

TRATAMIENTO DE TRASTORNOS HIPOCONDRIACOS MEDIANTE UN CAMBIO DE ATRIBUCION

Angel Pérez Solera

Clínica Privada

RESUMEN

Recientemente se está conceptualizando a la hipocondría, como un error a la hora de interpretar las sensaciones físicas que el sujeto se observa, viendo éstas como señales de una enfermedad fatal.

Se presenta un tratamiento conductual cognitivo realizado a cuatro pacientes. Basado en esta conceptualización y dirigido en pos de dos objetivos principales: consolidar un cambio de atribución y eliminar los refuerzos que los sujetos obtienen por su trastorno.

El tratamiento tuvo éxito en los cuatro casos, requiriéndose una media de ocho sesiones de una hora. La mejoría se mantenía en el seguimiento realizado a un año.

Palabras Clave: *Hipocondría, tratamiento conductual cognitivo, cambio de atribución, refuerzos, seguimiento.*

SUMMARY

Lately, hypochondria is being conceptualized as a mistake in the interpretation of physical sensations that the individual notices and interprets as signs of serious illness.

A cognitive behavioral approach has used to treat four patients. It is based on the mentioned conceptualization and has two main aims: to consolidate a change in the attributions and to eliminate the reinforcements that the individual receive for their disorder.

The treatment succeeded in all four cases. An average of eight one-hour sessions was required. The improvements continued during the follow up carried out for one year.

Keywords: *Hypochondria, cognitive behavioural approach, change in the attributions, reinforcements, follow-up.*

INTRODUCCION

El término hipocondría se refiere a las personas preocupadas por la posibilidad -o realidad- de estar enfermas, hasta el punto de que la obsesión con la salud, domina los pensamientos y las actividades cotidianas, mucho más allá de lo razonable (Susan Baur, 1989).

La incidencia de este trastorno en nuestra sociedad, no está determinada con exactitud, aunque diversos estudios apuntan a una incidencia muy alta. Así American Journal, of Psychotherapy comenta: "se puede decir sin temor a exagerar, que los pacientes con síntomas hipocondríacos...constituyen, más del 50 por ciento de todos los que acuden a los médicos, sean clínicos o especialistas."

Así mismo Pilowsky, I. (1968) informa de unos cálculos realizados en una clínica de la Johns Hopkins Medical School, en la cual se estimó que el 45 por ciento, de un grupo de 226 pacientes no escogidos eran hipocondríacos.

En Inglaterra Mazer, M. (1976) manifiesta que las estimaciones de la incidencia de las neurosis e hipocondría entre los pacientes, van del 6 al 23 por ciento.

Como puede verse, existe una gran variabilidad entre datos, que bien puede deberse a las dificultades diagnósticas, ya que muchos de estos pacientes pasarán por las consultas médicas como simples enfermos, y otros muchos serán diagnosticados de diferentes maneras, desde trastornos psicósomáticos, enfermedades del stress hasta fobia a las enfermedades. "Mucha gente se preocupa continuamente por la posibilidad de padecer enfermedades cardíacas, venéreas o cual-

quier otra que esté de moda en los medios de difusión. La gente que padece estas fobias a las enfermedades, cosa por otra parte muy común, interpreta mal las sensaciones corporales y las ve como señales de enfermedad fatal.” (Isaak Marks, 1981).

Posteriormente Marks añade: “ cuando los miedos son difusos y no se hallan centrados en una enfermedad o en alguna parte del cuerpo, hablamos entonces de hipocondría.”

Es evidente que la delimitación entre un síndrome o entre una etiqueta diagnóstica y otra, es muchas veces sutil o mínima, prestándose así a errores clasificatorios que dificultan los estudios de incidencia.

Aproximación Cognitiva

Diferentes autores han apuntado una característica de la hipocondría, que tiene una especial relevancia en el tratamiento, y es el error que sistemáticamente cometen estos pacientes al interpretar sus sensaciones físicas, como síntomas de una enfermedad grave, en vez de atribuirlos a la ansiedad.

