

UNIVERSIDAD DE OVIEDO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

Departamento de Psicología

TESIS DOCTORAL

**PREOCUPACIÓN HIPOCONDRÍACA: INFLUENCIAS EN LA
PREDISPOSICIÓN, INICIO Y PERSISTENCIA**

Rafael Fernández Martínez

2000

INTRODUCCION

La ansiedad acerca de la posibilidad de padecer o contraer una enfermedad grave es, como señala Ryle (1948), un fenómeno habitual, generalmente transitorio y circunscrito a circunstancias en la vida que recuerdan la vulnerabilidad física. Un contexto de enfermedad en la familia o la experiencia de síntomas somáticos para los que no se dispone de una atribución plausible, serían dos ejemplos comunes. La ansiedad acerca de las enfermedades es, al fin y al cabo, uno de los temores básicos del hombre y como tal una esfera en la que se revela de un modo nítido lo que López Ibor (1977) ha llamado el “ansia de seguridad”. Baur (1988/1989, pag. 20), por su parte, ha señalado en un sentido parecido que “si bien la obsesión con la enfermedad es una pésima hoja de ruta para atravesar la existencia como forma de vida, apunta inevitablemente a nuestras preocupaciones fundamentales”.

Así pues, la preocupación por la salud puede ser un tema dominante con manifestaciones a nivel cognitivo (rumiaciones frecuentes acerca del estado de salud), emocional (experiencia de ansiedad o ánimo disfórico en relación con el temor) y conductual (Por ejemplo, consultas médicas no justificadas por el estado de salud objetivo). Además de las manifestaciones a nivel individual, la expresión continuada y desproporcionada de temores puede inducir cambios también a nivel de las relaciones sociales y, de la misma manera que las circunstancias influyen en la conducta (entendida en un sentido amplio), la propia conducta puede estar también implicada en el moldeamiento del contexto psicosocial. En definitiva, la conducta de enfermedad anormal y más concretamente la hipocondría, al igual que otros problemas psicológicos, no existe en un vacío sino en relación con las circunstancias particulares de la vida.

La preocupación hipocondríaca es en muchos casos fuente de malestar personal notable y es uno de los motivos principales, al margen de la experiencia de síntomas físicos, en la decisión de solicitar atención médica. Por ejemplo, es más fácil que un sujeto solicite consulta si considera la posibilidad de que una cefalea se deba a un tumor cerebral que si la atribuye a haber descansado mal por la noche. No siempre el contacto médico, sin embargo, aleja temores injustificados por el estado de salud de una forma estable y así en los pacientes con marcada ansiedad por la salud es frecuente

observar una pauta de contactos médicos repetidos sin que las sospechas de y temores a la enfermedad grave se atenúen. Por otra parte, la ansiedad por la salud severa o hipocondría es un problema relativamente frecuente en contextos médicos. Por ejemplo, en servicios de atención primaria se ha estimado que la prevalencia de la hipocondría (criterios diagnósticos del DSM-III-R) es de alrededor del 4% (Barsky, Wyshak, Klerman & Latham, 1990). Además, en problemas somáticos crónicos sin una clara etiología orgánica la ansiedad por la salud puede ser un factor importante tanto en su inicio como en su mantenimiento. Estas consideraciones ponen de relieve el interés del estudio de estos problemas.

A pesar de su interés, solo hasta recientemente se ha observado un crecimiento en las investigaciones que abordan el tema. Warwick & Salkovskis (1990) mencionan dos factores que, en su opinión, han influido en este hecho. En primer lugar, la consideración psiquiátrica tradicional que concibe las manifestaciones hipocondríacas siempre como manifestación de otros trastornos psiquiátricos y en segundo lugar, desde la Psicología clínica, las formulaciones conductuales iniciales se basaban en la teoría del condicionamiento y la presencia de estímulos externos identificables. Estos supuestos no son fácilmente aplicables al problema de la hipocondría y solo ofrecen explicaciones parciales e incompletas. A estos dos factores habría que añadir el que la propia naturaleza del problema orienta a estos pacientes a servicios médicos generales más que a servicios de atención psicológica/psiquiátrica. Es probable que el aumento de la investigación en esta área haya sido estimulado por varios factores entre los que se podrían incluir la creciente presencia de la Psicología y Psiquiatría en contextos médicos (Psiquiatría de enlace, Psicología de la salud, Medicina Conductual), la consideración de la hipocondría como un desorden con un estatus independiente de otras condiciones psicopatológicas en las clasificaciones psiquiátricas o el desarrollo de modelos conductuales y cognitivo conductuales que ofrecen explicaciones y formas de intervención clínica prometedoras.

En el presente trabajo se utilizaron preferentemente los términos “ansiedad por la salud” y “actitudes hipocondríacas”, aunque también se emplearon otros como “preocupación somática” o “preocupación hipocondríaca”. La razón de utilizar estos términos y no “hipocondría” o “trastorno hipocondríaco” fue que estos se reservan a pacientes que cumplen los criterios diagnósticos de alguna de las clasificaciones

psicopatológicas (CIE-10 o DSM-IV) y tanto en la revisión teórica como en la investigación propiamente dicha se consideraron además formas menos severas de preocupación somática en la medida que estas también pueden constituir un problema digno de atención clínica (por su asociación a perturbación emocional, a afectación de la calidad de vida y a malestar somático, fundamentalmente).

La parte teórica se divide en una primera sección en la que se caracteriza la hipocondría y se delimita de problemas con características compartidas. Al mismo tiempo se recogen algunos de los problemas de la clasificación psicopatológica y se expone una consideración dimensional de la preocupación somática en la que ésta es concebida como un aspecto particular, variable en intensidad, de problemas con manifestaciones somatoformes. La segunda parte está centrada en la relación de las actitudes hipocondríacas con dos problemas psicológicos: el trastorno de pánico y el trastorno obsesivo-compulsivo. Se consideró el interés de incluir esta sección en la medida que la investigación acerca de estos dos problemas ha revelado procesos y mecanismos psicológicos que pueden ser clarificadores también en el acercamiento a los problemas de ansiedad por la salud. En la tercera parte se exponen datos epidemiológicos de tanto los síntomas somáticos funcionales, actitudes hipocondríacas e hipocondría propiamente dicha. Finalmente, en las dos últimas secciones de la parte teórica se revisa estudios acerca de los factores sobre los que hay evidencia de su relevancia en la ansiedad por la salud así como los principales acercamientos teóricos para su explicación.

La parte experimental se desarrolló en un centro de atención primaria de salud. Estudios diversos indican que las molestias somáticas funcionales y la preocupación hipocondríaca relacionada de mayor o menor intensidad es relativamente frecuente en contextos médicos no psiquiátricos.

CONCEPTO Y CLASIFICACIÓN DE LA HIPOCONDRIA

1. Introducción

Kenyon (1964) recoge hasta 18 maneras en las que se ha usado el término hipocondría a lo largo de la historia:

- a) Sinónimo de locura
- b) Una enfermedad mental debida a un trastorno del tracto digestivo
- c) Simulación o quejas simplemente imaginarias
- d) Sentimiento general de preocupación con la salud o funciones corporales o mentales
- e) Rasgo o atributo de personalidad
- f) Un mecanismo de defensa
- g) Una manifestación neurótica, especialmente de las clases sociales bajas o de aquellos con escasos recursos
- h) Un sustituto de la ansiedad o un equivalente afectivo
- i) Una neurosis actual
- j) Manifestación de la neurastenia o la despersonalización
- k) Lo mismo que la histeria pero en el hombre
- l) Estado transicional entre la histeria y la psicosis
- m) Una entidad nosológica: Hipocondría primaria o esencial
- n) Un síntoma de casi cualquier otro síndrome psiquiátrico comunmente reconocido, especialmente depresión
- o) Estado prodrómico de otra enfermedad, por ejemplo, esquizofrenia
- p) Una forma de esquizofrenia
- q) Una forma de cenestopatía
- r) Parte de una psicosis sintomática o reacción exógena

Por su parte, Kellner (1986) resume las principales conceptualizaciones del síndrome hipocondríaco que se han elaborado en el transcurso de segunda mitad de este siglo: En primer lugar, la hipocondría se ha entendido como una depresión enmascarada o un equivalente depresivo. En segundo, como una parte o variante de un trastorno de ansiedad. En tercero, variante de otro trastorno psiquiátrico. En cuarto, como un estilo cognitivo caracterizado por la auto-observación con conciencia intensificada de las sensaciones corporales. En quinto, como una alteración de la imagen corporal. En sexto, una idea sobrevalorada. En séptimo, un estado transicional entre la neurosis y la psicosis. En octavo, como síntomas somáticos que son fundamentalmente las

consecuencias de los cambios fisiológicos durante las emociones y en noveno lugar, como una exageración de síntomas somáticos funcionales.

La mayoría de estas concepciones se revisarán en distintos momentos a lo largo de la exposición que sigue. Se dedicará, no obstante, una atención especial a aquellas que en la actualidad son objeto de mayor debate. En concreto: la hipocondría entendida como un trastorno somatoforme, como problema cuya base es la ansiedad, como un rasgo de personalidad desadaptativo y como representación y/o conducta de enfermedad anormal. Como se puede intuir, en estas distintas consideraciones se pone el énfasis en aspectos concretos del problema. Por ejemplo, la concepción como trastorno somatoforme parte de la base de que un rasgo central de la hipocondría es la experiencia de síntomas somáticos médicamente inexplicados, la concepción como trastorno de ansiedad y de la representación de la enfermedad de que la interpretación somática alarmante es el aspecto nuclear. La concepción como rasgo de personalidad, por último, parte de una perspectiva del desarrollo y considera que características como la sintomatología física funcional y los rasgos hipocondríacos podrían razonablemente entenderse como pautas desadaptativas vinculadas a un desarrollo disfuncional en aspectos importantes de lo que se define como personalidad (cognición, afecto, conducta, relaciones sociales).

Estos énfasis distintos implican únicamente esto: una mayor atención a aspectos particulares. No debe entenderse, por tanto, que se trata de posturas antagónicas. Por el contrario, probablemente sean mejor entendidas como acercamientos complementarios a un problema complejo.

2. La hipocondría como trastorno somatoforme

-Los trastornos somatoformes y otros problemas con manifestaciones somáticas

La característica fundamental de este grupo de trastornos, entre los que se incluye la hipocondría, es la somatización. Kellner (1991) la última como “uno o más síntomas físicos (por ejemplo, fatiga, pérdida de apetito o molestias gastrointestinales) para los que la evaluación apropiada no descubre patología orgánica o mecanismo patofisiológico o de existir relación con patología orgánica, las quejas físicas y el

deterioro social u ocupacional resultante son groseramente excesivos para lo que se esperaría de los hallazgos físicos”. Una definición semejante la ofrecen Katon, Kleinman & Rosen (1982).

Feuerstein, Labbé & Kuczmieczyk (1986) clasifican los trastornos con presentaciones somáticas según exista o no patología médica subyacente y factores ambientales/psicológicos relacionados. La hipocondría se agrupa junto a las reacciones de conversión y la conducta de enfermedad anormal general como problemas en los que hay factores psicológicos o ambientales reconocibles sin que los síntomas puedan explicarse por la presencia de un problema médico subyacente. La clasificación de estos autores se reproduce a continuación:

	Patología identificada	No patología identificada
Factores Ambientales/ Psicológicos reconocibles	-Trastornos psicofisiológicos -Síntomas/Enfermedades relacionadas con estrés	-Reacción de conversión -Hipocondría -Conducta de enfermedad anormal
No factores Ambientales/ Psicológicos reconocibles	-Paciente médico típico	-Enfermedad de origen desconocido

Hylér & Spitzer (1978), por su parte, basándose en los criterios diagnósticos del DSM-III elaboran la siguiente clasificación en la que se recogen los rasgos diferenciales de las condiciones que se presentan con síntomas que sugieren enfermedad física:

	Un mecanismo Físico explica los Síntomas	Los síntomas se vinculan a factores psicológicos	El inicio del síntoma está bajo control voluntario	Existe una meta Ambiental reconocible
Trastornos somatoformes	No	Si	No	Variable
Trastornos facticios	Variable	Si	Si	No
Simulación	Variable	Variable	Si	Si
Factores psicológicos que afectan	Si	Si	No	Variable

al estado físico				
Enfermedad médica no diagnosticada	Variable	Variable	No	No

Específicamente, sobre la influencia de los factores psicológicos en la experiencia de síntomas físicos, Beck (1976) elabora la siguiente clasificación: 1) perturbaciones fisiológicas y anomalías estructurales en las que factores psicológicos y constitucionales combinadamente producen un trastorno, 2) trastornos físicos primarios exacerbados por factores psicológicos y 3) aberración de la sensación o movimiento sin patología demostrable. Esta última categoría incluye un amplio espectro de problemas que van desde el “imaginar somático” a los delirios corporales. Por imaginar somático se refiere este autor a la producción de síntomas físicos a través de procesos psicológicos, por ejemplo, a través de fantasías, los pensamientos acerca de un daño corporal o la identificación con alguien enfermo. Dentro de la tercera categoría se encontraría la hipocondría, es decir se entendería como una condición en la que la ansiedad y preocupaciones por la enfermedad dan lugar a síntomas corporales.

-La hipocondría y los otros trastornos somatoformes en la clasificación psicopatológica

En las dos principales clasificaciones actuales de la psicopatología se recogen los siguientes trastornos somatoformes:

CIE-10	DSM-IV
-Trastorno por somatización	-Trastorno por somatización
-Trastorno somatoforme indiferenciado	-Trastorno por somatización indiferenciado
-Trastorno hipocondríaco	-Hipocondría
-Disfunción autonómica somatoforme	
-Trastorno por dolor somatoforme persistente	-Trastorno por dolor somatoforme
-Otros trastornos somatoformes	-Trastorno somatoforme indiferenciado
	-Trastorno por conversión
	-Trastorno dismórfico corporal

La definición de hipocondría siguiendo los criterios diagnósticos del DSM-IV es como sigue:

- A) Preocupación por el miedo a tener o la creencia de que se tiene una enfermedad grave que se basa en la interpretación errónea que la persona hace 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 u otras áreas importantes de funcionamiento
- E) La duración de la alteración es de por lo menos 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

Se añade en la caracterización la especificación adicional de si hay pobre insight acerca del trastorno. Es decir si la persona durante la mayor parte del tiempo del episodio actual no reconoce que la preocupación por tener una enfermedad grave es excesiva o irrazonable.

La definición de hipocondría en el DSM-IV no se corresponde exactamente a la de la CIE-10. Así, en la última se incluye dentro del concepto de hipocondría al trastorno dismórfico corporal, clasificado en otro lugar en el DSM-IV y se exige que el

paciente solo anticipe un máximo de dos enfermedades amenazantes, requisito no señalado en el DSM-IV.

Otras diferencias entre las dos clasificaciones en el apartado de los problemas somatoformes son que los trastornos conversivos se incluyen entre los trastornos somatoformes en el DSM-IV y entre los disociativos en la CIE-10 y que en la CIE-10 se recoge la categoría de trastorno vegetativo somatoforme no incluida en el DSM-IV. En el trastorno vegetativo somatoforme de la CIE-10, por otra parte, estarían representadas condiciones como el síndrome de colon irritable y la “neurosis cardíaca” (Reid & Wessely, 1999). Asimismo, otro síndrome somático funcional como es el síndrome de fatiga crónica tendría unos criterios diagnósticos similares a los de neurastenia de la CIE-10 (Reid & Wessely, 1999).

La categoría general de trastornos somatoformes aparece por primera vez en el DSM-III en 1980, ampliándose en la revisión de 1987 (se añaden el trastorno dismórfico y el trastorno somatoforme indiferenciado). Los trastornos somatoformes incluidos en el DSM-IV son los mismos que en la edición anterior.

-Somatización: La característica esencial de este trastorno, también conocido como síndrome de Briquet, es la presencia de numerosas molestias corporales que no pueden ser explicadas completamente por una condición médica general conocida o los efectos directos de una sustancia o sí existe tal condición médica general relacionada, los síntomas físicos o el deterioro social o laboral resultante es mucho mayor que lo que cabría esperar por la historia, el reconocimiento físico o los hallazgos de laboratorio. Por otra parte, los síntomas no son fingidos o producidos intencionadamente. Se señala en el DSM-IV que en cualquier momento durante el curso del trastorno, deben haberse cumplido cada uno de los siguientes criterios: al menos cuatro síntomas de dolor, dos síntomas gastrointestinales, un síntoma sexual y un síntoma pseudoneurológico. También se indica que el inicio del trastorno es antes de los 30 años, sigue un curso crónico y conduce a la búsqueda de tratamiento o a un deterioro significativo a nivel social, laboral o en otras áreas importantes del funcionamiento.

-Trastorno por conversión: Se caracteriza por la presencia de uno o más síntomas que afectan a la función motora voluntaria o sensorial y que sugieren una

condición neurológica u otra condición médica general, se considera la implicación de factores de tipo psicológico en la medida que el inicio o exacerbación del síntoma está precedido por conflictos y otros estresores, no se produce de manera intencionada o fingida, no es provocado por condición médica o efectos directos de una sustancia. En contraste al trastorno por somatización que es crónico y polisintomático, el trastorno por conversión es, en general, esporádico y monosintomático. Se ha llamado la atención sobre la aparente despreocupación por los síntomas que muestran estos pacientes (“bella indiferencia”). También se ha indicado el carácter simbólico del síntoma físico presentado. Es decir, un conflicto subyacente sería representado simbólicamente a través del síntoma (Hyer & Sussman, 1984).

