fuerte.	No ir por la mañana al Estudio.

Primera Recaida: Presencia la muerte de su perro por asfixia y genera una respuesta de ansiedad recuperando la sensación de ahogo y presión en el pecho. Se trabaja por medio de Exposición a estas sensaciones. La recaída dura dos semanas y la situación se normaliza de nuevo.

Segunda Recaida: Bastante estresado por la gran cantidad de trabajo y por el proyecto de casarse, aparecen frecuentes pensamientos de muerte por infarto, y aumenta la sensación de tensión precordial. Se aplica un tratamiento de recuerdo por medio de Exposición a las sensaciones y reestructuración cognitiva para reforzar la atribución correcta de las señales, así como el temor al compromiso.

En la última sesión de control el paciente señala encontrarse bien, a veces tiene molestias corporales que puede manejar y que sabe que están relacionadas con situaciones de estrés laboral.

A los tres años de seguimiento mantiene una situación razonable de bienestar.

DISCUSION

La presente comunicación muestra el Tratamiento Conductual de un caso de Hipocondria en el que se pretende poner de manifiesto la importancia de la intervención directa en el plano corporal, es decir, el entrenamiento del paciente para aprender a tolerar sus sensaciones físicas molestas, exponerse a ellas, saber relajar la tensión muscular en esas zonas y poder dirigir la atención a otras sensaciones igualmente intensas y que no están asociadas a su temor. Es importante señalar la ayuda que este tipo de entrenamiento supone para el cambio de atribución que estos pacientes precisan y que solamente con la disminución de la ansiedad y las Técnicas cognitivas resulta más largo y difícil.

Se sugiere que el Tratamiento adecuado para los problemas de Hipocondria ha de plantear la intervención en los siguientes aspectos:

Corporal: con un trabajo específico de dotación de recursos (respiración, ampliación de percepción de sensaciones, manejo de la mismas), y Exposición directa a las sensaciones de malestar.

Cognitivo: Reestructuración cognitiva con especial énfasis en corregir atribuciones erróneas.

Conductual: Control de Operantes y Programas de aumento gradual de actividad.

Entrenamiento en conductas de Aserción.

El objetivo final siempre será que el paciente pueda enfrentarse correctamente a los problemas de su vida sin necesidad de mantener y aumentar su estado de Hipocondria.

BIBLIOGRAFIA

BAUR, S. (1988): **Hypochondria: Woeful imaginings**. Los Angeles, Univ. California Press (traducción española en Gedisa, Barcelona, 1990).

KELLNER, R. (1986): **Somatization and Hypochondriasis**. New York. Praeger.

SALKOVSKIS, P. y WARWICK, H. (1986): Morbid preoccupations, health anxiety and reassurance: a cognitive-behavioural approach to hypochondriasis. **Behaviour Research and Therapy**, 24, 597-602.

SPREADS, C. (1980): **El ABC de la respiración**. Edaf (Harper and Row, 1978).

WARWICK, H. y SALKOVSKIS, P. (1990): Hypochondriasis. **Behav. Res. and Ther.**, 28, 105-117.