Así en el DSM-III se define “la hipocondría es una interpretación no realista de los signos o las sensaciones físicas como anormales, que conduce a la preocupación con el miedo o convicción de padecer una enfermedad grave” (1)

Antes, refiriéndonos a I. Marks, vimos como éste, aludiendo a estos pacientes, decía que “interpretan mal las sensaciones corporales y las ven como señales de enfermedad fatal.”

Pero probablemente, el autor que primeramente y de una forma más detallada conceptualiza a la hipocondría como un error de atribución, como un problema cognitivo, fue B. Maher, que en 1966 postuló dos vías principales de adquisición del trastorno.

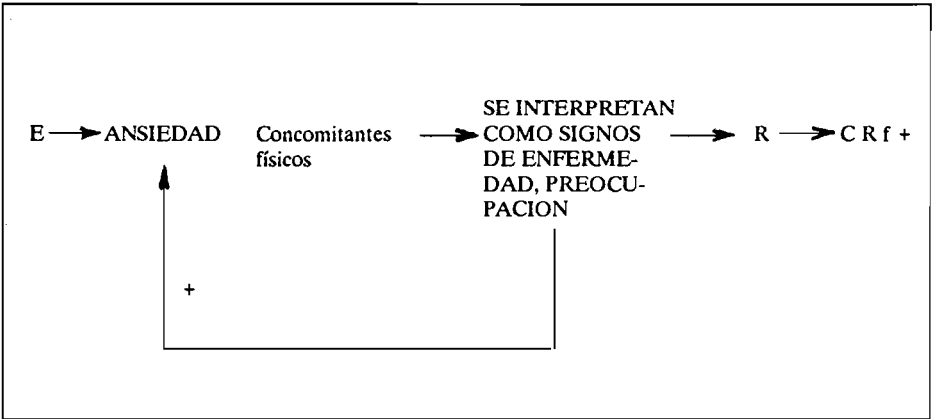
En la primera, se considera la existencia de un estado de ansiedad previo. Los concomitantes físicos de esta ansiedad serían interpretados por la persona, como pruebas o síntomas de alguna enfermedad. Si la ansiedad es elevada y frecuente, la preocupación por la salud puede quedar consolidada.

Además el paciente, con su deficiente salud, puede evitar responsabilidades sociales, laborales, etc. y conseguir cuidados y atenciones por su “enfermedad”, siendo así reforzado el trastorno.

La segunda vía de adquisición supone una instauración accidental, en función de las contingencias de reforzamiento de la vida del individuo o de la presencia de un modelo que recibe determinadas contingencias, por causa de su enfermedad.

Basándose en la primera vía de la hipótesis etiológica de Maher y en el análisis funcional de los pacientes, se llegó a concebir el problema del modo siguiente:

FIGURA 1



Diferentes estímulos y situaciones más o menos conflictivas son generadores de ansiedad, en estos momentos se incrementa el malestar físico del paciente, mareos, trastornos digestivos, pulso acelerado, etc. Estos se interpretan como signos evidentes de alguna enfermedad, lo cual incrementa los niveles de ansiedad, agravando así el trastorno. Las respuestas del paciente a lo anterior, como quejas, evitación de situaciones, etc., en muchos casos vienen a reforzar todo el proceso.

METODO

Sujeto

Se trató a cuatro pacientes hipocondríacos, tres mujeres y un varón, con una edad media de treinta años, siendo la más joven de 27 y el mayor de 31. Todos ellos casados, venían sufriendo el trastorno desde hace más de dos años. Pertenecían a diferentes niveles socioeconómicos.

La paciente A era una mujer de treinta años, casada y sin hijos, que trabajaba como auxiliar de clínica.

Vino a consulta aquejándose de mareos, dificultad para respirar, taquicardia y ganas de llorar. La paciente se autoobservaba y se tomaba la temperatura y la tensión varias veces al día. Casi siempre creía padecer enfermedades que había visto recientemente en algún paciente del hospital. En ningún caso los exámenes médicos confirmaron estas supuestas enfermedades.

Presentaba una moderada depresión que se agudizaba por las tardes cuando se quedaba sola. En la evaluación se constató un nivel de ansiedad alto, no encontrándose ninguna otra alteración o área problemática.

En el momento de iniciar el tratamiento, tomaba Deanxit, un antidepresivo para cuadros leves o moderados y con ansiedad.