-Trastorno por dolor somatoforme: El núcleo predominante de la presentación clínica es el dolor en una o más zonas anatómicas cuya intensidad justifica la atención médica. Además, el dolor origina angustia o deterioro psicosocial, hay evidencia de la participación de factores psicológicos en el inicio u exacerbación del dolor que no puede explicarse por un trastorno del estado de ánimo, de ansiedad o psicótico y no es producido intencionadamente o fingido. Con frecuencia esta condición comienza tras sufrir algún tipo de daño pero se mantiene más allá de que haya concluido el proceso de curación. Por esta razón, puede ser difícil la decisión de cuando terminó el dolor orgánico y cuando comenzó el psicógeno (Fordyce, 1986, cit. Tyrer, 1988, pag. 114).

-Trastorno dismórfico corporal: La característica central sería la preocupación por un defecto imaginado en la apariencia física que ocasiona angustia o deterioro psicosocial y que no es explicada mejor por algún otro trastorno mental (caso, por ejemplo, de la anorexia nerviosa).

-En una última categoría denominada “Trastorno somatoforme indiferenciado” se incluirían aquellos problemas somatoformes no clasificables en ninguna de las categorías precedentes. Caballero & Caballero (1998) mencionan como ejemplos el “trastorno por somatización abreviado” (al menos seis síntomas somáticos médicamente inexplicado para las mujeres y cuatro para los hombres) propuesto por Escobar, Waitzkin, Silver, Gara & Holman (1998) sobre la base de que el trastorno por somatización es restrictivo en exceso y deja fuera de la definición a un buen número de pacientes con sintomatología somática inexplicada sustancial que se asocia a mayor

presencia de problemas de tipo emocional o mayor frecuentación de servicios sanitarios entre otras características. También mencionan Caballero & Caballero (1998) el “trastorno multisomatoforme” (tres o más síntomas sin explicación médica de al menos dos años de evolución), propuesto por Kroenke, Spitzer, Gruy et al (1997). Finalmente, el trastorno vegetativo somatoforme de la CIE-10 también se podría incluir entre los trastornos somatoformes indiferenciados del DSM-IV.

La clasificación de los trastornos somatoformes no está exenta de críticas. Martin (1999), por ejemplo, al referirse a esta clasificación en el DSM-IV cuestiona 1) la adecuación de separar los trastornos somatoformes de los psicósomáticos y de las enfermedades en las que es discernible la influencia de factores psicológicos. Tomando como referencia el modelo bio-psico-social del enfermar, el autor indica que más que una separación tajante debería considerarse la variabilidad de la influencia psicológica y psicosocial en la sintomatología física y viceversa, 2) el uso de criterios de exclusividad en los distintos diagnósticos cuando el solapamiento sintomatológico refleja mejor la realidad clínica y 3) el uso de diferentes sistemas para la clasificación de los distintos trastornos. Por ejemplo en el caso de trastorno por somatización el sistema empleado consiste en el recuento de síntomas somáticos médicamente inexplicados, en el caso del trastorno por conversión se utiliza un sistema causal (los síntomas se relacionan con estresores y conflictos) y en el de la hipocondría, un sistema descriptivo (descripción de las distintas características).

Recientemente se ha propuesto (Rief & Hiller, 1998) una clasificación alternativa de los problemas con presentación somática:

- 1) Un diagnóstico para los trastornos caracterizados por múltiples síntomas somatoformes (Trastorno somatoforme polisintomático). Dentro de este se incluirían subtipos como el actual trastorno por somatización y se podrían incluir otros como el síndrome de fatiga crónica.
- 2) Un diagnóstico para aquellos pacientes con solo unos pocos síntomas somatoformes pero altamente limitadores del funcionamiento (Trastorno somatoforme específico).

- 3) Trastorno de dolor. Esta categoría, sin embargo, merece posterior estudio ya que es posible que sea apropiada su inclusión entre los trastornos somatoformes específicos.
- 4) Trastorno de ansiedad por la salud. Que se corresponde a la actual hipocondría, pero que evita el estigma asociado a este término.
- 5) Una categoría residual de trastornos somatoformes no especificados en otro lugar.

Caballero y Caballero (1998) recogen algunas características clínicas que, adicionalmente, ayudan a delimitar la hipocondría de otros trastornos somatoformes comunes:

	<i>Trastorno somatización</i>	<i>por Hipocondría</i>	<i>Dolor somatoforme</i>
Sexo	Mas mujeres	Igual	Igual
Edad de inicio	Antes de los 30 años	Cualquiera	Cualquiera
Desencadenantes	Múltiples	Enfermedades familiares	Lesiones agudas
Personalidad	Disemocional	Obsesiva	Mixta
Curva vital	Caótica	Ordenada, egoísta	Ergópata
Historia familiar	Disfunción seria por: -sociopatía -abuso de sustancias	Excesiva preocupación por la salud	Dolores psicógenos. Alexitimia

2. La hipocondría como problema de ansiedad

La definición del DSM-IV de Hipocondría enfatiza como aspecto nuclear la interpretación de los síntomas corporales en un sentido patologizador. Tales molestias, señalan Barsky & Klerman (1983) y Mayou (1993) suelen ser vagas, variables y generalizadas. La queja más frecuente es el dolor, en una variedad de regiones anatómicas (abdominal, pectoral, muscular, articular, de la zona lumbar, facial, pélvica, de cabeza). Las áreas más frecuentemente implicadas en las molestias son el abdomen,

pecho, cuello y cabeza. Por ejemplo, en el estudio de Kenyon hasta un 56,8% de los pacientes clasificados como hipocondríacos primarios informaban de dolor en la cabeza y/o cuello, 41,1% en el abdomen y 30,2% en el pecho. Porcentajes muy similares fueron encontrados en el caso de los pacientes cuyas preocupaciones hipocondríacas eran juzgadas como secundarias a otras psicopatologías. Este mismo autor informa que los sistemas orgánicos más frecuentemente implicados en las molestias son el gastrointestinal, musculoesquelético y sistema nervioso central. Aunque las quejas tienden a ser difusas y generalizadas, un síntoma o área particular tal como el dolor o la función cardíaca pueden ser el centro de la atención y preocupación del paciente y dominar su vida (Kenyon, 1976). Klonoff & Landrine (1993) realizan un análisis de las representaciones de las partes corporales y extraen varias dimensiones que incluyen el grado en que la parte corporal es representada como vulnerable, estigmatizada, sexual, privada o importante. Tales representaciones, que en cierta medida pueden derivarse de la historia personal, factores culturales o aprendizaje simbólico (“tener el corazón destrozado” por ejemplo), probablemente influyan en la mayor o menor facilidad para que surjan preocupaciones y síntomas físicos asociados en las distintas áreas corporales. En este sentido, Kirmayer & Young (1998) señalan que “Cuando un paciente habla de malestar cardíaco, por ejemplo, puede estar hablando simultáneamente de sensaciones físicas atribuidas al corazón y usando una metáfora evocativa que contiene un significado afectivo específico”.

A pesar de la experiencia habitual de síntomas físicos, el aspecto crucial que caracteriza al paciente hipocondríaco es la preocupación generada por los mismos que se asocia a la sospecha o temor de enfermedad grave. Señalan Chorot & Martínez Narvaez (1995) que los trastornos somatoformes podrían agruparse en dos categorías más generales sobre la base de los aspectos centrales. Un grupo de trastornos sería el de aquellos en que se produce una pérdida de función o una alteración en el funcionamiento físico (Trastorno por somatización, de conversión y de dolor somatoforme). En el otro grupo la característica principal sería la preocupación con respecto a posibles problemas corporales. Este sería el caso del trastorno dismórfico corporal y de la hipocondría. De modo coherente con este planteamiento, Stretton, Salovey & Mayer (cit. Avia, 1993, pag. 41), en un estudio con cuestionarios de síntomas somáticos funcionales, conducta de enfermedad y actitudes hipocondríacas, encuentran dos dimensiones principales que se corresponderían, por una parte, a la

preocupación y rumiaciones ansiosas acerca del funcionamiento corporal y , por otra parte, a la tendencia a experimentar problemas. Esta última dimensión reflejaría la experiencia de síntomas somáticos variados y la expresión abierta de malestar y conductas de rol de enfermo. La combinación de las dos dimensiones daría lugar a cuatro variantes principales:

		<i>Miedo y preocupación por la enfermedad</i>	
<i>Tendencia a experimentar problemas</i>	Mucha	Mucho Hipocondríacos y/o enfermos	Poco Somatizadores y/o enfermos
	Poca	Fóbicos a la enfermedad o sanos preocupados	Sanos

En el esquema se refleja el hecho de que es posible experimentar una notable preocupación por las enfermedades sin manifestaciones sintomáticas o de conducta de enfermedad anormal notables. Esta variante se correspondería al del fóbico a la enfermedad. Por otra parte, ambas dimensiones pueden darse en medida elevada lo que reflejaría un patrón de excesiva preocupación por los síntomas que son experimentados con intensidad, crónicamente y que dan lugar al uso insistente de los servicios de salud. Esta variante se corresponde a la hipocondría tal y como ha sido caracterizada por diversos autores (por ejemplo, Nemiah, 1982; Tyrer, Fowler-Dixon, Ferguson & Kelemen, 1990). Lo que hay que destacar es que, independientemente de otras manifestaciones que frecuentemente co-ocurren (síntomas somáticos, conducta de enfermedad anormal, síntomas emocionales), es el componente de preocupación o miedo a la enfermedad el que es nuclear en la ansiedad por la salud.

Un estudio de Kirmayer y Robbins (1991) en el contexto de atención primaria evidencia la separación de la hipocondría de cuadros clínicos en los que domina la sintomatología somática funcional y trastornos psicológicos que como la ansiedad o la depresión pueden presentarse de un modo somático. La principal conclusión de su trabajo es que los tres subtipos se solapan solo hasta cierto punto lo que indica que es inapropiado inferir por la presencia de unas características la presencia de las otras. De los pacientes hipocondríacos identificados el 56,6% eran tipos puros, mientras que el

32% cumplían el criterio abreviado para somatización propuesto por Escobar & Canino (1989) de 6 síntomas somáticos funcionales para las mujeres y 4 para los hombres. Así pues, estos autores identifican tres dimensiones: La tendencia a experimentar e informar de síntomas funcionales, la tendencia a preocuparse o estar convencido de que se está enfermo y la tendencia de algunas personas con depresión o ansiedad a presentarse predominantemente con síntomas somáticos. En el estudio de Escobar, Gara, Waitzkin, Silver, Holman & Compton (1998) se encontró un porcentaje mayor de pacientes hipocondríacos que cumplían el criterio de trastorno de somatización abreviado (60%). Por otra parte, 15% de los sujetos con trastorno por somatización abreviado también cumplían los criterios diagnósticos DSM-IV para hipocondría en comparación con el 2,2% por debajo del umbral para este diagnóstico. Recientemente en España, García Campaño, Lobo, Pérez-Echeverría & Campos (1998) estudiaron estas tres formas de somatización en una muestra de 1559 pacientes de Atención Primaria de 8 centros de salud de Zaragoza elegidos al azar. Los resultados indicaron un solapamiento significativamente mayor que el hallado por Kirmayer & Robbins (1991) (42,6% vs 21,7%). En lo que se refiere a la hipocondría, solamente 25 pacientes de los 105 eran tipos puros, 40 presentaban también sustancial sintomatología somática médicamente no explicada (4 o más síntomas para los hombres y 6 o más para las mujeres), 9 presentaban sintomatología somática funcional en relación con problemas emocionales y 31 presentaban las tres formas de somatización. Así pues, la hipocondría no acompañada de otros problemas en comparación con el primer estudio se daba con una frecuencia significativamente menor (alrededor de la mitad). García Campaño et al (1998) aportan dos posibles explicaciones de la disparidad de los resultados en cuanto a concurrencia de problemas (especialmente notoria en la somatización hipocondríaca y en la somatización derivada de trastorno emocional): Una primera se basaría en diferencias socioculturales entre los lugares en los que se realizaron ambos estudios. La segunda en la posible mayor cronicidad de los problemas de los pacientes de su muestra aunque ello no se pueda confirmar dado que Kirmayer & Robbins (1991) no ofrecen datos acerca de la duración de los síntomas en los pacientes de su muestra. García Campaño et al (1998) llaman la atención sobre un resultado interesante: la tendencia de los pacientes con más de un tipo de somatización a tener una mayor antigüedad en los síntomas. Así, el 80,6% de los pacientes con las tres formas de somatización presentaban síntomas desde hacía más de 6 meses mientras que la cronicidad (definida como más de 6 meses con síntomas) en las formas puras iba de 52% a 68%. Plantean

los autores que el mayor solapamiento puede tener relación con la mayor duración. Así, formas inicialmente puras pueden complicarse con el transcurrir del tiempo con la adición de nuevos síntomas. Un ejemplo de ello sería la persona que pasa por circunstancias especialmente estresantes y comienza a experimentar molestias físicas (por ejemplo, malestar abdominal o cefalea tensional). El mantenimiento de estos síntomas puede conducir a preocupaciones acerca de su significado, a la focalización de la atención en los síntomas y finalmente a un incremento de la perturbación emocional ante la percepción alarmante, pesimista o de incapacidad de cambio en el malestar.

El poner en el centro de la conceptualización de la hipocondría la preocupación o la percepción de amenaza supone considerarla como un problema cuya base es la ansiedad. Hasta ahora la hipocondría se ha anclado en la categoría más amplia de los trastornos somatoformes. Sin embargo, autores como Schmidt (1994) siguiendo la lógica de la hipocondría como trastorno de ansiedad señala la posibilidad de establecer varios subtipos según la naturaleza de esta:

- 1) Hipocondría general: El paciente no teme una enfermedad en particular sino las enfermedades graves en general.
- 2) Fobia a la enfermedad: Miedo de larga duración a contraer una enfermedad grave en particular.
- 3) Trastorno de pánico: La preocupación hipocondríaca se focaliza en el funcionamiento respiratorio o cardíaco.
- 4) Reacción hipocondríaca: Respuesta de temor de duración limitada ante el diagnóstico de una enfermedad. Para hablar de reacción hipocondríaca el miedo debe ser desproporcionado a la gravedad y pronóstico de la condición.

Otro posible subtipo de hipocondría como trastorno de ansiedad sería el que el autor denomina hipocondría mental, es decir, el temor o convicción de que los propios pensamientos o sentimientos no son normales junto a las consecuencias temidas de tales supuestas anomalías: por ejemplo, pérdida de control o locura. Es de destacar que ya Freud (1895, cit. Aisenstein & Gibeault, 1991) utilizó el término “fobia hipocondríaca”

para referirse a una mujer asustada acerca de la posibilidad de volverse loca. Cabe señalar, por otra parte, que este tipo de temores aparecen en las clasificaciones psicopatológicas dentro del rango de síntomas posibles del trastorno de pánico.

Ryle (1948) elaboró una clasificación de los temas objeto de temor en el fóbico a la enfermedad. Pueden ser varios, según el autor, los focos de aprensión ansiosa. En concreto, indica los siguientes: a) miedos acerca de una enfermedad o daño existente y su posible importancia, b) miedos a heredar una enfermedad, c) miedos a adquirir enfermedades, particularmente las debidas a tipos de infección bien conocidas, d) miedos vinculados a una enfermedad que no está presente pero que el paciente sospecha y e) miedos a la muerte como consecuencia final de la enfermedad.

La conceptualización de la hipocondría como trastorno de ansiedad no implica únicamente percepciones de riesgo incrementado o sospecha de enfermedad. Otras valoraciones pueden estar también implicadas. Así, la ansiedad es potenciada por el costo percibido del suceso temido. Es posible hacer estimaciones de probabilidad relativamente bajas y sin embargo experimentar un grado de ansiedad elevado si se considera aterrador el suceso. Otras valoraciones como son la capacidad percibida de enfrentarse a la situación hipotética o los recursos auxiliares con los que contaría en caso de producirse la amenaza pueden ser también factores importantes en el grado de ansiedad experimentado (Salkovskis, Forrester & Richards, 1998).

La asociación de la hipocondría con otros trastornos de ansiedad [especialmente, el trastorno de pánico (Noyes, 1999)], tanto en cuanto a comorbilidad como en cuanto a mecanismos compartidos es una evidencia más de la adecuación de concebir la hipocondría como problema de ansiedad. Posteriormente se hará referencia a los elementos compartidos con otros trastornos que tienen como base la experiencia de ansiedad: el trastorno de pánico y el trastorno obsesivo-compulsivo.

3. Hipocondría y representación de la enfermedad

Tradicionalmente, la medicina psicosomática ha dirigido su atención hacia los factores psicológicos que influyen en el origen y curso de las enfermedades así como sobre sus consecuencias psicológicas. Más recientemente, la aproximación

psicofisiológica ha relacionado procesos psicológicos particulares con determinadas respuestas fisiológicas. Los estudios característicos de esta aproximación están dirigidos a examinar si tipos particulares de estímulos o reacciones psicológicas producen reacciones fisiológicas características (especificidad Estímulo-Respuesta) y si diferentes individuos reaccionan de modos diferenciales ante los mismos estímulos (especificidad Individuo-Respuesta). Una revisión y análisis de estudios y teorías se puede encontrar en Sandín, Chorot, Santed & Jiménez (1995).

Una aproximación diferente a este campo de la relación Psicología-Medicina pone el acento en las percepciones y representaciones de la enfermedad y del estado físico en general y su influencia sobre la respuesta a la enfermedad y los síntomas somáticos (Weinman & Petrie, 1997). Tal aproximación, derivada de la Psicología cognitiva, parte del hecho de que “así como se construyen representaciones del mundo externo para explicar y predecir los sucesos, los pacientes desarrollan modelos cognitivos de los cambios corporales de tanto síntomas transitorios como enfermedades de mayor duración” (Weinman y Petrie, 1997). Así, desde este punto de vista, las representaciones o esquemas de las sensaciones y del funcionamiento corporal, basados en experiencias de aprendizaje, intercambio social actual o informaciones de los medios de comunicación entre otros factores posibles, sirven de base para la interpretación y comprensión de los síntomas o sensaciones actuales e influyen decisivamente en las conductas de enfermedad (por ejemplo, McHugh & Vallis, 1986, cit. Ballester, 1993).

Las sensaciones corporales están siendo codificadas continuamente pero la conciencia de las mismas depende de factores tales como la intensidad sensorial, la propensión general a atender externamente, el grado de estimulación externa capaz de competir con la interna (en ambientes aburridos hay una mayor probabilidad de experimentar sensaciones somáticas) o determinadas actitudes o creencias que llevan a atender selectivamente al estado interno. El paso de la conciencia al informe de los síntomas implica otros factores como las consecuencias sociales esperadas de informar o la percepción de su amenaza potencial (Pennebaker, 1982). Dos tipos de procesos están implicados en la experiencia de los síntomas. Por una parte, un proceso “Abajo-arriba” o “Bottom up” que se refiere a la influencia del componente sensorial sobre la representación o valoración de la misma. Este proceso puede implicar la síntesis de los síntomas o sensaciones en categorías más amplias (como enfermedad). Por otra parte,

en base a las categorías así sintetizadas se dirige la atención, se seleccionan los estímulos y se da significado a los síntomas (procesos “arriba-abajo” o “top-down”). En palabras de Pennebaker (1982) “Existe una inclinación a buscar/atender a información relevante más que la irrelevante para las hipótesis que adoptemos y hay un sesgo hacia la confirmación de hipótesis. En la mayoría de los casos tenemos a nuestra disposición gran número de sensaciones internas que son vagas, difusas y subjetivas. Dada su ambigüedad, su percepción e interpretación estará en gran medida influida por las hipótesis que adoptemos”. Y Leventhal (citado por Croyle, 1992), por su parte, señala que “dados unos síntomas el individuo buscará una etiqueta diagnóstica y dada una etiqueta buscará unos síntomas”.

Los síntomas son considerados como estímulos sujetos a procesos psicosociales complejos y susceptibles de ser influidos más allá de mecanismos biosensoriales (Cioffi, 1991; Pennebaker, 1982). En este sentido Croyle (1992) alude a la ambigüedad de muchos síntomas y signos físicos e indica que “muchas decisiones relacionadas con la salud son tomadas con información incompleta bajo condiciones de alta incertidumbre. Las valoraciones de enfermedad son fácilmente influidas por una variedad de factores tanto personales como sociopsicológicos. El estudio de la valoración relacionada con la enfermedad, así, puede contribuir a nuestra comprensión de tanto la Psicología de la enfermedad como la Psicología social de los procesos de valoración en general”. Las implicaciones que ello tiene para la asistencia son obvias: Una parte importante del trabajo del médico es conocer la representación de los síntomas que mantiene el paciente y modificarla (aportando información relevante y comprensible) cuando no se ajuste a la realidad clínica de modo que se minimicen las consecuencias negativas diversas (como inadecuado cumplimiento de las prescripciones médicas o preocupaciones por la salud injustificadas) de la representación errónea.

Algunos se han referido a la hipocondría como una tendencia a interpretar una gran proporción de información tanto interna como externa en términos relacionados con la enfermedad (Cioffi, 1991). Por otra parte e independientemente de tendencias individuales a adoptar hipótesis de enfermedad, los propios contextos situacionales ejercen un papel en la mayor o menor facilidad de que se adopten. Por ejemplo, los contextos clínicos (tales como hospitales) pueden favorecer la ideación relativa a la enfermedad y la experiencia de sensaciones físicas (Freeston, Gagnon, Ladouceur,

Thibodeau, Latarte & Rheume, 1994). En estos contextos es más fácil que en otros que se den interpretaciones relacionadas con enfermedades. Del mismo modo en situaciones de estrés los síntomas es más fácil que se atribuyan a este que a otras causas (Cameron, Leventhal & Leventhal, 1995). Otro ejemplo de influencia del contexto situacional en la atribución alarmante de las sensaciones físicas es aportado por Rachman, Levitt & Lopatka (1987) quienes encuentran entre pacientes con trastorno de pánico que las sensaciones de dificultad respiratoria conllevan una cualidad más amenazante en un espacio cerrado que en uno abierto o la sensación de debilidad en un lugar público abarrotado que mientras que se está en casa.

Conciencia e información de síntomas son aspectos centrales de la conducta de enfermedad. Este concepto, derivado de la Sociología médica y con sus orígenes en la noción de enfermo de Parsons se podría definir siguiendo a Mechanic (1986) como “la manera en que la gente responde a las indicaciones corporales y las condiciones bajo las que comienza a considerarlas anormales. La conducta de enfermedad, así, implica la manera en que las personas observan sus cuerpos, definen e interpretan sus síntomas, toman acciones de remedio y utilizan fuentes de ayuda como el sistema de cuidado de salud”.

La hipocondría puede incluirse dentro del marco más amplio de la conducta de enfermedad anormal que Pilowsky (1986, 1990, 1993) define del modo siguiente: “la persistencia de un modo desadaptativo de experimentar, percibir, evaluar y responder al propio estado de salud a pesar de que el médico ha proporcionado una valoración adecuada de la situación y del tratamiento a seguir (si es que es necesario alguno) con oportunidades para la discusión y clarificación, basada en una evaluación apropiada de los factores biológicos, psicológicos, sociales y culturales influyentes”. Así, en esta definición se señala la necesidad de que haya un intercambio médico-paciente a través del que el primero aporta información necesaria para que la manera en que el paciente concibe los síntomas sea apropiada (su significado diagnóstico, causas y tratamiento si es necesario). Es decir, se intenta que la representación del paciente de sus síntomas coincida con la del médico quien idealmente tiene en consideración no solo las causas físicas sino también otras influencias como las emocionales, sociales y culturales en la experiencia de los síntomas del paciente.

Este autor ha elaborado una clasificación de trastornos y manifestaciones que se caracterizan por conductas de enfermedad anormales basándose en las siguientes dimensiones: la focalización (física o psicológica), la afirmación o negación de la enfermedad y el tipo de motivación subyacente (consciente o inconsciente). Su clasificación en lo que se refiere a la conducta de enfermedad anormal focalizada somáticamente se reproduce a continuación (Pilowsky,1990):

<i>Afirmación de la Enfermedad</i>	<i>Negación de la enfermedad</i>
<p>A. <u>Motivación predominantemente consciente</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Simulación 2. Síndrome facticio con síntomas físicos 	<p>A. <u>Motivación predominantemente consciente</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Negación de enfermedad para obtener empleo 2. Negación para evitar terapias temidas 3. Negación por vergüenza o culpa
<p>B. <u>Motivación predominantemente inconsciente</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Neurosis (trastornos somatoformes) <ul style="list-style-type: none"> -Trastorno por somatización -Trastorno conversivo -Trastorno por dolor somatoforme -<u>Hipocondría</u> -Trastorno dismórfico 2. Delirios hipocondríacos asociados a: <ul style="list-style-type: none"> -Depresión mayor -Trastorno esquizofrénico -Psicosis hipocondríaca monosintomática 	<p>B. <u>Motivación predominantemente inconsciente</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Neurosis (ejemplos) <ul style="list-style-type: none"> -Ausencia de colaboración tras infarto de miocardio -Conducta contrafóbica en la hemofilia -Falta de colaboración con la terapia antihipertensiva 2) Psicosis <ul style="list-style-type: none"> -Negación de patología somática (por ejemplo, como parte de un trastorno esquizofrénico o maniaco) 3) Neuropsiquiátrico

	<i>-Anosognosia</i>
--	---------------------

2. La hipocondría como rasgo o atributo de la personalidad

Se ha destacado recientemente la fuerte asociación de trastornos de personalidad y trastornos somatoformes, siendo la asociación es más débil en el caso de trastornos de la personalidad y otros trastornos psicológicos del eje I. Este hecho ha conducido a la sugerencia de que la comprensión de los trastornos somatoformes se facilitaría con la consideración del desarrollo psicológico en la medida que los problemas somatoformes son mejor comprendidos como pautas desadaptativas vinculadas a un desarrollo disfuncional de la personalidad (Bass & Murphy, 1995; Barsky, 1995).

La definición que el DSM-IV ofrece de trastorno de personalidad es la siguiente: "Una pauta duradera de experiencia y conducta que se desvía marcadamente de las expectativas de la la cultura del individuo. Esta pauta se manifiesta en dos o más de las siguientes areas: cognición, afectividad, funcionamiento interpersonal y control de impulsos". Se indica asimismo la necesidad de que esta pauta sea generalizada y estable en el tiempo. Uno de los rasgos clave de las alteraciones de la personalidad son las estrategias de enfrentamiento de la persona ante las circunstancias estresantes o ante las distintas tareas del desarrollo. Tales estrategias, en el caso de los trastornos de personalidad, se caracterizarían por su carácter desadaptativo. Las estrategias de enfrentamiento podrían ser entendidas, siguiendo a Millon (1969) como "hábitos y actitudes profundamente engranados y esencialmente inconscientes que 'aparecen' automáticamente cuando el sujeto se enfrenta a situaciones de la vida cotidiana que percibe como algo comparable a situaciones del pasado. Persisten, en parte, por pura inercia".

Bass y Murphy (1995) plantean que las estrategias utilizadas ante distintas tareas a lo largo del desarrollo pudieran ser adaptativas en su momento pero que la rigidez en su uso y su persistencia las hace problemáticas. Un ejemplo de estrategia desadaptativa es la somatización y las conductas de enfermedad anómalas asociadas como modo

predominante de expresar el malestar psicológico. Tal estrategia pudo ser útil y adaptativa en determinados momentos como forma de obtener cuidados y apoyo pero su uso predominante y persistente puede interferir con la adaptación cuando las circunstancias psicosociales cambian e impedir el desarrollo de otras estrategias que la faciliten. Al respecto comentan “La expresión y comunicación de malestar a través de síntomas corporales es probablemente universal en la infancia. En la mayoría de situaciones tales señales de malestar son adaptativas y dan lugar o elicitan cuidados y atención. Los niños invariablemente experimentan el rol de enfermo con las ventajas que confiere. Para la mayoría esas ventajas son transitorias si se ven desde una perspectiva del desarrollo. Esto puede no ser así en aquellos para quienes el rol de enfermo ofrece una solución a largo plazo para los desafíos del desarrollo que no pueden ser resueltos por vías más saludables. La conducta de rol de enfermo desadaptativa puede contemplarse como la expresión de un problema del desarrollo”. Y también señalan que “Las consecuencias del uso temprano, prolongado o recurrente del rol de enfermo, como estrategia de enfrentamiento, son que fácilmente afecta de modo adverso el desarrollo cognitivo, autoimagen, conducta interpersonal y otras áreas del desarrollo de la personalidad. La asociación de los trastornos somatoformes con trastornos como el evitativo, pasivo-dependiente y otros trastornos de la personalidad testimonia el nexo de las vías del desarrollo con el desajuste adulto: vías que convergen y divergen del rol de enfermo”. Stuart & Noyes (1999) señalan que la expresión sintomática puede verse primada cuando hay alteraciones en la formación de los vínculos afectivos durante la infancia. El niño puede aprender que estas expresiones, en contraste con otras conductas de apego, son los únicos modos viables de lograr el contacto afectivo deseado. Tales pautas de conducta pueden llegar a convertirse en hábitos que se mantienen a la largo de la vida y que se manifiestan de un modo más notorio en épocas de aumento del distrés emocional y en la relación con allegados y también con los profesionales de la salud en quienes se busca atención y reaseguramiento repetidamente.

Cabe comentar aquí el planteamiento de Katon et al (1982) quienes hacen referencia a la importancia de la articulación de un lenguaje para las emociones dentro de la familia, cuando este no existe o es precario se producirá en momentos de malestar emocional una tendencia a centrarse sobre los cambios fisiológicos que lo acompañan. Este lenguaje corporal (al que se ha denominado somatotimia) es, como ya se indicó,

uno de los medios más poderosos de elicitar cuidados y apoyo. Si la persona no dispone de otros modos de obtener el apoyo que busca es fácil que recurra a este. Henderson (1974) interpreta la conducta de enfermedad anormal como una manifestación patológica de la dependencia, es decir, como una expresión desviada de una conducta importante filogenéticamente que tiene por finalidad la obtención de ayuda y atención. También Aldrich (1981) en su análisis de los patrones de conducta hipocondríacos crónicos y severos enfatiza el aprendizaje en la familia de la expresión de síntomas físicos como la mejor (y en algunos casos única) manera garantizar una relación protectora y confortadora ante el malestar emocional. Así, la expresión sintomática podría servir a una finalidad y convertirse en una forma de vida con una funcionalidad clara. Marino Pérez (1999) en la discusión de la Psicología de Adler alude a la consideración que este autor hace de los “arreglos neuróticos” del siguiente modo: “El arreglo neurótico se refiere al uso de la enfermedad como forma de vida. El sujeto se retira de los compromisos (demandados por el sentido común (de acuerdo, obviamente, con su trayectoria y circunstancias) y se aloja en los síntomas que vendrían, entonces, a legitimar su condición tras-tornada. Los síntomas legitiman ‘la enfermedad’ que a su vez justifica el refugio en la seguridad que da la inactividad y la retirada de tareas vitales, que para Adler son: el trabajo, el amor, la familia y la vida comunitaria. Este arreglo, lo que Freud denominaría en su sistema ‘formación de los síntomas’, derivaría de la inferioridad orgánica y valorativa, de la estilística aprendida en relación con situaciones problemáticas del pasado, de la sensibilidad y percepción tendenciosa que descompensarían el ajuste adaptativo, y de la imitación o, como también dice Adler, ‘infecciones psíquicas’”.

En un estudio sobre trastornos de personalidad en pacientes con trastorno por somatización Stern, Murphy & Bass (1993) encuentran que el 72% de los 25 pacientes con trastorno por somatización tenían además uno o más trastornos de personalidad frente al 36% del grupo de comparación compuesto por 25 pacientes con trastornos de ansiedad y depresión. Entre los problemas de personalidad predominantes en el primer grupo destacaban los caracterizados por pautas pasivo-dependientes. Este hallazgo es consistente con la interpretación del rol de enfermo como una estrategia dirigida a cubrir necesidades de dependencia. También lo es la caracterización psicológica que Blumer & Heilbronn (1981) hacen del que denominan “trastorno de propensión al dolor”. En su estudio con 234 pacientes con dolor crónico encuentran que entre las

características psicológicas destacaban la evitación y negación de conflictos, necesidades infantiles de dependencia y cuidados, pasividad marcada, incapacidad de enfrentarse a la ira y hostilidad y tendencia a la culpabilidad. Como es lógico el aferramiento a tales modos de relacionarse surge en un contexto psicosocial facilitador como los propios Blumer y Heilbronn señalan cuando comentan que “estos pacientes frecuentemente tenían modelos de dolor e incapacidad en sus experiencias vitales tempranas”. Hay, en este sentido, estudios que evidencian una alta frecuencia de experiencias de aprendizaje en relación con la enfermedad (refuerzo positivo y negativo de la expresión de síntomas, exposición a modelos que expresan molestias y preocupaciones por la salud característicamente, experiencia de enfermedad personal o en la familia) entre los pacientes con trastornos somatoformes.

Así pues, la tendencia a ser problemas crónicos que se inician tempranamente, la historia de acontecimientos y circunstancias vitales semejantes y la comprensión de estas pautas como estrategias de enfrentamiento ante conflictos y problemas que dificultan más que facilitan la adaptación son elementos que acercan a los trastornos somatoformes a los trastornos de la personalidad.

Bass & Murphy (1995) detallan los hechos que apoyan la consideración de los trastornos somatoformes como trastornos de la personalidad:

- a) La mayoría de los trastornos somatoformes (por ejemplo, hipocondría, trastorno dismórfico corporal o trastorno por somatización) consisten en rasgos persistentes, duraderos y estables. Los pacientes con trastornos somatoformes se presentan con síntomas al igual que los otros pacientes pero lo que los diferencia de los últimos es que presentan un patrón característicamente maladaptativo y frecuentemente intratable de conducta de enfermedad
- b) Como en los trastornos de la personalidad esta conducta se inicia generalmente en la infancia y se acompaña por un continuo desajuste personal y social a través de la vida del paciente

- c) Al igual que en los trastornos de la personalidad es necesario el conocimiento cercano y prolongado del paciente y de sus actitudes y conductas antes de que se pueda asegurar un diagnóstico. Es decir más que la conducta en sí es el carácter repetitivo de la misma lo que constituye el problema: Considerada transversalmente más que longitudinalmente la conducta y quejas del paciente difícilmente sugieren un trastorno mental o de conducta. El paciente consulta al médico por una molestia y parece esperar lo que cualquiera esperaría: pruebas, tratamiento o reaseguramiento acerca de lo benigno de los síntomas.
- d) Los estudios longitudinales de mujeres adolescentes con trastornos de conducta así como diagnóstico de trastorno de personalidad en la adultez, muestran que también tienen un riesgo muy incrementado de convertirse en somatizadoras crónicas. Ello difícilmente es una coincidencia y refleja una covariación significativa en las estrategias desadaptativas de enfrentamiento con las dificultades de la vida, incluyendo las relaciones sociales con los cuidadores y las figuras de apego.
- e) El seguimiento a largo plazo de pacientes neuróticos demuestra que aquellos con sintomatología predominantemente hipocondríaca tienen no solo más síntomas sino también un ajuste a largo plazo más pobre.
- f) Antes de la introducción de los trastornos en el DSM III en 1980, numerosos estudios no controlados, informes de caso y observaciones clínicas informales sugerían que los pacientes con histeria (estrechamente relacionada con el trastorno por somatización) tenían una alta prevalencia de trastornos de personalidad.