La paciente B era una mujer de treinta años, casada y con dos hijos. Viene a consulta diciendo que padece trastornos hipocondríacos. Anteriormente había estado en tratamiento psiquiátrico por este motivo, sin resultado. Cinco años antes había sido alcohólica. Presentaba, así mismo, fobia a diversas situaciones y una depresión moderada. Padecía una ansiedad casi constante.

Varias veces a la semana se tomaba la tensión en alguna farmacia. Todos los días, tras acostar a los niños, dedicaba una hora a autoobservarse y leer sobre enfermedades, para verificar sus diagnósticos. Constantemente estaba preocupada por la posibilidad de padecer una enfermedad u otra. Solía comunicar sus dolencias a sus amistades y familia.

En la evaluación se constataron dificultades en otras áreas, como la educación de los hijos, inhibición social, baja habilidad de enfrentamiento e insatisfacción sexual.

En el momento de asistir a consulta tomaba Sedotime, un tranquilizante menor del grupo de las benzodiacepinas. Presentaba una total abstinencia al alcohol, y un consumo elevado de café, tomando cuatro cafés al día.

El paciente C era un varón de treinta y un años, casado y con un hijo. El motivo de consulta fue rasgos hipocondríacos e inseguridad e incapacidad para emprender algo. Se aquejaba, así mismo, de dolores de cabeza, mareos y náuseas. Presentaba una depresión moderada y una ansiedad alta.

Comunica que desde pequeño recuerda haber estado preocupado por la salud a lo que pudo contribuir el padre como modelo, posteriormente se agravaron las preocupaciones tras sufrir él, varias enfermedades. Tras ellas comienza a autoobservarse y a creer que padece esta o aquella enfermedad.

Solía manifestar encontrarse mal, pero no con comunicación verbal, sino gestual y corporal, lo cual era reforzado principalmente por los compañeros de trabajo.

Contestó al MMPI, destacándose solo las escalas de depresión e hipocondriasis. En la evaluación no se encontraron otras áreas problemáticas.

La paciente D era una mujer de veintisiete años, casada y con dos niñas. El motivo de consulta fue unas sensaciones de mareo que la obsesionaban y por las cuales había estado en distintas consultas médicas, descartándose en ellas todo posible origen orgánico.

La paciente recordaba haberse sentido muy nerviosa desde joven. Las preocupaciones por la salud, aparecieron posteriormente, ya que tras un aborto, los médicos la sometieron a multitud de pruebas intentando confirmar la existencia de una enfermedad, que no se verificó.

Por aquel entonces, las preocupaciones se centraron en el estómago y zona de la matriz, que se notaba inflamadas. Posteriormente otras sintomatologías centraron su atención, como la dificultad para respirar, o dolores en la zona de los hombros y la nuca.

En la evaluación se encontró ansiedad generalizada que se incrementaba en situaciones de interacción social. La paciente se mostraba, en las relaciones con los demás, unas veces inhibidas, otras inhábil. Dificultades con la educación de sus hijas e insatisfacción sexual, ya que el marido presentaba eyaculación precoz. Presentaba una moderada depresión.

Evaluación

La evaluación se realizó principalmente mediante la entrevista y el informe verbal del sujeto, intentando fundamentalmente realizar el análisis topográfico y funcional de las conductas problema.

Por otra parte se utilizaron los siguientes instrumentos:

1. Inventario de depresión de Beck (Beck, A.T., 1979)
2. STAI. Autoevaluación de ansiedad estado-rasgo (Spielberger, 1970)
3. Cuestionario de tensión y ansiedad específica (adap. Fernández M.C., Martínez A., Vila J.)
4. Escala de asertividad (Rathus, 1973)
5. Cuestionario de Habilidades Sociales (Mariana S., 1981)
6. Registro de opiniones (Davis, Mckay, Eshelman, 1982)
7. MMPI. Inventario de Personalidad Multifásico de Minnesota (S.R. Hasthaway, J.C. Mckinley, 1942)

Los dos primeros instrumentos se utilizaron más tarde en la evaluación post tratamiento, que se realizó en la última sesión, así como, en el seguimiento a un año, el cual se hizo con solo tres de los cuatro pacientes. Asistieron uno de ellos a consulta para este fin. Un segundo lo realizó mediante un contrato telefónico y contestó a los cuestionarios enviados por correo. En el tercero solo se mantuvo el contacto por correo.