En general, la marcada asociación trastornos de la personalidad y trastornos somatoformes ha llevado a Barsky (1995) a afirmar que “quizás solo cuando los síntomas somáticos funcionales son sobreimpuestos a rasgos de personalidad desadaptativos, el individuo busca atención médica y se convierte en paciente. El

trastorno de personalidad puede dejar a los pacientes con menos recursos de afrontamiento y defensas menos resistentes de modo que el estrés situacional precipita la búsqueda de ayuda médica en este subgrupo de somatizadores pero no en aquellos que no tienen patología del eje II significativa”. La afirmación de Barsky (1995) se podría matizar señalando que los déficits o inadecuaciones en la conducta de afrontamiento del estrés (uno de los “rasgos” en los que se basa la etiqueta de trastorno de la personalidad) favorece la emergencia de síntomas somatoformes ante el mismo.

En el caso de la hipocondría específicamente, Barsky, Wyshak & Klerman (1992) encuentran, en una muestra de 42 pacientes que cumplían los criterios diagnósticos DSM-III-R para hipocondría, que el 63% de los casos había indicaciones de la existencia de trastorno de personalidad asociado. Este porcentaje era tres veces mayor que el de los sujetos del grupo de comparación compuesto por 76 pacientes reclutados en el mismo centro médico.. También Gayfallos, Adamopoulou, Karastergiou et al (1999) informan de una alta co-morbilidad de trastornos de la personalidad en pacientes con trastornos somatoformes en general e hipocondríacos en particular. En concreto, de los 23 pacientes hipocondríacos de la muestra en 17 se justificaba el diagnóstico de alguno de los trastornos de la personalidad.

En la definición de los trastornos de personalidad (previamente recogida) se pone el acento en la estabilidad de los rasgos clínicos. En el caso de la hipocondría hay pruebas de la tendencia a mantenerse establemente en el tiempo un conjunto de rasgos pese a que las características más agudas de la hipocondría clínica puedan atenuarse. Barsky, Wyshak & Klerman (1990) señalan que el paciente puede permanecer inusualmente preocupado por la salud sin desarrollar el trastorno psicopatológico de la clasificación psiquiátrica, lo que sugiere que la hipocondría como trastorno clínico “puede ser relativamente discreta y diferente de un conjunto subumbral o subdefinicional de síntomas hipocondríacos” estable en el tiempo. La estabilidad de las actitudes hipocondríacas se pone de manifiesto, por ejemplo, en otro estudio de Barsky, Cleary, Sarnie & Klerman (1993) en el que se hizo un seguimiento de 2 años de 22 pacientes que habían reaccionado a la presencia de una enfermedad con sintomatología hipocondríaca que justificaba el diagnóstico de hipocondría (excluyendo el criterio de 6 meses de duración) y que se denominaron “hipocondríacos transitorios” y 24 pacientes con una reacción normal. Aunque en el seguimiento solo 1 sujeto del primer grupo

continuaba cumpliendo los criterios diagnósticos, a los 2 años los hipocondríacos iniciales continuaban teniendo más actitudes y creencias hipocondríacas y tenían más síntomas somáticos y psicopatológicos. Los únicos predictores significativos en el seguimiento de los síntomas hipocondríacos eran la intensidad de los propios síntomas hipocondríacos y la tendencia a la amplificación somatosensorial en la evaluación inicial.

Tyrer, Fowler-Dixon, Ferguson & Kelemen (1990) argumentan a favor de la consideración de lo que denominan “trastorno hipocondríaco de la personalidad” basándose en la estabilidad de las características hipocondríacas. Los criterios que señala para este trastorno serían:

- a) Excesiva preocupación por el mantenimiento de la salud con conductas asociadas a esta preocupación (por ejemplo, consumir solamente una cantidad limitada de agua y comida o consumo regular de medicamentos “promotores de la salud” para mantenerse bien).
- b) La percepción de molestias y síntomas físicos menores es distorsionada y magnificada hasta la consideración de una enfermedad amenazante para la vida.
- c) Consultas repetidas en distintas especialidades médicas en busca de reaseguramiento, exploraciones y tratamientos.
- d) Rigidez de creencias acerca de la salud y estilo de vida que favorece la persistencia de las creencias.

Los pacientes con estas características tendrían otros rasgos asociados como son una elevada ansiedad, dependencia de otros y rasgos obsesivos de la personalidad. Recientemente Tyrer, Seivewerth & Seivewerth (1999) informan de los resultados de un estudio de seguimiento de pacientes con tales características. Los pacientes fueron seleccionados de una muestra de pacientes con distintos trastornos neuróticos constituyendo el 9% (n=17) de la muestra. Un 26% tenían otros trastornos de personalidad y en los restantes sujetos la psicopatología del eje I no venía acompañada de trastorno de la personalidad. Los resultados indicaron que en el seguimiento a los dos años los pacientes con Trastorno Hipocondríaco de la Personalidad (THP) habían mejorado significativamente menos que los otros pacientes, incluyendo aquellos con

diagnósticos de trastorno de la personalidad, en las medidas de psicopatología general y especialmente en las medidas de depresión. Por otra parte, solo 3 de 16 pacientes con THP (19%) no tenían ningún diagnóstico psiquiátrico en el seguimiento (de acuerdo con una entrevista psiquiátrica estructurada: SCID). Por el contrario en el grupo de pacientes con otros trastornos de personalidad, en 18 de los 42 casos (43%) no se justificaba un diagnóstico psiquiátrico y en el grupo sin trastornos de personalidad, este fue el caso en 58 de 106 (55%). Los resultados suponen una evidencia clara de que los rasgos hipocondríacos son un indicador pronóstico fuerte de la persistencia de los problemas emocionales como ya había sido destacado por otros autores (Greer & Cawley, 1966, cit. Mtnez Narvaez & Botella, 1996). Tyrer et al (1999) interpretan que la tendencia de los rasgos hipocondríacos a asociarse a un mal pronóstico puede deberse a su efecto reforzador negativo sobre los síntomas neuróticos, lo que dificultaría la mejoría clínica.

Kellner (1985), por su parte, hace referencia a lo que denomina “hipocondría del desarrollo” que incluiría a aquellos pacientes “con una actitud mórbida hacia los síntomas y la enfermedad desde épocas tempranas de la vida y cuyas actitudes y conducta parece estar profundamente enraizada en la personalidad premórbida”. Distingue la psicopatología de estos pacientes de la de aquellos en los que los rasgos de personalidad desadaptativos meramente influyen las manifestaciones de la hipocondría y considera que se puede establecer una separación entre la hipocondría del desarrollo, la neurosis hipocondríaca (que se corresponde a la incluida en las clasificaciones psicopatológicas) y finalmente, las reacciones hipocondríacas (análogas al concepto de Barsky de hipocondría transitoria).

La asociación rasgos de personalidad obsesivos-hipocondría es recogida en el DSM-III-R, donde se señala que “los rasgos obsesivos de personalidad son observados frecuentemente en la hipocondría” y también “la hipocondría puede ser una complicación del trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad”. Esta relación también es señalada por Nemiah (1982) o por Pilowski (1970) quien encuentra en una muestra de pacientes con hipocondría primaria que en el 79% de las mujeres y el 84% de los varones la personalidad premórbida podía clasificarse como obsesiva. Burns & Nichols (1972) informan que en el caso de 22 pacientes deprimidos con síntomas hipocondríacos de una muestra de 33 (67%) la personalidad premórbida valorada por un psiquiatra era calificada como obsesiva. Este fue el caso de solamente 5 de 33 pacientes

(15%) deprimidos en los que no había sintomatología hipocondríaca acompañante. Porcentajes menores a los de Pilowsky o de Burns y Nichols son referidos por Kenyon (1964). En el estudio de este autor el porcentaje de pacientes con personalidad previa obsesiva era de 22,8% en el caso de los hipocondríacos primarios y 28,2% en el de los hipocondríacos secundarios. Sin embargo, estos rasgos de personalidad junto con los rasgos “ansiosos” eran los rasgos patológicos más frecuentes entre los pacientes hipocondríacos.

Starcevic (1990) analiza la relación entre personalidad obsesiva y trastorno hipocondríaco. Ambas condiciones comparten según él una percepción básica de uno mismo como vulnerable. En el trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad tal percepción de vulnerabilidad sería general (por ejemplo, precariedad económica futura o inevitabilidad del paso del tiempo), mientras que en el trastorno hipocondríaco se circunscribiría por lo general (pero no invariablemente) al ámbito de la salud. La percepción de vulnerabilidad personal (general o específica) tiene como consecuencias más destacadas:

- a) Necesidad excesiva de control
- b) Pobre tolerancia a la incertidumbre y la ambigüedad. Tal dificultad se puede entender como relacionada con el significado que la incertidumbre y ambigüedad tienen para la persona que se autopercibe como vulnerable: una amenaza en cuanto obstruyen la necesidad de control.
- c) Estilo cognitivo específico organizado para apoyar la necesidad de control y que se caracterizaría por: Atención y preocupación por los detalles, dificultades para desviar la atención de los asuntos objeto de preocupación y rigidez y constricción cognitiva general.

Considera Starcevic, que la hipocondría se puede entender como una descompensación del trastorno obsesivo compulsivo de la personalidad ante determinados acontecimientos tales como la experiencia de enfermedad propia o la enfermedad grave o muerte de algún allegado. Es decir, se desencadenaría ante la experiencia de falta de control percibido sobre la salud que deja al descubierto un sentido de vulnerabilidad abrumadora.

En condiciones relacionadas como el trastorno por somatización además de una presencia alta de rasgos característicos del trastorno histriónico de la personalidad, también son frecuentes los rasgos y síntomas obsesivos. Al menos esta fue la conclusión del estudio de Kaminsky & Slavney (1983) en el que se comparó un grupo de pacientes (n=20) con trastornos por somatización con un grupo de pacientes con trastorno histriónico de la personalidad. En ambos grupos las evaluaciones indicaron que no había diferencias significativas en cuanto a rasgos histriónicos pero sí las había en cuanto a síntomas obsesivos (mas alta en los somatizadores). Desafortunadamente en este estudio no se hizo ninguna evaluación de tendencias hipocondríacas.

Kellner (1985) concluye, a partir de su revisión de estudios, que las características premórbidas de los pacientes con diagnóstico de hipocondría incluyen rasgos obsesivos además de tendencias estables hacia la conciencia corporal y ansiedad.

También Valliant & Perry (1982), desde un punto de vista psicodinámico, se han referido a la hipocondría como un mecanismo de defensa frecuentemente observado en pacientes con trastornos de personalidad. Estos autores la relacionan en especial con el pasivo-agresivo, dependiente y límite.

Finalmente, Starcevic (1988, 1990) intenta poner orden en las manifestaciones de la hipocondría estableciendo una división según la psicopatología de la hipocondría esté vinculada predominantemente a la ansiedad, a la depresión o a un trastorno de la personalidad. La elaboración del autor toma marco de referencia las aportaciones teoricas de la psicoanalista Melanie Klein. Según Starcevic, cuando la hipocondría se vincula con la problemática de la ansiedad habría algunos rasgos sobresalientes como la existencia de temor prominente junto a las sospechas de enfermedad, el temor es persistente a pesar de las tranquilizaciones del médico, el paciente, además de la ansiedad por la salud experimenta ansiedad significativa en relación con otros temas, el curso puede ser tanto crónico como en forma de episodios o transitorio y las consecuencias pueden ser importantes en cuanto limitadoras del funcionamiento psicosocial aunque generalmente no incapacitantes. Por otra parte, la hipocondría relacionada con la psicopatología de la depresión tiene como rasgo más distintivo las consultas médicas repetidas que estarían al servicio de la mejora de la autoestima y de satisfacción de necesidades infantiles e inmaduras de dependencia. Entiende Starcevic

(1988) que la conducta hipocondríaca en este caso se puede concebir como una estrategia utilizada por el paciente para enfrentarse a sus sentimientos depresivos relacionados con la autodesvalorización. El reaseguramiento médico repetido puede, por tanto, ser terapéutico a la larga en la medida que restaura una autovaloración más favorable (Starcevic, 1990, 1991). En último lugar, los rasgos hipocondríacos pueden considerarse en algunos pacientes como defensas utilizadas para resolver conflictos personales. En este último sentido, la persona se aferra a la idea de la enfermedad como manera de mantener el equilibrio psicológico y reacciona con hostilidad a los intentos de persuasión de ausencia de enfermedad. La concepción de Sullivan de la hipocondría como una defensa contra la baja autoestima (no reflejo de la baja autoestima como en la hipocondría derivada de la psicopatología de la depresión), la indicación de Pilowski de desviación de la atención de otros pensamientos perturbadores o el planteamiento de Valliant y Perry (1982) de que a través de las quejas somáticas puede estar expresando un reproche a otros de una manera indirecta son algunos de los modos en que las manifestaciones hipocondríacas pueden estar al servicio del mantenimiento del equilibrio psicológico. La hipocondría, según Starcevic, sería en este caso una manifestación más de problemas de personalidad.

Una cuestión importante acerca de la relación entre rasgos de personalidad desadaptativos e hipocondría señalada por Warwick y Salkovskis (1990) es si realmente tales rasgos pueden ser concebidos adecuadamente como elementos que acompañan o favorecen la hipocondría o más bien son una consecuencia que se deriva del propio trastorno. Por ejemplo, “rasgos” como la hostilidad o la insatisfacción más que como características de personalidad podrían entenderse como reacciones del paciente al fracaso en obtener una solución al problema o una explicación apropiada de los síntomas que sufre. Por otra parte, Salkovskis (1997, cit. Rief y Hiller, 1998) indica que en pacientes con fobia social y trastorno de la personalidad por evitación, el aparente “trastorno de la personalidad” desaparece cuando es tratada exitosamente la fobia social. Ello lleva a la cuestión de si los problemas de somatización son persistentes por la falta hasta ahora de intervenciones terapéuticas efectivas más que debido a que se trate de un “patrón desadaptativo y frecuentemente intratable de conducta de enfermedad” como la denominación trastorno de personalidad sugiere. Hay alguna evidencia de que el tratamiento eficaz de los síntomas hipocondríacos se asocia a cambios en un sentido positivo de características estables que se incluyen dentro del concepto de personalidad.

Por ejemplo, Avia, Ruiz, Olivares, Crespo, Guisado, Sánchez & Varela (1996) informan de que la mejoría en la ansiedad por la salud con un tratamiento cognitivo educacional de grupo vino acompañada de mejorías en la capacidad percibida por estos sujetos de afrontar otras dificultades más allá de las relacionadas con su salud y en medidas de neuroticismo, apertura a la experiencia y, especialmente, extraversión del inventario de personalidad NEO-PI de Costa & McCrae.

5. características clínicas de la hipocondría

Aunque previamente se han señalado los rasgos centrales de la hipocondría (DSM-IV), se recogen en este apartado algunas características que adicionalmente suelen presentarse entre los pacientes con ansiedad notable por la salud.

Los análisis de Pilowski (1967) y de Bianchi (1973) identifican tres dimensiones básicas que serían los elementos configuradores del trastorno: a) fobia a la enfermedad, que se refiere a la ansiedad, preocupación o aprensión acerca de la enfermedad (contraerla o padecerla) b) creencia de enfermedad, referida a la sospecha de que se padece/n la/s enfermedad/es grave/s temida/s a pesar de las informaciones (por ejemplo, reaseguramiento médico, resultados normales de pruebas diagnósticas o curso benigno a lo largo del tiempo) en contra de estas sospechas y c) preocupación por el cuerpo, que se refiere a la absorción en las distintas manifestaciones corporales. Estos mismos elementos son señalados por Barsky, Wyshak & Klerman (1986) y por Kellner (1990). Barsky et al (1986) añade a estos la experiencia de síntomas somáticos como otro de los elementos centrales y también indican (Barsky & Wyshak, 1989) la asociación de la hipocondría con otras actitudes como los temores a la edad y la muerte, la importancia dada a la salud, la percepción de vulnerabilidad somática o la importancia dada a la apariencia física. A la vista de estos resultados, la ansiedad centrada en el estado de salud, más que como un fenómeno unitario, se podría concebir como un conjunto de actitudes que se dan en medida variable.

A pesar de no ser un problema homogéneo, si existen en la hipocondría un conjunto de características que son básicas y que se dan en mayor o menor medida en todos los pacientes hipocondríacos o con actitudes hipocondríacas marcadas. En este sentido, de interés resulta la conceptualización de Starcevic (1988). Este autor

considera la hipocondría como un cluster o conjunto de rasgos o elementos encadenados “que varían tanto cualitativa como cuantitativamente de modo que el grado y la naturaleza de la preocupación corporal, tipo y número de molestias somáticas, grado de sospecha o miedo y la forma de las conductas hipocondríacas con sus consecuencias pueden decidir el diagnóstico final”. En concreto Starcevic señala cuatro elementos constitutivos del síndrome:

- El “núcleo hipocondríaco”
- Sospecha de que hay una enfermedad física seria
- Conductas hipocondríacas con sus consecuencias
- Ausencia de enfermedad física que puedan explicar las molestias

El núcleo hipocondríaco se refiere a la preocupación por el cuerpo concretándose en la conciencia y el interés excesivos en las sensaciones y en el funcionamiento corporal en general. Esta disposición puede llevar a que el paciente manifieste preocupaciones somáticas bajo la influencia de alguno de los siguientes factores:

- a) Tendencia permanente a separar el investimento emocional y el interés en los objetos externos y centrarlo en el self corporal.
- b) Falta de confianza en el propio cuerpo (se percibe como una fuente de posible amenaza)
- c) Alteraciones perceptivas y cognitivas: bajo umbral para la percepción de sensaciones físicas y baja tolerancia al dolor, percepción selectiva de las sensaciones e interpretaciones erróneas de sensaciones normales
- d) Patrón aprendido de relación con el propio cuerpo (informes de “muchas enfermedades” en la familia)
- e) Focalización sobre las sensaciones y funcionamiento corporal como medio de comunicación no verbal
- f) Trastorno de la organización de la imagen corporal interna y externa

Warwick & Salkovskis (1989) recogen las características psicológicas y clínicas que consideran esenciales de la hipocondría:

- a) Preocupación por la salud
- b) Insuficiente patología orgánica que justifique las preocupaciones expresadas
- c) Atención selectiva a los cambios o características corporales
- d) Interpretación negativa de signos y síntomas corporales
- e) Atención selectiva y desconfianza de la información médica y no médica
- f) Búsqueda persistente de explicaciones, información y comprobaciones corporales

Finalmente, Nemiah (1982) señala como características distintivas de la hipocondría las siguientes:

- a) El paciente presenta las quejas con gran detalle
- b) Puntualiza frecuentemente su recitado de síntomas mostrando al médico las partes afectadas
- c) Los contenidos del pensamiento y del habla están centrados en sus quejas corporales, como le afectan o en sus numerosos intentos de encontrar sin éxito alivio y ayuda
- d) Suele utilizar jerga médica
- e) Característicamente está preocupado y ansioso
- f) Las preocupaciones se basan en funciones fisiológicas que se sobrevaloran o en problemas médicos menores
- g) Patrón de contactos médicos repetidos
- h) Las sospechas no alcanzan el grado de ideación delirante de tipo somático
- i) Provoca frustraciones y resentimientos en el médico lo que puede dificultar la atención objetiva

6. Dimensionalidad de la preocupación somática

Mitchell (cit. Baur, 1988/1989) en el siglo pasado señaló que “los elementos a partir de los que surgen los problemas hipocondríacos son profundamente humanos y existen en todos nosotros en distintas proporciones. No sería extraño descubrir que todos han padecido alguna vez la hipocondría, siquiera en forma benigna y transitoria. En algunos la habría ocasionado el folleto de la ‘American Cancer Society’, en otros, la muerte de un amigo íntimo; en los más resistentes tal vez solo el hecho de haber sufrido un infarto casi fatal. En cualquiera de estas circunstancias, la preocupación temporal por la enfermedad puede ser una reacción normal y apropiada”.

Tradicionalmente se ha asumido una consideración categorial de la preocupación somática. Parece, no obstante, que es más adecuada la consideración de los fenómenos asociados a la ansiedad por la salud como parte de un continuo de manifestaciones cognitivas, conductuales, afectivas y fisiológicas que cuando son extremas se asocian al término Hipocondría. A niveles de intensidad menor, no obstante, las actitudes hipocondríacas marcadas pueden afectar significativamente la calidad de vida o estar asociadas a un uso desproporcionado de servicios de salud (Robbins & Kirmayer, 1996; Salkovskis & Warwick, 1986). Es decir, como señalan Barsky, Wyshak & Klerman (1986), Kellner (1987) o Mayou (1976), las actitudes, creencias y conductas hipocondríacas pueden constituir un trastorno psiquiátrico diagnosticable o alternativamente pueden ser simplemente una intensificación de la preocupación normal con la salud personal y la enfermedad. En las clasificaciones psicopatológicas (DSM-IV, CIE-10) se incluyen solamente el extremo más severo del espectro (caracterizado por resistencia al reaseguramiento médico, temor intenso a la enfermedad y pensamiento y conducta centrado alrededor de este tema). Sin embargo, Fava, Freyberger, Bech, Christodoulou, Sensky, Theorell & Wise (1995) expresan la opinión de que es necesaria la atención clínica de problemas menos severos como puede ser la fobia a la enfermedad, la tanatofobia o la ansiedad general por la salud. También Piccinelli, Rucci, Ustun & Simon (1999) llaman la atención sobre la relevancia de considerar no solo los problemas más graves que cumplen criterios diagnósticos sino también problemas “sub-umbral” ya que, como se ha demostrado, pueden estar asociados a afectación sustancial del funcionamiento diario. Citan a este respecto, estudios en los que se constata tal hecho entre pacientes con sintomatología de pánico, obsesivo-compulsiva o somatoforme que no cumplían los criterios clínicos de clasificación. En el estudio de los autores (parte del proyecto de la OMS de problemas

psicológicos en atención general a la salud) se identificaron a través de análisis estadístico seis tipos de problemas entre pacientes que no cumplían criterios diagnósticos formales para un trastorno mental. En el primer tipo destaca la sintomatología somática médicamente inexplicada. Todos los pacientes de este grupo informaban de preocupaciones por la salud y se describían como “ansiosos”. El tipo II estaba formado por pacientes con sintomatología de ansiedad y depresiva. Entre estos eran infrecuentes las molestias físicas (a excepción de las cefaleas presentes en el 46% de los casos) y las preocupaciones por la salud (presentes en el 26%). En el tipo III dominaban las preocupaciones acerca de diferentes asuntos entre los que se encuentran la propia salud. Una proporción alta de estos sujetos informaban de sentimientos de nerviosismo pero la depresión y somatización estaban virtualmente ausentes. El tipo IV estaba formado por personas que solo ocasionalmente experimentaban síntomas de ansiedad, depresivos o somáticos funcionales. El V se correspondía a pacientes con problemas de sueño y finalmente el tipo VI lo formaban sujetos con síntomas de ansiedad, incluyendo síntomas característicos del pánico (por ejemplo, sentirse fácilmente sobresaltado, estar asustado de la posible ocurrencia de algo “terrible”, perder el control de si mismo o sentimientos de irrealidad). La mayoría de los sujetos mostraban características de más de uno de los tipos puros descritos. De interés aquí son los resultados del análisis de regresión realizado para valorar la asociación entre pertenencia a cada uno de los perfiles puros y otras variables clínicas no incluidas en la definición, haciéndose ajustes para la edad, sexo y pertenencia concurrente a otros tipos. Cuando la pertenencia concurrente se retiró de los modelos no hubo variaciones en los resultados, lo que indicó que “la relevancia clínica de un tipo dado no era oscurecida por el control de los otros tipos”. En lo que se refiere al tipo I, sintomatología médica funcional y preocupaciones por la salud, de especial interés en este trabajo, se encontró que era predictiva de mayor incapacidad tanto auto-informada como valorada por el médico. Ningún otro perfil se asoció a riesgo incrementado de limitaciones funcionales como el perfil I.

McElroy et al (1994), finalmente, en relación con los trastornos del espectro obsesivo-compulsivo entre los que se incluye la hipocondría señala que el pensamiento en estos trastornos se sitúa a lo largo de un continuo que va desde la preocupación, a la obsesión, la ideación sobrevalorada y la delirante.

7. Presentaciones de la hipocondría

Barsky, Wyshak & Klerman (1992) aportan una clasificación general de los síndromes hipocondríacos. Separan la hipocondría primaria de la secundaria. Dentro de la hipocondría primaria distinguen a la hipocondría de las clasificaciones DSM y la hipocondría monosintomática (dentro de la cual se incluyen el trastorno delirante subtipo somático, el trastorno dismórfico corporal, los delirios de parasitosis y el síndrome de referencia olfatoria). La secundaria podría serlo a trastornos psiquiátricos (Depresión mayor, Trastorno de Pánico y Trastorno de Ansiedad Generalizada y Esquizofrenia), a un estrés vital importante (acontecimiento vital negativo, reacción de aflicción, cuidado de un ser querido terminal y la hipocondría del estudiante de medicina) y a un trastorno médico (enfermedad terminal y recuperación después de una enfermedad grave que haya puesto en peligro la vida).

Se recogen ahora algunas de las distinciones propuestas por Barsky, Wyshak & Klerman (1992):

-Hipocondría clínica-Reacción hipocondríaca

Además de proponerse como una nueva categoría diagnóstica la “negación desadaptativa de la enfermedad” (Strauss, D H, Spitzer, R L y Muskin, P P, 1990), en el otro extremo también se ha propuesto la categoría diagnóstica de reacción hipocondríaca o hipocondría transitoria. La negación o minimización de la enfermedad es relativamente común. Por ejemplo, Levine, Rudy & Kerns (1994) citan estudios como el de Ailkes-Savan et al (1959) en el que se encuentra en una muestra de pacientes con cáncer, el 19% negaba padecerlo semanas después de haber sido informados por sus médicos o el de Croog et al (1971) en el que el 20% de pacientes que habían tenido un ataque cardíaco negaban el diagnóstico 3 semanas después. Mientras que el rasgo esencial de la “negación desadaptativa de la enfermedad” es que “como reacción a los síntomas, signos o diagnóstico de enfermedad física la respuesta predominante es de negación persistente de tener un trastorno físico que expone al paciente a un riesgo significativamente más alto de enfermedad física grave o muerte” (Strauss et al, 1990), en el caso de la reacción hipocondríaca lo que la caracterizaría sería la reacción de temor y preocupación desproporcionada para la patología presente.

Esta nueva categoría diagnóstica propuesta por Barsky y colaboradores (1990, 1991, 1993) de “hipocondría transitoria” se asimilaría a una reacción de adaptación con síntomas hipocondríacos cuya duración es inferior a 6 meses.

La viabilidad de su inclusión como nueva categoría en la clasificación psiquiátrica es cuestionada por Yates (1991) en base a que no se aclara cual es la diferencia con el trastorno de adaptación con síntomas físicos. El hecho de que en la hipocondría transitoria además de molestias físicas exista la creencia de padecer una enfermedad (o una distorsión de la gravedad de la misma en caso de padecerla) se solucionaría denominando al trastorno de adaptación con molestias físicas, trastorno de adaptación con características somatoformes. Por otra parte, plantea Yates (1991) que la comorbilidad de ansiedad-depresión especialmente y quejas hipocondríacas es muy frecuente, de modo que es posible que, dada la mayor prevalencia de estos trastornos del eje I en los hipocondríacos transitorios, las quejas hipocondríacas sean mejor conceptualizadas como formando parte ellos por lo que sería innecesaria la adición de un nuevo diagnóstico. Barsky, Wyshak & Klerman (1991) admiten que entre los hipocondríacos transitorios es relativamente raro que la hipocondría se de aisladamente (el 33% padecían depresión mayor, el 45% distimia y el 24 % trastorno de ansiedad generalizada). No obstante, también es cierto que no todos los pacientes que reaccionan con perturbación emocional notable a la enfermedad expresan actitudes hipocondríacas. Por lo que no deja de tener interés clínico el estudio de estos pacientes en la investigación de la preocupación somática.

La comparación de Barsky, Cleary, Sarnie & Klerman (1993) de los pacientes con reacción hipocondríaca y aquellos con hipocondría estable indicó algunas diferencias: a) presentan menos rasgos psicopatológicos (diagnósticos en el eje I del DSM-III-R) siendo en general su enfermedad más grave, b) aunque estaban más enfermos no consideraban que su salud fuera peor c) no consideraban que su enfermedad tuviera mayor repercusión en su vida y d) estaban más satisfechos con la atención médica recibida. Por otra parte, al compararlos con un grupo de pacientes no hipocondríacos encontraron que: a) Los hipocondríacos transitorios tenían más trastornos psicopatológicos (eje I del DSM-III-R) y había indicaciones de mayor problemática de personalidad en un cuestionario de autoinforme, b) se quejaban más y manifestaban mayor incomodidad por su enfermedad, c) estaban más descontentos del

cuidado médico y d) amplificaban más la experiencia somática (evaluado con cuestionario de Amplificación Somasensorial elaborado por el propio Barsky)

En un trabajo más reciente de Barsky y colaboradores (Barsky, Fama, Bailey & Ahern, 1998), en el que se realizó un seguimiento de entre 4 y 5 años a dos grupos de pacientes, uno con diagnóstico de hipocondría y otro sin él, se encuentra una tendencia a declinar en las actitudes hipocondríacas. A pesar de esta tendencia a la atenuación con el transcurso del tiempo, el 63,5% del grupo con diagnóstico de hipocondría en la evaluación inicial seguía cumpliendo los criterios diagnósticos y las actitudes hipocondríacas y rasgos asociados (síntomas somáticos funcionales y limitaciones en el funcionamiento diario) seguían siendo significativamente mayores, incluso en el caso de aquellos en los que en la evaluación de seguimiento no se justificaba el diagnóstico clínico. La comparación entre el grupo de pacientes con y sin remisión de la hipocondría indicó que la remisión se asociaba a una intensidad de la sintomatología hipocondríaca y somática menor en la evaluación inicial. No obstante, señalan los autores que “aunque impresionista y cualitativo (las entrevistas focalizadas en el curso clínico del paciente durante el período de seguimiento) sugirieron que la mejoría clínica (en los pacientes con remisión) era frecuentemente precaria y tenue ya que parecía resultar de circunstancias externas y factores ambientales más que de un cambio cognitivo en la visión de los pacientes de su salud. Muchos informaron que se habían beneficiado de cambios fortuitos en sus circunstancias vitales que con frecuencia parecía fácil que cambiaran nuevamente, con el potencial consecuente de exacerbar la hipocondría. Otros habían sustituido regímenes de auto-tratamiento elaborados y complicados por su previa búsqueda habitual de atención médica. Alejaban sus preocupaciones por la enfermedad con una variedad de auto-tratamientos (por ejemplo, dietas, vitaminas, regímenes de ejercicios, yoga, acupuntura, masaje) que regulaban, ajustaban y combinaban dependiendo de cómo se sintieran actualmente. Aunque estos regímenes proporcionaban un confortable sentimiento de auto-control sobre la salud, eran excesivos, preocupantes y consumían mucho tiempo y el equilibrio del paciente parecía tenue y frágil”.

Robbins & Kirmayer (1996) informan de los resultados de un estudio de seguimiento de 12 meses en Atención Primaria de pacientes con preocupaciones hipocondríacas. Del mismo modo que Barsky y colaboradores también identifican un

grupo de pacientes con preocupaciones estables (n=31) y un grupo cuyas preocupaciones por la salud eran transitorias (n=34). Es decir, en el primer grupo las preocupaciones en el seguimiento a los 12 meses no se habían atenuado de modo significativo, lo que sí había ocurrido en el segundo grupo. Algunas de las diferencias entre estos dos grupos fueron: 1) Los hipocondríacos estables tenían una historia clínica con mayor morbilidad médica aunque su estado de salud actual era similar al de los otros grupos, 2) Se valoraban a sí mismos como más enfermos en la línea base, 3) Era más fácil que hubieran limitado sus actividades habituales en algún momento de sus vidas, 4) Tenían tasas más altas de depresión mayor y de trastornos de ansiedad a lo largo de la vida y en la actualidad, 5) Se veían como más vulnerables a los problemas emocionales graves y 6) En contraste a aquellos sin preocupaciones excesivas por la salud, los sujetos de estos dos grupos calificaban a los otros significativos como muy preocupados por el estado de salud del paciente. Sin embargo, los sujetos con temores transitorios a diferencia de los hipocondríacos estables valoraban haber sido más apoyados en la decisión de acudir al médico y calificaban a los otros como más normalizadores de los síntomas expresados por el paciente. En palabras de Robbins y Kirmayer: “Los otros significativos pueden ofrecer una asistencia cognitiva y conductual en el caso de los pacientes cuyas preocupaciones se resuelven con el tiempo. Al alentar la búsqueda de ayuda, los familiares y amigos apoyan una solución conductual a las preocupaciones por la salud. Al normalizar los síntomas nuevos redefinen los nuevos episodios como no amenazantes. Los pacientes con preocupaciones crónicas por la salud podrían no tener apoyo interpersonal en su intento de enfrentarse a los temores a enfermar”. Por otro lado, la comparación de los hipocondríacos transitorios con el grupo normal, compuesto por pacientes sin preocupaciones notables por la salud, reveló que: 1) El número de visitas médicas en el año previo era mucho mayor (el doble) en el primer grupo, 2) Estaban más afectados emocionalmente y 3) No tenían mayor morbilidad médica actual o pasada.

Noyes, Kathol, Fisher, Philips, Suelzer y Woodman (1994) en un estudio de seguimiento de 1 año de duración en el que se compararon un grupo de 50 pacientes con diagnóstico de hipocondría (criterios diagnósticos del DSM-III-R) y un grupo de 50 pacientes del mismo centro médico encuentran que la persistencia de los síntomas hipocondríacos se relaciona con síntomas más severos y trastorno psiquiátrico coexistente en la evaluación inicial. Cabe destacar también el elevado porcentaje de

pacientes (dos tercios) que seguían cumpliendo los criterios diagnósticos en el seguimiento.

Como resumen del presente apartado se puede decir que los resultados de las investigaciones comentadas ponen de relieve la existencia de diferencias considerables en la manera de reaccionar a la presencia de problemas de salud o síntomas físicos. Las manifestaciones de los hipocondríacos transitorios parecen situarse entre la reacción de preocupación normal ante un problema médico y la hipocondría clínica tal y como es definida en el DSM-IV. Tales diferencias tienen su paralelismo con otros problemas psicológicos. Por ejemplo, los estados depresivos pueden desencadenarse tras una circunstancia penosa y remitir pasado un tiempo constituyendo una reacción de adaptación con síntomas depresivos. Por otra parte, pueden existir tendencias estables a reaccionar depresivamente a circunstancias relativamente menores. Las manifestaciones de esta tendencia estable podrían clasificarse como Distimia. Finalmente, en el otro extremo se situarían aquellos cuyas reacciones no son ni de la intensidad ni de la duración suficientes como para justificar un diagnóstico psicopatológico.