A éstos dos últimos, que contestaron los cuestionarios de la evaluación de seguimiento por correo, se les adjuntó una lista de preguntas relacionadas con las conductas problema y debían contestar valorando de cero a tres. Siendo cero -no, uno - algo, dos- bastante y tres - mucho.

Las preguntas eran:

- ¿Se encuentra preocupado por dolores y trastornos?
- ¿Cree padecer alguna enfermedad?
- ¿Se observa para ver qué nota o qué siente?
- ¿Lee sobre enfermedades para comprobar si las padece?

- ¿Se receta usted mismo para aliviar sus males?
- ¿Suele comentar sus dolores o síntomas a familiares o amistades?

TRATAMIENTO

El tratamiento se dirigió en pos de dos objetivos principales:

1. Que el paciente modifique su interpretación de las sensaciones físicas que observa, para atribuir las ahora a una reacción de la ansiedad. Es decir, consolidar un cambio de atribución.

2. Eliminar los refuerzos que obtiene por su trastorno.

En las primeras consultas, se fue fomentando el cambio de atribución de forma gradual. Introduciendo primeramente "organizaciones previas" (advance organizers) (Ausbel, 1963), esto es, conceptos introductorios generales para facilitar la asimilación de nuevos enfoques conceptuales.

Así, el primer paso en este proceso de modificar la atribución, se dió cuando se sugiere que muchos de los síntomas que el paciente describe, podrían deberse a la ansiedad. De esta forma, se intentó también crear un ambiente, en el que el paciente y terapeuta buscan, estudian o investigan juntos, la naturaleza de sus trastornos.

En este momento y para algunos síntomas muy claros, se explicó a los pacientes el mecanimso biológico, por el cual la ansiedad modifica esa función corporal, y provoca la sensación que notan, como las palpitaciones a los dolores de cabeza.

Claro esta que previamente se descartaron las posibilidades de patología orgánica, mediante los pertinentes exámenes médicos. Aunque normalmente, los pacientes informan ya en las primeras consultas de que éstos siempre resultaron negativos.

El segundo paso para modificar la atribución, se dió cuando se le comunicó al paciente, que efectivamente presentaba unos valores de ansiedad muy altos, como lo de4mostraba su puntuación en el STAI (Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo).

A partir de aquí, se les pidió a los pacientes que observaran si cuando estaban más tensos, se notaban también más síntomas físicos, al objeto de que comprobaran en su propia experinencia, esta relación y fundamentaran con ella la nueva atribución. En estos cuatro pacientes siempre coincidió así.

En las siguientes sesiones se introdujo la Relajación Progresiva de Jacobson (adap. M.R. Goldfried y G.C. Davison, 1976) con dos objetivos principales:

1. El de favorecer el cambio de atribución. Ya que la demostración última de que los síntomas que los pacientes experimentaban, se debían a su ansiedad, vienen dada, cuando éstos informan de que dichos síntomas, se reducen considerablemente o desaparecen totalmente, cuando se relajan. De esta forma, el paciente

realiza el cambio de atribución de una manera progresiva y bajándose sobre toso, en datos que obtienen de su propia experiencia y que le han aportado las indicaciones y métodos terapéuticos del tratamiento.

2. El de dotar a los pacientes de un instrumento válido para reducir su ansiedad y disminuir así los alarmantes síntomas físicos que les asaltaban antes. Favoreciendo la consecución de un "locus de control interno" en cuanto a su "enfermedad", aspecto éste, que escapaba antes por completo a su control.

En cuanto a el segundo objetivo del tratamiento, la eliminación de los refuerzos que los pacientes obtienen por sus quejas o supuestas enfermedades. En vez de intentar manipular su ambiente o entrenar a personas significativas, lo cual sería bastante más tedioso, se les enseñó y de forma paralela a todo lo anterior, los principios de la conducta, el resultado de los refuerzos sobre ellas, y se les incitó a que trataran de controlar su propia conducta, eliminando o restringiendo los estímulos desencadenantes de los refuerzos de los demás, y que queremos evitar, así como las conductas o la evitación de otras, que les reporten algún beneficio secundario. Aplicando así técnicas de autocontrol.