En las diferencias en las reacciones a la enfermedad o síntomas corporales (desde la reacción de preocupación normal a la hipocondría clínica estable) se han implicado diversos factores. Los resultados de los estudios comentados dan pistas de algunas de las influencias en tales diferencias (mayor nivel de psicopatología general tanto actual como “lifetime”, mayor tendencia a amplificar las sensaciones corporales o preocupaciones excesivas por parte de otros significativos) que pueden influir en el inicio de una reacción hipocondríaca o en su estabilidad.

-Fobia a la enfermedad-Creencias de enfermedad

Es posible que el miedo a la enfermedad más que centrado en la posibilidad de padecer la enfermedad se centre en la posibilidad de contraer la enfermedad en el futuro sin que exista ideación ansiosa relativa a la posibilidad de padecerla en la actualidad. En estos casos la clasificación apropiada, tal y como se contempla en el DSM-IV y en la CIE-10 sería entre las fobias específicas. Así, una primera delimitación sería entre la fobia específica a contraer una enfermedad grave y la hipocondría.

En el DSM-IV, por otra parte, dentro del síndrome hipocondríaco se incluye el miedo y las sospechas o creencia de padecer en la actualidad una o más enfermedades graves. Esta agrupación, puede ser problemática en la medida que características clínicas, etiológicas y de perpetuación así como implicaciones terapéuticas pueden ser sustancialmente diferentes.

Marks (1987/1991, pag. 114), Noyes, Wessner & Fisher (1992), Sánchez Planell (1995) o Fava & Grandi (1991) recogen algunas de las características y elementos diferenciadores:

En primer lugar, la fobia a la enfermedad sería una forma de hipocondría focalizada en una enfermedad (por ejemplo el cáncer, el funcionamiento coronario o SIDA). Por el contrario en la hipocondría general los temores serían más difusos (enfermedades graves en general).

En segundo lugar, en la fobia a la enfermedad existe un menor malestar somático que en la hipocondría general.

En tercero, los paciente fóbicos, como se indicó, reconocerían lo irrazonable de su miedo y cualquier convicción real de estar enfermos gravemente tiende a durar poco.

En cuarto, en los fóbicos el temor suele concentrarse en un síntoma en particular más que en una variedad de molestias.

En quinto lugar, la fobia a la enfermedad se describiría mejor como episodios discretos de ansiedad intensa ante estímulos particulares (internos o externos) mientras que la hipocondría general se asociaría a una presencia más o menos continua de sospechas de enfermedad y su psicopatología sería mejor entendida como característica de la ideación sobrevalorada tal y como fue definida por McKenna (1984): “una creencia aislada, preocupante, ni de naturaleza delirante ni obsesiva, que llega a dominar la vida de quien la sufre, frecuentemente de un modo indefinido”, el temor acompañante a la ideación sobrevalorada es de naturaleza no fóbica y se caracteriza por la inquietud, la aprensión y la duda. También Pilowski (1970) se ha referido a la hipocondría primaria como una “reacción neurótica al estrés” en la que la preocupación por la enfermedad tendría las características de la ideación sobrevalorada y Fava & Grandi (1991) aluden al paralelismo entre fobia a la enfermedad e hipocondría y trastorno de pánico-trastorno de ansiedad generalizada.

En sexto lugar, de un modo especulativo, se ha señalado que la dimensión de creencias o sospecha de enfermedad se asociaría a un estado emocional característicamente depresivo en contraste con la asociación con la ansiedad en el caso de aquellos pacientes en los que domina un componente fóbico (Barsky, 1992; Noyes, 1999). Barsky (1992) alude a algunas diferencias clínicas entre estos dos subtipos de hipocondría que reflejan el estado emocional predominante. Mientras que la ansiedad es una emoción relacionada con la anticipación del peligro o la amenaza, la depresión implica un sentido de pérdida y de un modo coherente con ello mientras que el fóbico a la enfermedad estaría centrado en la anticipación de una o más enfermedades temidas, el paciente en el que predomina el componente de convicción asumiría la presencia actual de la enfermedad (o la pérdida de la salud). Los resultados del estudio de Kellner, Hernández Y Pathak (1992) ilustra la relación ansiedad-fobia a la enfermedad: en este estudio la ansiedad era un predictor significativo las puntuaciones en la escala de fobia a la enfermedad de la EAE (Escala de Actitudes ante la Enfermedad).

Y en séptimo lugar, en la fobia a la enfermedad del mismo modo que en otras fobias serían notables las conductas de evitación de estímulos que recuerdan o que aumentan el riesgo (aunque sea subjetivamente) de contraer la enfermedad que se teme.

Hasta ahora se han recogido aspectos que separan las dimensiones de creencia y temor a la enfermedad, sin embargo autores como Warwick & Salkovskis (1989) han resaltado su inter-influencia. Así, el grado de creencia en que se padece la enfermedad influiría en el nivel de temor y por otro lado a mayor temor más se distorsionarían los procesos cognitivos haciendo más plausible subjetivamente la idea de la enfermedad. Señalan Warwick & Salkovskis (1989) que “es fácil que las conductas de búsqueda de tranquilización y de evitación de situaciones relacionadas con la enfermedad ocurran en algún grado en la mayoría de los pacientes fluctuando entre la convicción de enfermedad y el miedo a contraerla dependiendo de los niveles de ansiedad”. En este último sentido Butler & Mathews (1987, cit. Craske, Rapee, Jackel & Barlow, 1989) aportan pruebas de que la estimación de probabilidad para sucesos negativos futuros se incrementa en función de los niveles de ansiedad. A pesar de que el paciente fóbico a la enfermedad puede manifestar el problema en forma de ataques de miedo intenso a la enfermedad fuera de los cuales se olvida de los temores y considera su irracionalidad, también es probablemente cierto que durante estos episodios de temor intenso las sospechas de enfermedad o de riesgo sean notables. Hibbert (1984) indican, en este

sentido, que los pacientes frecuentemente informan que los pensamientos relativos a la amenaza se hacen más intrusivos, más claramente articulados, más creíbles y más difíciles de suprimir cuanto más severa es la ansiedad.

Así, a pesar de la existencia de elementos diferenciadores mencionados es probable que en muchos pacientes “miedo” y “creencia” se alternen (Sánchez Planell, 1995). Por otra parte hay una tendencia a la asociación miedo-creencia junto a otros elementos como la tendencia a la preocupación/focalización corporal y la presencia de molestias corporales médicamente no explicadas (Barsky, Wyshak & Klerman, 1986; Barsky & Wyshak, 1989). Se podría especular acerca de un sustrato común de autopercepción de vulnerabilidad a la enfermedad que una estas dimensiones. Sobre esta base podrían influir otras variables (por ejemplo, estilos cognitivos y de afrontamiento, contexto interpersonal o estado emocional predominante) que determinarían las manifestaciones clínicas particulares.

La principal conclusión que se puede sacar es, según Kellner (1986, pag. 59), que la preocupación por la enfermedad, miedos a enfermedades específicas y la convicción errónea de que se padece la enfermedad tienden a ocurrir juntas en los pacientes más severamente hipocondríacos pero en una minoría de pacientes la convicción de enfermedad y la fobia a la enfermedad pueden existir independientemente.

-Hipocondría primaria-Hipocondría secundaria

Otro aspecto relativo a la conceptualización de la hipocondría es el que se refiere a su carácter independiente o secundario a otros trastornos (Kellner, 1986, pag. 34). El debate acerca del carácter primario o secundario de la hipocondría se remonta a principios de este siglo. Kraepelin inicia una tradición psiquiátrica continuada por otros psiquiatras como Bleuler que considera los fenómenos hipocondríacos como síntomas asociados a psicopatologías diversas. Por el contrario, Gillespie inicia una tradición en la que la hipocondría es concebida como un síndrome psiquiátrico independiente (Valbuena, 1977). Se repasan a continuación los planteamientos al respecto de diversos autores:

a) Manifestación de otros trastornos

Marks (1987/1991, pag. 114) señala que la hipocondría difusa “es una característica en muchas condiciones diferentes...Puede ser un rasgo duradero de personalidad, una respuesta a la ansiedad y al estrés, o formar parte de un trastorno depresivo o esquizofrénico”.

La alta frecuencia de otros problemas psicológicos, acompañantes a las manifestaciones hipocondríacas (especialmente ansiedad y depresión) ha llevado a varios investigadores a considerarlas como características que se dan secundariamente a los mismos. Por ejemplo, Kraepelin (1904, cit. Pilowski, 1970) concluyó que no debería considerarse una entidad independiente sino “parte de la locura neurasténica” o Henry Ey (1950, cit. Granek, 1989) describió la hipocondría en las neurosis fóbicas, obsesivas e histéricas, en los trastornos de carácter, en las psicosis (melancolía y esquizofrenia) así como en trastornos mentales orgánicos (epilepsia y demencia). Más recientemente, Munro (1992) considera que la hipocondría es mejor entendida como una colección de rasgos más que como un síndrome en si mismo. Tales rasgos se presentan en muchos trastornos psiquiátricos. Divide los trastornos en los que se pueden dar características hipocondríacas en aquellos con ideas delirantes (por ejemplo depresión mayor con síntomas psicóticos en la que puede haber ideas delirantes de enfermedad o el trastorno delirante subtipo somático) y los trastornos no delirantes. Aquí Munro incluye los trastornos de ansiedad y dentro de estos, el trastorno de ansiedad generalizada y el trastorno de pánico. En el primero, junto la anticipación ansiosa de circunstancias negativas en general, puede haber temores significativos a la enfermedad. En el caso del trastorno de pánico, indica el autor, que se acompaña frecuentemente por temores acerca de la integridad física debido a la notable sintomatología neurovegetativa de las crisis de ansiedad. También pueden acompañar a los síndromes somáticos funcionales, a los trastornos obsesivo-compulsivos, a los trastornos depresivos, a los alimentarios, al abuso de sustancias o a los trastornos de la personalidad. Kellner (1986) cita el trabajo de Ladee (1966) en el que solamente una minoría de pacientes con hipocondría no podían ser incluidos en otras categorías diagnósticas. Kenyon (1964), en este mismo sentido, ha defendido que la hipocondría es un síntoma de otros trastornos psicológicos, especialmente depresión, estado de ansiedad o trastornos conversivos aunque también señala que se da frecuentemente en los trastornos de adaptación y de personalidad.

También se ha considerado que las diversas molestias físicas sobre las que giran las preocupaciones hipocondríacas en muchos casos son indicativas de un estado depresivo que aquellas enmascaran (López Ibor, 1972). Numerosos estudios evidencian la frecuencia de quejas somáticas (dolor, fatiga, debilidad, palpitaciones, molestias gastrointestinales) en pacientes deprimidos (por ejemplo, Romano & Turner, 1985) así como preocupaciones de padecer una enfermedad grave no diagnosticada, con cifras de hasta un tercio (Katon, Kleinman & Rosen, 1982). Es posible que los cambios somáticos que forman parte de un estado depresivo sean valorados por el sujeto como indicaciones de enfermedad grave.

Noyes, Holt, Happel, Kathol & Yagla (1997) informan de los resultados de una investigación en la que se comparó a familiares de primer grado de pacientes hipocondríacos y de pacientes no hipocondríacos de una clínica de medicina general en cuanto a presencia de problemas psicopatológicos, historia médica y diversas medidas de psicopatología general, personalidad y conducta y creencias relativas a la salud-enfermedad. En este estudio, cuyos resultados hay que tomar con cautela dado lo limitado de la muestra (solo participaron familiares de 19 hipocondríacos y de 20 controles), se encontró que no había una mayor carga de hipocondría entre los familiares del grupo de hipocondríacos, únicamente la puntuación en la escala de creencias de enfermedad de las Escalas de Actitudes ante la Enfermedad de Kellner (EAE) era más alta en este grupo. Sí había una mayor tasa de familiares con trastorno por somatización (8,3% vs 1,7%), trastorno de ansiedad generalizada (7,1% vs 1,7%) y de distintos diagnósticos de trastorno de ansiedad (26,4% vs 15,5%). Asimismo, los familiares de los hipocondríacos tenían puntuaciones más altas en escalas de evaluación de características clínicas como la hostilidad, síntomas obsesivo-compulsivos o ideación paranoide así como puntuaciones más bajas en el ajuste social. Estos resultados son interpretados por Noyes et al (1997) como sugerentes de que la hipocondría más que un síndrome independiente es una característica clínica especialmente vinculada al trastorno por somatización y a los trastornos de ansiedad. Ante la conclusión de Noyes, no obstante, cabría hacerse la siguiente pregunta: ¿Aquellos trastornos psicológicos sin una mayor carga familiar (por ejemplo, la anorexia nerviosa o la misma hipocondría) deben ser considerarse secundarios a otros?.

b) Carácter independiente

La consideración de la hipocondría como entidad nosológica distintiva se remonta a autores como Gillespie (1928) o Katzenebolgen (1948, cit. Hollifield, Tuttle, Paine & Kellner, 1999). Kellner (1986) cita los trabajos de Timsit et al (1973) y de Tanabe (1973). En ambos se aportan datos que apoyan su estatus independiente. Por ejemplo, Timsit et al (1973) comparan a 37 pacientes con hipocondría y una muestra amplia de pacientes con otros problemas psiquiátricos pero sin síntomas hipocondríacos y encuentran varias características diferenciadoras de ambos grupos. Entre las características que separan a la hipocondría como síndrome clínico independiente se incluirían según Pilowski (1970) la tendencia a la persistencia, la mayor frecuencia de rasgos obsesivos de personalidad y la elevada frecuencia con la que los hipocondríacos primarios son hijos de hipocondríacos (40,5%). Mayou (1976), además de su tendencia a la cronicidad, considera que la hipocondría primaria tiene otras características que la distinguen de otras formas como la reacción hipocondríaca normal que es transitoria, precipitada por un estrés agudo y que responde bien al reaseguramiento médico o la que se produce como una consecuencia o como un síntoma más de otros problemas psiquiátricos. Entre tales características de la hipocondría primaria señala la incapacitación que produce, la presentación y curso demandante y dramático y la hostilidad a la explicación psicológica. La tendencia a la persistencia señalada por Pilowski y por Mayou es uno de los argumentos de Tyrer, Fowler-Dixon, Ferguson & Kelemer (1990) para defender la existencia de una forma de hipocondría que se debería considerar más como un trastorno de la personalidad que como un trastorno mental aislado. Ocuparía, así entendida, un territorio entre la hipocondría como síndrome clínico, el trastorno depresivo y el trastorno por somatización o síndrome de Briquet, estando asociada a rasgos de personalidad como el perfeccionismo y la rigidez característicos del trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad. También Kellner, Abbott, Winslow & Pathak (1989, Kellner, 1987) consideran que, además de las preocupaciones hipocondríacas que se dan con cierta frecuencia asociadas a trastornos como la depresión mayor o el trastorno de pánico, la hipocondría constituye una entidad diagnóstica en si misma. En el primer caso las preocupaciones remitirían al ser tratado adecuadamente el trastorno primario. Los pacientes hipocondríacos, por otra parte, suelen presentar también estados de ansiedad o depresivos (Noyes, Kathol, Fisher, Phillips, Suelzer & Holt, 1993; Martínez Narvaez & Belloch, 1993; Kellner, Abbott,

Winslow & Pathak, 1989) pero el temor a padecer una enfermedad o la creencia de que se padece persiste y es el rasgo más importante de su psicopatología. Gerdes, Noyes, Kathol, Phillips, Fisher, Morcuende & Yagla (1996), en apoyo de la validez de la hipocondría como síndrome clínico más que como rasgo asociado, aportan los resultados de un estudio con 210 pacientes de los cuales el 14% tenían puntuaciones elevadas en una medida de actitudes hipocondríacas (Whiteley Index). Estos pacientes eran reconocidos por los médicos como irracionalmente preocupados por la enfermedad, con más síntomas somáticos médicamente no explicados, con un deterioro psicosocial excesivo para su estado de salud, con menor respuesta a los tratamientos instaurados y también con más problemas psicológicos actuales y pasados. Resultados similares son obtenidos por Noyes, Kathol, Fisher, Phillips, Suelzer & Holt (1993). La principal conclusión que se puede extraer de estos dos últimos estudios es, según los autores, que la hipocondría es una categoría válida con un alto reconocimiento por parte de los médicos aunque tal reconocimiento no vaya acompañado en muchas ocasiones de la etiqueta de hipocondría.

Un estudio reciente de Demopoulos, Fava, McLean, Alpert, Nierenberg & Rosenbaum (1996) acerca de la relación entre depresión e hipocondría, no encuentra correlaciones entre la severidad de la depresión y síntomas hipocondríacos y solamente un 2% de los pacientes con depresión mayor tenían un diagnóstico concurrente de hipocondría. Sí, por otra parte, había relación con medidas de ansiedad y síntomas somáticos. Consideran los autores que el contraste entre los resultados de este estudio y otros en los que se encuentra relación con la depresión, puede derivarse del uso de escalas de depresión que incluyen síntomas de ansiedad y físicos en los otros estudios. Los hallazgos indican que las preocupaciones hipocondríacas no pueden entenderse como parte de un trastorno del ánimo.

La relación inversa es muy frecuente. Los pacientes hipocondríacos tienden a experimentar un elevado malestar emocional. Aunque se revisarán posteriormente diversos estudios que documentan este hecho, se comentan a modo de ilustración ahora tres estudios. En el primero (Escobar, Gara, Waitzkin, Silver, Holman & Compton , 1998) los resultados indicaron que alrededor de un 41% de pacientes con hipocondría cumplían también los criterios diagnósticos para depresión mayor frente al 18% de los no hipocondríacos. En el segundo (Noyes, Kathol, Fisher, Phillips, Suelzer &

Woodman, 1994) el 28% y en el tercero de alrededor de la mitad (Barsky, Wyshak & Klerman, 1992).

Probablemente, la cuestión central a la hora de decidir acerca de la naturaleza de la hipocondría (condición primaria o secundaria) sea la secuencia de desarrollo. Es decir, cuando el trastorno que aparece en primer lugar es otro (por ejemplo, un trastorno depresivo), la hipocondría se considera secundaria a este. Por el contrario si es la hipocondría la que se manifiesta en primer lugar se considera que es un trastorno primario (Warwick y Salkovskis, 1990; Warwick, 1995). Noyes, Kathol, Fisher, Phillips, Suelzer & Woodman (1994) informa que en una muestra de 20 pacientes con hipocondría y con un diagnóstico concurrente de depresión mayor solamente 3 informaban que la depresión precedía en 6 o más meses el inicio de la hipocondría, en 4 casos coincidía temporalmente el inicio de ambos problemas y en 13 la hipocondría precedía el inicio de la depresión en 6 o más meses. En cuanto a los trastornos de ansiedad comórbidos (trastorno de pánico, fobia social o fobia simple), 11 fueron los pacientes con hipocondría que también cumplían adicionalmente criterios diagnósticos para alguno de ellos. De estos en 4 el trastorno de ansiedad precedía la hipocondría en 6 o más meses, en 3 la relación se invertía mientras que en los 4 restantes ambos diagnósticos eran concurrentes. Las principales conclusiones de este estudio son que la hipocondría asociada a un trastorno depresivo es frecuentemente primaria. La segunda conclusión, solo sugestiva dado el número limitado de observaciones, es que la hipocondría asociada al trastorno de pánico puede ser una manifestación secundaria o una complicación del trastorno. Los resultados del estudio de Noyes et al (1994) acerca de la relación hipocondría-trastorno depresivo son coherentes con las pruebas existentes de que los problemas de ansiedad (entre los que se podría incluir la hipocondría) tienden a preceder a los estados depresivos (Barlow, 1988). Por ejemplo, Mineka, Watson & Clark (1998) citan un estudio internacional de la OMS en el que se encuentra en una muestra de 242 sujetos con trastornos de ansiedad y depresión comórbidos que en el 59% de los casos el inicio del primer trastorno de ansiedad ocurría al menos 1 año antes que el primer trastorno del ánimo, solo el 15% habían experimentado el inicio del trastorno del ánimo antes que el inicio del primer trastorno de ansiedad y 26% habían experimentado el inicio de ambos trastornos en el mismo año. Alloy et al (1990, citado por Mineka et al, 1998) señalan que la experiencia de síntomas de ansiedad durante períodos de tiempo prolongados puede fácilmente conducir a un estado de indefensión

(Helplessness) que se asocia a estados depresivos. Aluden los autores a la naturaleza intrusiva y perturbadora de muchos de estos síntomas para explicarlo. Aunque no señalan específicamente la hipocondría (solo hacen referencia al trastorno de pánico, el trastorno obsesivo-compulsivo y el trastorno por estrés posttraumático), es razonable considerar que tal planteamiento es también válido para la hipocondría en base a lo siguiente: a) la comorbilidad frecuente hipocondría-depresión, b) las relaciones temporales y c) la naturaleza de los propios síntomas de la hipocondría que, sin duda, comparten las características mencionadas por Alloy et al (1990) para otros trastornos de ansiedad. Finalmente, Rief, Hiller, Geissner & Fichter (1995) informan que en pacientes con trastornos somatoformes hay una elevada comorbilidad de trastornos emocionales y especialmente del estado de ánimo. En concreto un 64% de la muestra de estos pacientes (n=18) cumplía los criterios diagnósticos para algún trastorno afectivo (depresión mayor, distimia o depresión no especificada) y 32% (n=9) para un trastorno de ansiedad. La gran mayoría de estos pacientes con psicopatología comórbida informaban que los trastornos emocionales comenzaban con posterioridad al inicio del trastorno somatoforme y en opinión de los autores, este hecho refleja el riesgo incrementado de los pacientes con estos trastornos a desarrollar problemas emocionales.

c) Conclusiones y resumen

Independientemente de su estatus como condición primaria o secundaria a otros trastornos, los rasgos clínicos son comparables lo que favorece una conceptualización de la hipocondría como una categoría que puede diferenciarse fenomenológicamente de condiciones psiquiátricas concurrentes (Bach, Nutzinger & Hartl, 1996). Por ejemplo, Kenyon (1964) comparó en distintas variables clínicas un grupo de 301 pacientes clasificados en sus historias clínicas como hipocondríacos primarios y un grupo de 211 clasificados como hipocondríacos secundarios. Los resultados de dicha comparación no revelaron diferencias entre ambos grupos en características sociodemográficas, tipo de molestias informadas, trastornos psicológicos presentes, historia psiquiátrica en la familia o rasgos de personalidad. Barlow (1988), por su parte, se pregunta acerca de la estrategia clínica y de investigación en esta área y favorece como más pertinente la atención a los problemas psicológicos coexistentes y a los patrones generales de psicopatología más que la exclusión de categorías cuando está presente otra que se

considera a priori jerárquicamente superior (por ejemplo, depresión mayor frente a hipocondría).

Como resumen de lo hasta ahora expuesto y siguiendo a Kellner (1985) se puede decir que “los hallazgos de las investigaciones sugieren una relación compleja entre ansiedad, depresión, síntomas somáticos, dolor, miedo a la enfermedad y una falsa convicción de padecer una enfermedad. Cualquiera de estos rasgos puede estar completamente ausente, jugar un papel menor y pasajero o dominar el cuadro clínico. El orden de importancia y el interjuego de estos fenómenos varía de persona a persona y parece variar en la misma persona con el paso del tiempo”. Este autor (Kellner, 1986, pag. 35) también indica que aunque la hipocondría puede formar parte de otros trastornos psicológicos hay un grupo amplio de pacientes en los que las creencias y temores a la enfermedad constituyen el núcleo de su psicopatología y la perturbación emocional regularmente presente puede concebirse como una consecuencia.

8. Algunos problemas en la definición y clasificación de la hipocondría

Al margen de los problemas que se han planteado con respecto a las clasificaciones de la psicopatología (Bass & Murphy, 1995), se señalan a continuación, de una manera más específica, algunas de las dificultades en cuanto a clasificación y características que se incluyen en la definición actual de hipocondría:

a) La inexistencia de un mecanismo físico que explique la presencia de los síntomas, primera característica señalada por Hyler & Spitzer (1978) como diferenciadora de los trastornos somatoformes con respecto a las enfermedades genuinas y los trastornos psicósomáticos, es matizada por autores como Martin (1999) o Kellner (1990, 1994). Este último pasa revista a los mecanismos subyacentes a los denominados síntomas somáticos funcionales y alude a cierta arbitrariedad en la separación entre trastornos psicósomáticos y trastornos somatoformes. La distinción basada en que en los trastornos psicósomáticos al contrario que en los somatoformes se encuentran cambios físicos que son responsables de las molestias del paciente es cuestionada ya que en la práctica médica general, a diferencia de lo que ocurre en la investigación, la evaluación se limita a la exclusión de enfermedad física sustancial pero no se realizan investigaciones lo suficientemente finas como para detectar los cambios

fisiológicos responsables de las molestias. Menciona asimismo cierta arbitrariedad en la clasificación como demuestra el hecho de que síntomas con un origen similar son clasificados en distintas categorías. Por ejemplo, las cefaleas tensionales probablemente se incluirían en la categoría de “factores psicológicos que afectan al estado físico” es decir, un trastorno psicósomático, mientras que si el paciente se queja de dolor en otra parte, aun siendo el mecanismo fisiológico el mismo (tensión muscular), es probable que se clasifique dentro de los problemas somatoformes. Además, indica Kellner que hay estudios en los que se encuentra que las creencias de enfermedad y la fobia a la enfermedad se asocian a un umbral bajo al dolor y así, en las personas con actitudes hipocondríacas, aun los cambios ligeros en la actividad fisiológica, como el aumento de la tensión muscular, pueden dar lugar a sensaciones molestas.

b) El diagnóstico de la hipocondría es esencialmente negativo (Tyrer, 1988, pag. 112). Es decir, se basa en la exclusión de una enfermedad que explique los síntomas por los que el paciente se preocupa, más que basarse en una formulación positiva que indique la relación de los factores de tipo psicológico (entre los que se incluye la propia preocupación somática) y los síntomas corporales. El fundamentar la decisión diagnóstica en un criterio negativo, señala Tyrer (1988), podría hacer más fácil que pacientes con enfermedades que están en sus primeras etapas sean clasificados erróneamente como hipocondríacos o somatizadores.

c) En la clasificación DSM IV se agrupan pacientes con ansiedad por la posibilidad de padecer la enfermedad y pacientes que creen que la padecen a pesar de la ausencia de evidencias en tal sentido. Es decir no se distingue entre fobia a la enfermedad y creencia de enfermedad. Y aunque es posible que ambas dimensiones coexistan en muchos pacientes hipocondríacos también pueden darse independientemente. Esta separación puede tener interés tanto en cuanto a estudio de factores influyentes como a nivel de tratamiento.

d) Otro problema se refiere a la persistencia de preocupación a pesar de la evaluación y explicación del médico, es decir, la ausencia de reaseguramiento con la información tranquilizadora del médico (criterio C del DSM-IV). Salkovskis & Clark (1993) mencionan algunos de los vacíos cuando se analiza este criterio: 1) En algunos contextos los pacientes no tienen acceso al reaseguramiento médico, 2) Algunos

hipocondríacos buscan la tranquilización en amigos o familiares u otras fuentes como libros o a través de la comprobación del estado corporal más que a través de las consultas médicas, 3) Algunos pueden evitar más que buscar la atención médica ante las preocupaciones y sospechas y, finalmente, 4) la propia naturaleza del reaseguramiento al que no responde el paciente no es claramente definida. En este sentido los autores señalan que “la cualidad del reaseguramiento varía tremendamente, este va desde simplemente señalar que los síntomas son imaginarios a una completa y detallada revisión de las evidencias a favor y en contra de los diagnósticos específicos combinada con una explicación de cómo los factores psicológicos podrían estar operando para producir los síntomas experimentados. En muchos casos los intentos de reaseguramiento pueden ser ambiguos y mal comprendidos por los pacientes; por ejemplo, cuando se combinan con investigaciones y exámenes médicos irrelevantes e innecesarios”. También Fallon, Rasmussen & Lievowitz (1993) se refieren a los problemas en la aplicación de este criterio cuando se considera que “si el miedo es dominante pero la convicción fluctúa, el paciente puede evitar ir la médico, una conducta que pone en cuestión el criterio del DSM-III-R que requiere la realización de pruebas médicas y la búsqueda de reaseguramiento médico”.

e) Otro aspecto problemático en la definición de la hipocondría del DSM-IV se refiere a la necesidad de que haya síntomas o molestias físicas sobre las que se focaliza la preocupación (Fallon, Rasmussen & Lievobitz, 1993). Al imponer este requisito la definición DSM-IV excluye a aquellas personas que aún sin síntomas corporales se sienten preocupados notablemente por la salud en base, por ejemplo, a la creencia de una supuesta mayor vulnerabilidad a la enfermedad grave.

f) No se ofrecen normas claras para decidir a partir de que momento debe considerarse el grado de preocupación expresado por el paciente como excesivo o desproporcionado (Kirmayer, Robbins y Paris, 1994).

g) Finalmente, Schmidt (1994), indica que las definiciones de hipocondría del DSM-IV y CIE-10 pueden ser excesivamente restrictivas al no incluirse aquellos pacientes cuya ansiedad está centrada en la enfermedad mental más que en la enfermedad orgánica y que tienden a interpretar erróneamente (en un sentido

patologizador) determinadas manifestaciones psicológicas (por ejemplo, bloqueos cognitivos relacionados con ansiedad o fallos triviales de memoria).

9. Otras propuestas de conceptualización de los síndromes con presentación somática

Aunque en el DSM-IV y demás clasificaciones se establecen categorías bien delimitadas, puede resultar difícil hacer distinciones tajantes entre los trastornos con presentación somática (Lipowski, 1987, 1988; Fink, 1992) ya no solo en cuanto a los aspectos clínicos sino también cuando se atiende a los mecanismos subyacentes que se ha postulado dan lugar o propician los mismos. Así, variables de las que luego se hablará como la Afectividad Negativa, la tendencia a la amplificación somatosensorial, las consecuencias positivas que a nivel social o personal (estrategia de autoobstaculización) pueden comportar las conductas de enfermedad o las creencias y supuestos mantenidos acerca de la salud-enfermedad son ejemplos de influencias presentes en medida variable en los distintos trastornos psicológicos que se presentan de un modo predominantemente somático.

La hipocondría, como se viene diciendo, difícilmente se produce en ausencia de síntomas, sensaciones o cambios físicos sobre los que se focalizan los temores o preocupaciones y que sustentan las creencias y, por otra parte, los síndromes somáticos sin explicación médica conocida, pueden estar coloreados en mayor o menor medida por preocupaciones acerca de su significado e implicaciones. Estos problemas, además, vienen acompañados con mucha frecuencia de malestar emocional significativo.

Las constataciones precedentes implican que quizás sea más apropiada una consideración dimensional que reconoce las variables compartidas y que hace distinciones sobre la base del grado en que distintos elementos están presentes. Por ejemplo, Robbins, Kirmayer y Paris (1994) hacen referencia del siguiente modo a las limitaciones de la clasificación psicopatológica: “Un artefacto del esquema categórico de la nosología actual es el énfasis en la comorbilidad: el hecho de que los pacientes tengan múltiples diagnósticos en un sistema construido con categorías disyuntivas refleja no tanto la ironía terrible de golpear dos veces en el mismo sitio como la limitada

capacidad de estas categorías para capturar la covariación actual de formas de distrés presumiblemente iniciadas por los mismos estresores o mediadas por los mismos procesos subyacentes”.

Una propuesta dimensional la aporta Lowy (1975, cit. Brown & Vaillant, 1981) que habla de un somatizador persistente sobre el que se pueden hacer siete consideraciones diferenciales: presencia de depresión, concomitantes fisiológicos de la ansiedad, síntomas de conversión, delirios somáticos como parte de un trastorno psicótico, síndromes psicósomáticos clásicos, comunicación del malestar emocional en lenguaje corporal e hipocondría.

Fink (1996) enfatiza la importancia en la evaluación de no circunscribirse a un aspecto de la experiencia del paciente, como puede ser el número de molestias físicas médicamente no explicadas, sino considerar otros aspectos relevantes como la percepción de los síntomas, la interacción médico-paciente o la personalidad y psicopatología. Ello, afirma el autor, llevará eventualmente al desarrollo de criterios diagnósticos más válidos.

Otros como Potts & Bass (1993) han señalado algunas manifestaciones que tienden a presentarse asociadas en los problemas con presentación somática: el uso excesivo de servicios médicos y quirúrgicos, las dificultades para que el paciente sea tranquilizado ante los resultados negativos de pruebas y exámenes médicos, el rechazo a admitir la relevancia de los factores psicológicos en el malestar somático y finalmente la facilidad para que la relación médico-paciente se deteriore y se haga difícil.

Lipowski (1987, 1988) considera los distintos trastornos somatoformes como variantes de un problema general: la somatización. Plantea el autor que la respuesta al estrés característica del paciente con síntomas somáticos funcionales sería de tipo somático más que cognitivo. La somatización para Lipowski tiene tres componentes fundamentales: 1) experiencial, que se refiere a la percepción de los síntomas, cambios o disfunciones, 2) cognitivo o interpretación de la experiencia somática, su significado y proceso de decisión con respecto a los síntomas así evaluados y 3) conductual, que se refiere a las acciones y comunicaciones tanto verbales como no verbales que siguen a las atribuciones de los síntomas, sensaciones o cambios corporales percibidos. La

somatización para Lipowski, pues, sería un concepto genérico (mas que una categoría diagnóstica) que define como “la tendencia a experimentar y comunicar el malestar y síntomas somáticos que no se explican por hallazgos patológicos, atribuirlos a causas físicas y buscar ayuda médica por ellos”. Bajo este concepto se incluyen una amplia variedad de fenómenos clínicos. Varias características asociadas a la respuesta somática al estrés característica del somatizador darían lugar a las diferentes variantes clínicas. Estas dimensiones son:

1) la duración: La somatización puede ser transitoria o persistente, la primera sería una respuesta relativamente aguda a algún acontecimiento (como una pérdida significativa o la propia enfermedad)

2) el grado de hipocondría: La preocupación por el significado de los síntomas, la creencia de que se trata de una enfermedad grave y la facilidad para ser tranquilizado por el médico también varía a lo largo de un continuo.

3) la emocionalidad: Puede estar ausente como en la “belle indifférence” manifestada por algunos o, por el contrario, que el paciente se halle sumamente activado emocionalmente incluso hasta el pánico por el miedo a la enfermedad y/o muerte.