RESULTADOS

El tratamiento tuvo éxito en los cuatro pacientes, denotándose la mejoría tanto en índices generales, como ansiedad o depresión, como en índices concretos comportamentales.

Por otro lado, los informes verbales de los pacientes corroboraban el cambio terapéutico producido.

El tratamiento tuvo una duración media de ocho sesiones de una hora.

El seguimiento se realizó aproximadamente al año y solo pudo obtenerse datos de tres de los cuatro pacientes.

En la tabla 1 se muestran las puntuaciones alcanzadas en el Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo, en puntuaciones centiles de ansiedad rasgo, por los cuatro pacientes, en las evaluaciones inicial y final del tratamiento, así como en el seguimiento a un año. Como puede observarse, todos los pacientes redujeron sus niveles de ansiedad de una forma muy marcada. Estos resultados se mantenían después de un año.

En la tabla 2 se indican las puntuaciones obtenidas en el Inventario de Depresión de Beck, por los cuatro pacientes, en las evaluaciones inicial, final y de seguimiento al año.

La puntuación inicial obtenida por los pacientes, de aproximadamente veinte puntos de media, indicaba unos niveles moderados de depresión o visto de otra manera, representaba de alguna forma, la carga afectiva que el trastorno hipocondríaco les representaba.

Las puntuaciones que obtienen después del tratamiento, demuestran una total mejoría en este aspecto. Esta mejoría se mantenía en los mismos niveles pasado un año.

TABLA 1.- Puntuación en el Cuestionario de Ansiedad Estado Rasgo, en puntuaciones centiles de ansiedad rasgo, por los cuatro pacientes, en las evaluaciones inicial, post-tratamiento y de seguimiento al año.

PACIENTE	A	B	C	D
EVALUACION INICIAL	87	96	98	83
EVALUACION POST-TRATAMIENTO	35	2	40	15
SEGUIMIENTO A 1 AÑO	3	20	--	15

TABLA 2.- Puntuaciones en el Inventario de Depresión de Beck, en puntuaciones directas, por los cuatro pacientes, en las evaluaciones inicial, post-tratamiento y de seguimiento al año.

PACIENTE	A	B	C	D
EVALUACION INICIAL	21	21	22	18
EVALUACION POST-TRATAMIENTO	2	0	3	1
SEGUIMIENTO A 1 AÑO	0	1	--	0

La evaluación de aspectos comportamentales y cognitivos concretos, demuestra que estos se habían reducido casi totalmente en el momento de finalizar el tratamiento.

En la evaluación de seguimiento se encontró, que ningún paciente había vuelto a leer sobre enfermedades para comprobar si era ésta o aquella, la que padecían. Así como tampoco habían vuelto a autorecetarse.

Sólo un paciente admitió que hacía algunos comentarios a sus familiares o amistades, sobre dolores o síntomas que se notaba, (puntuación 1 en la escala). Este, junto con otro paciente, consintieron en que se preocupaban mínimamente por dolores o posibles trastornos. Sin embargo, ninguno de ellos pensaba que estos se debieran a alguna enfermedad. Todos respondieron que no a la pregunta, ¿ cree padecer alguna enfermedad?.

La satisfacción personal y la adaptación a su medio habían mejorado como consecuencia de la resolución del trastorno hipocondríaco.

CONCLUSIONES

El tratamiento conductual cognitivo de la hipocondría, se demuestra efectivo en estos cuatro pacientes. Aún así, sería precipitante extraer conclusiones definitivas, principalmente por el reducido número de pacientes sobre el que se elabora este informe y por la falta de una metodología concluyente.

Este informe solo pretende comunicar una hipótesis y una línea de acción, que en la práctica clínica obtiene unos buenos resultados en un tiempo mínimo, y que se mantienen después de un año. Desde esta perspectiva debe ser contemplado al menos.

Son necesarios nuevos estudios que avalen esta aproximación. Los anteriores tratamientos de la hipocondría habían olvidado sistemáticamente, un elemento muy importante del ser humano, sus pensamientos, creencias, interpretaciones o atribuciones. Es precisamente este aspecto, el que destaca este tratamiento, sin olvidar el aumento del control sobre las sensaciones síntomas que observaba el paciente y que le aporta la relajación, o la eliminación de los refuerzos que obtenía por su "enfermedad". La aportación de cada uno de estos elementos a la eficacia del tratamiento, podría ser objeto de nuevos estudios.

Una última consideración ha de hacerse, la hipocondría suele presentarse acompañada de otros trastornos, como fobias simples o múltiples, falta de asertividad o de habilidades sociales, problemas de relación de pareja o sexuales, u otros muchos. En mi experiencia, he abordado en primer lugar el trastorno hipocondríaco, obteniendo los resultados antes anotados, lo cual, vienen a demostrar, que aunque puedan existir relaciones, la hipocondría tiene una actitud propia y no se limita, como han apuntado otros autores, a una forma aceptable de expresión de otros trastornos.

El tratamiento de la hipocondría, puede y de hecho mejora algunas otras alteraciones que presenta el paciente, tal vez por la disminución de los niveles de ansiedad o de depresión o por el aumento en la impresión de control interno, o por la eliminación de las múltiples quejas del paciente que pueden alterar una relación o bien por factores inespecíficos inherentes a toda terapia. Pero también puede dejarlas inalteradas. De ser así, de no haber una mejoría paralela, es importante atender estos otros trastornos, en un intento de dar un abordaje terapéutico integral. Así, en la paciente B, tras el tratamiento para la hipocondría, se abordaron sus fobias, las dificultades en la educación de los hijos y la inhibición social. En la paciente D, se abordó posteriormente y en pareja, la eyaculación precoz del marido.

Son necesarios más estudios sobre la hipocondría y sobre este tratamiento, para paliar de alguna forma, uno de los trastornos de más alta incidencia y que mayor coste a la salud pública supone.

NOTA

(1) Tomado de Susan Baur (1989), *Hipocondría*. Barcelona. Ed. Gedisa, pág. 50.

BIBLIOGRAFIA

- ABELLA GIBERT, D. (1962): *Estudio científico y fenomenológico de la Hipocondría*. Madrid: Paz Montalvo.
- AUSUBEL, D.P. (1963): *The psychology of meaningful verbal learning*. Nueva York: Elsevier Publishers.
- BAUR, S. (1989): *Hipocondría*. Barcelona: Gedisa.
- LEONARD, E. (1968): On the treatment of ideohypochondriac and sensohypochondriac neuroses. *International Journal of Social Psychiatry*, 2, 132-140.
- EDITORIAL del American Journal of Psychotherapy (1962): Hypochondriasis. USA. *American Journal of Psychotherapy*, 16, 187.

- GOLDFRIED, M.R.; DAVISON, G.C. (1981): **Técnicas terapéuticas conductistas**. Buenos Aires: Paidós.
- KENYON, F.E. (1981): **La Hipocondría**. Bogotá: Norma.
- LADEE, G.A. (1966): **Hypochondriacal Syndromes**. Nueva York: Elsevier Publishers.
- LEITENBERG, H. (1982): **Modificación y Terapia de Conducta**. Madrid: Morata.
- MARKS, I. (1981): **Tratamiento de las Neurosis**. Barcelona: Martínez Roca.
- MAYOR, J.; LABRADOR, F.J. (1984): **Manual de Modificación de Conducta**. Madrid: Alhambra.
- MAZER, M. (1976): **People and Predicaments**. Cambridge: Mass.
- PEREZ SOLERA, A. (1990): Tratamiento de Trastornos Hipocondríacos. En García León, A.; Sierra Freire, J.C.; Buela Casal, G. y Caballo, V.E. (comps.), **Perspectivas actuales en Psicología Clínica**. Jaén: AEPC.
- PILOWSKY, I. (1968): The response to treatment in hypochondriacal disorders. **Australian and New Zealand Journal of Psychiatry**, 2, 88-110.
- SHEEHAN, D.V.; BALLENGER, J.; JACOBSEN, G. (1980): Treatment of endogenous anxiety with phobic, hysterical and hypochondriacal symptoms. **Archives of General Psychiatry**, 37, 51-59.