4) La capacidad de describir sentimientos y fantasías. Este aspecto se refiere a lo que se denomina Alexitimia [los rasgos clínicos de la alexitimia son: una limitada capacidad para describir verbalmente las emociones, pobreza en la vida interna de la fantasía, habla y pensamiento concretos y estrechamente vinculados a los sucesos externos, descripción de los síntomas físicos más que las emociones, dificultad para reconocer el afecto interno y una incapacidad de usar esos sentimientos y sensaciones como señales de distrés emocional (Adler, 1981; Lesser, 1985)]. Tal característica se ha asociado repetidamente en la literatura psicológica a los síndromes psicósomáticos y los síntomas somáticos funcionales. Por ejemplo, Katon, Kleinman & Rosen (1982) señalan en relación con las presentaciones predominantemente somáticas de los trastornos del ánimo que “sin la percepción cognitiva del componente de sentimientos el trastorno depresivo existe como un síndrome somático expresado por síntomas vegetativos. La capacidad de percibir el estado afectivo asociado depende del vocabulario para las

emociones que el paciente ha aprendido y de los mecanismos cognitivos que ha desarrollado para manejar los sentimientos”.

Así pues, para Lipowski, la hipocondría es una dimensión más que junto a las otras acompaña en medida variable a los diversos trastornos somatoformes y también a otros trastornos psicológicos. Propone, siguiendo esta lógica, que las categorías incluidas bajo el epígrafe de trastornos somatoformes en el DSM sean sustituidas por dos más generales: El trastorno por somatización recogido en esta clasificación y el trastorno por somatización parcial que puede incluir subtipos descriptivos tales como “con hipocondría”, “con conversión” o “con dolor” con el fin de resaltar las variantes clínicas para la investigación y la terapia.

De un modo parecido, Mayou (1995, cit. Caballero & Caballero, 1998) resaltan la importancia de la valoración de cinco aspectos de los trastornos con síntomas somáticos funcionales:

1) Síntomas somáticos

- Número (órgano o sistema afectado único o múltiple)
- Tipo (sensorial o motor)

2) Estado mental

- Trastorno depresivo, por ansiedad o por crisis de angustia
- Otros trastornos psiquiátricos

3) Cogniciones

- Miedo a la enfermedad
- Creencias y convicciones

4) Conducta y deterioro funcional

- Evitación sociolaboral

- Asunción del papel de enfermo
- Uso de servicios de salud

5) Trastorno psicofisiológico acompañante

- Mecanismos identificables (por ejemplo, hiperventilación)

Barsky (1998) se refiere a la somatización como un proceso complejo y heterogéneo en el que “una amplia variedad de fuerzas psicológicas, interpersonales, sociales, culturales y ambientales alientan un estilo de vida caracterizado por molestias somáticas inexplicadas y uso excesivo de servicios médicos, preocupación con la salud y enfermedad y conducta de enfermedad crónica”. Este autor hace referencia a un espectro de estilos somáticos entre los que se incluye el trastorno por somatización en el que los síntomas somáticos son la fuente única o predominante de malestar con negación de la sintomatología emocional y ausencia de preocupaciones significativas por la salud y el trastorno hipocondríaco en el que junto a las molestias hay preocupación marcada por ellas y perturbación emocional asociada significativa.

Rief & Hiller (1998) recogen una de las conclusiones del Simposio Internacional sobre Trastornos somatoformes celebrado en Prien (Alemania) en 1997: Para mejorar la descripción clínica y la clasificación es necesario considerar factores como la limitación funcional, la conducta de enfermedad, la presencia de interpretaciones catastrofizadores de los síntomas, la ansiedad por el estado de salud, atención focalizada sobre los síntomas corporales o creencias relativas a la salud.

10. Hipocondría y otros problemas con características compartidas

1) Hipocondría y enfermedad médica

Los síntomas somáticos objeto de preocupación pueden ser consecuencia de alguna enfermedad (como la esclerosis múltiple y otras enfermedades neurológicas, miastenia gravis, el lupus sistémico eritematoso o procesos neoplásicos) que están en sus primeras etapas y que los instrumentos diagnósticos empleados no detectan (Kellner, 1987). Por otro lado, los síntomas de la enfermedad orgánica pueden potenciar síntomas somáticos

funcionales (Lipowski, 1988) haciendo más difícil el diagnóstico correcto. Hyler & Spitzer (1978) señalan, en este sentido, que la diferenciación entre síntomas “reales” y síntomas somatoformes es una de las tareas diagnósticas más difíciles que tienen que encarar los médicos. Tyrer (1988, pag. 122) alude a esta dificultad del siguiente modo: “Casi todas las personas se presentan a los médicos con molestias orgánicas con grados distintos de gravedad y persistencia. Su evaluación es la principal razón por la cual los estudiantes de Medicina necesitan al menos cinco años de capacitación antes de que sean considerados como competentes. Sopesar la significación de los síntomas y su observación es extraordinariamente difícil, y es una de las razones por las que la Medicina es considerada todavía un arte, más bien que una ciencia, en muchos lugares”.

Barsky, Wyshak, Latham & Klerman (1991) mencionan algunos de los problemas en el estudio de la relación hipocondría-enfermedad física:

-Puede ser difícil establecer de un modo concluyente que un síntoma somático determinado no tiene una base médica ya que las enfermedades tienen manifestaciones extremadamente variables y pueden tener cursos insidiosos a lo que se unen las limitaciones en los conocimientos patofisiológicos y en los test diagnósticos.

-La enfermedad puede tener un rol causal en la hipocondría, actuando de dos modos: 1) la enfermedad pasada puede predisponer al desarrollo de hipocondría y 2) la enfermedad puede actuar como desencadenante.

-Cuando hipocondría y enfermedad concurren es difícil determinar retrospectivamente que condición fue antecedente.

-Los hipocondríacos es más fácil que tengan un porcentaje mayor de diagnósticos debido simplemente a su mayor contacto con la asistencia sanitaria. Así, el someterse a mayor número de pruebas hace más probable que se detecten anomalías menores que de otro modo hubieran pasado desapercibidas. Además, están más expuestos a la enfermedad iatrogénica.

2) Hipocondría y Psicosis Hipocondríaca Monosintomática (PHM)

Constituye, la PHM, un cuadro clínico bien delimitado con un sistema delirante

único referido a la convicción de tener insectos o cuerpos extraños bajo la piel, despedir mal olor o presentar anormalidades importantes en la apariencia física (delirios dismórficos) (Munro, 1988). Este trastorno es responsivo al neuroléptico Pimozide y así en el estudio de Munro el 82% de estos pacientes tenían una recuperación excelente o parcial. El autor liga el trastorno a alteraciones cerebrales, lo que sustenta en el hecho de que la mayoría de los pacientes tenían una historia de consumo de drogas o alcoholismo, traumatismos cerebrales o eran pacientes de edades avanzadas.

3) Hipocondría y depresión mayor con síntomas psicóticos

En la depresión mayor con síntomas psicóticos pueden darse ideas delirantes de padecer una enfermedad grave determinada. El paciente hipocondríaco es frecuente que manifieste ánimo deprimido o aun que desarrolle un trastorno del ánimo en relación con el estado de ansiedad y preocupación mantenidos. Sin embargo sus creencias son mejor comprendidas como sospechas, dudas o temores más que como convicciones delirantes.

4) Trastorno de ansiedad generalizada

Ambos trastornos implican preocupación excesiva. En la definición del trastorno de ansiedad generalizada (DSM-IV), sin embargo, se destaca la presencia de preocupación o ansiedad excesiva y no realista en torno a dos o más circunstancias vitales. También indica que cuando hay otro trastorno del eje I, el foco de la ansiedad y preocupación no se encuentra relacionado con él. Aunque en el trastorno de ansiedad generalizada una de las circunstancias generadoras de preocupación pueda ser contraer o padecer una enfermedad grave, tal preocupación no es de la duración ni intensidad suficiente como para justificar el diagnóstico adicional de hipocondría. La preocupación por la enfermedad se da en una minoría de pacientes con trastorno de ansiedad generalizada con porcentajes que van desde 3% a 31% (Noyes, 1999). Por el contrario, muchos pacientes hipocondríacos informaban de otras fuentes de ansiedad que justifican el diagnóstico de trastorno de ansiedad generalizada (Barsky, Wyshak & Klerman, 1992; Bianchi, 1971; Rief, Shaw & Fichter, 1998). A pesar de la distinción señalada puede en ocasiones ser difícil decidir si las preocupaciones del paciente por su salud y conductas asociadas justifican un diagnóstico añadido de hipocondría en aquellos pacientes con ansiedad generalizada que informan de preocupaciones por la

salud. Además en el trastorno de ansiedad generalizada puede haber sintomatología física sustancial relacionada con los cambios neurovegetativos vinculados a la ansiedad. Ello también puede dar lugar a dudas acerca de su delimitación con el trastorno por somatización.

5) Ansiedad somatizada

Ante circunstancias diversas pueden desencadenarse síntomas somáticos tales como cefaleas o molestias digestivas que tienen relación con los cambios psicofisiológicos asociados a la ansiedad. En todo caso, las molestias inducidas no conducirían a preocupaciones desproporcionadas, mantenidas y resistentes al reaseguramiento médico como en la hipocondría.

6) Depresión somatizada

De la misma manera que durante los estados de ansiedad, durante los episodios depresivos pueden producirse síntomas somáticos diversos tales como pérdida de apetito o cansancio o puede rebajarse el umbral de percepción del dolor. Katon & Walker (1998) indican que el 70% de los pacientes con un diagnóstico de depresión mayor presentan entre 2 y 5 quejas de dolor que interfieren con su funcionamiento diario en contraste con el 20% de los pacientes del grupo control. La misma consideración que en el caso de la ansiedad somatizada vale aquí: estos cambios no darían lugar a preocupaciones persistentes acerca de su significado.

Dado el interés especial que tiene la relación de la hipocondría con dos trastornos psicológicos: el trastorno de pánico y el trastorno obsesivo-compulsivo se discutirá con más detalle posteriormente tal relación.

7) Síndrome de Munchausen por poderes

Benjamin (1988) distingue dentro este síndrome tres tipos, el tercero de los cuales comparte características con la hipocondría y el trastorno por somatización. El primer tipo se refiere a aquellos padres que inducen activamente síntomas en los hijos para obtener asistencia sanitaria. En el segundo estarían incluidos los que presentan

quejas sobre la salud de los hijos e incluso pueden inducir síntomas como un modo de comunicar problemas de otra índole. Finalmente, el tercer grupo lo conformarían los que experimentan ansiedad notable por la salud de los hijos o convicción injustificada de su mala salud. Estos pacientes pueden también inventar síntomas (aunque no inducir activamente) para forzar exploraciones médicas. La diferencia obvia entre la hipocondría y este último tipo es que la ansiedad por la salud en este caso está focalizada no en uno mismo sino en otro.

11. Conclusión

A lo largo de este apartado se ha intentado definir y delimitar el fenómeno hipocondríaco y se han recogido diversos acercamientos a su conceptualización. Como queda claro la ansiedad por el estado de salud dista de ser un fenómeno unitario. Son varias las dimensiones que pueden estar en mayor o menor medida presentes entre pacientes o en el mismo paciente a lo largo del devenir temporal. Ello tiene implicaciones claras de cara a la investigación y también de cara a los tratamientos. Es esta heterogeneidad en las presentaciones y características clínicas asociadas la que da lugar a la diversidad de planteamientos y a la continuidad en la actualidad de cuestiones irresueltas tal y como Noyes (1999) y Fallon (1999) han indicado recientemente al preguntarse si el trastorno se puede concebir mejor como una alteración de la interpretación cognitiva, de la percepción corporal o de las conductas de enfermedad así como si este problema es fundamentalmente un trastorno de ansiedad, un trastorno somatoforme o un trastorno de la personalidad. Ello, como plantean Barsky, Barnett & Cleary (1994), tiene implicaciones clínicas importantes en la medida que los distintos abordajes (farmacoterapia, tratamiento cognitivo-conductual o técnicas de reaseguramiento y explicación) “precisan de una comprensión más clara de la naturaleza fundamental de la hipocondría”.

HIPOCONDRIA Y OTROS TRASTORNOS PSICOLOGICOS

1) La Hipocondría y el Trastorno de Pánico

Los ataques de pánico o crisis de angustia se definen como “episodios súbitos, de aparición diurna o nocturna, caracterizados por una descarga neurovegetativa, intenso agobio moral, frecuente vivencia de muerte, ansiedad y eventualmente inquietud psicomotriz, cuya duración no sobrepasa los 15-20 minutos” (Vallejo, 1991, pag. 347).

Los síntomas más frecuentes durante una crisis de ansiedad son las palpitaciones o taquicardia que son descritas por alrededor del 80% de los pacientes con trastorno de pánico, la disnea o sensación de ahogo (descrito por el 70%), el miedo a la muerte (65%), mareo o sensación de inestabilidad (55%), temblor o sacudidas corporales (53%), sudoración (53%), y algias o molestias precordiales (53%) (Vallejo, 1991, pag. 347).

Aunque los episodios de pánico son comunes en todos los trastornos de ansiedad (Barlow, Vermilkea, Blanchard, Vermilkea, Di Nardo & Cerny, 1985, cit. Clark, 1996) el diagnóstico de trastorno de pánico se reserva a aquellas personas con ataques de pánico recurrentes y cuya ocurrencia en ocasiones se produce de una manera inesperada.

La prevalencia del trastorno de pánico en la población general se sitúa entre el 2 y el 5%, mientras que en Atención Primaria es de entre el 6 y 10% y de entre 10 y 14% en pacientes de clínicas de cardiología (Katon 1984).

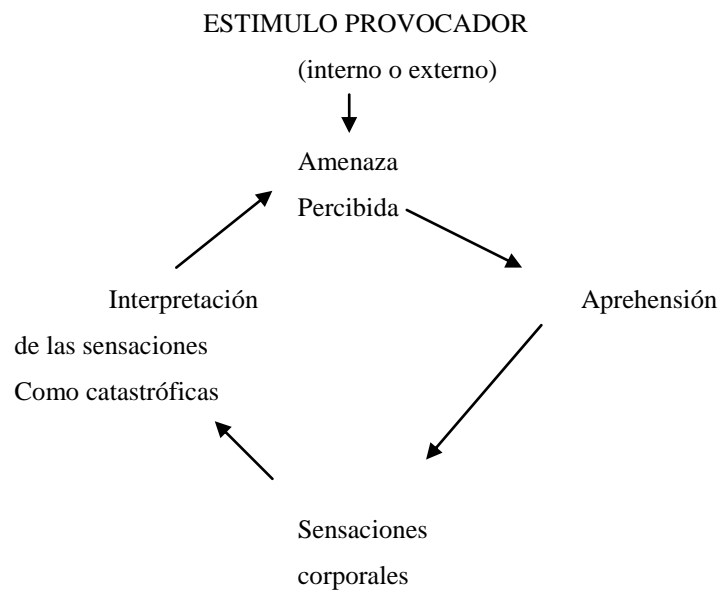
La siguiente descripción de Staats (1997, pag. 352-353) ilustra la cercanía de los episodios de pánico y la hipocondría “El ataque de pánico parece ocurrir sin una provocación estimular, debido a que los estímulos son en gran medida autoproducidos y no son obvios. Para ilustrarlo vamos a utilizar el caso de los estados de pánico nocturnos. El individuo con ansiedad sale del sueño experimentando una respuesta emocional negativa con estímulos fisiológicos (tales como un martilleo en el corazón y

respiración rápida), quizás un concomitante del soñar. Digamos que el individuo se preocupa 'Dios, ¿voy a tener un ataque (*al corazón*)?'. Esto mantiene y aumenta la respuesta emocional negativa y los estímulos fisiológicos. Ello da paso luego a descripciones siniestras adicionales. Esta composición puede colaborar rápidamente a la construcción de un estado de pánico". Por otra parte señala que "además de la ansiedad general estos individuos tienen también miedos concernientes a la salud; están alerta respecto a las sensaciones y estados corporales y han aprendido un repertorio básico de conducta lingüístico-cognitivo-emocional negativo concerniente a tales materias. La ocurrencia de sensaciones fisiológicas dispara entonces la interacción compuesta de estos diversos repertorios. Tales ataques aumentan las respuestas de miedo del individuo generalmente respecto a su salud; su autoconcepto se hace más negativo y el individuo se hace una persona más ansiosa, estableciéndose un círculo vicioso".

McNally, Hornig, Hoffman & Han (1999) resumen los hallazgos de la investigación psicológica experimental sobre el trastorno de pánico del modo siguiente: "una tendencia a atender a las propias sensaciones corporales, a interpretarlas de un modo amenazante y a acceder a constructos de la memoria relacionados con la amenaza parece caracterizar lo que es aberrante en el trastorno de pánico en el nivel cognitivo de análisis".

Los ataques de pánico se han concebido como estados de ansiedad aguda por el estado de salud (Clark, 1986; Clark, 1996; Schmidt, 1994). Tal planteamiento se basa en la evidencia acumulada acerca de determinados contenidos cognitivos asociados a las sensaciones corporales de los que informan las personas con ataques de pánico. La ideación relativa a la muerte, locura o pérdida de control y catástrofe física inminente (por ejemplo, ahogo, infarto cardiaco o derrame cerebral) se incluyen entre los síntomas característicos de los ataques de pánico. No obstante, se ha considerado que tal ideación no es simplemente un elemento más de la clínica del paciente sino que es clave en el desencadenamiento de los episodios de ansiedad aguda. En este sentido, "la sensibilidad a la ansiedad" entendida como creencias mantenidas acerca de la peligrosidad de los síntomas autonómicos de la ansiedad, se considera como de importancia central en el trastorno de pánico (Reiss & McNally, 1985, cit. Sandín, 1995). Por otra parte, y de manera análoga, el modelo cognitivo del trastorno de pánico plantea que las cogniciones catastróficas del arousal neurovegetativo estarían implicadas en el inicio de un círculo

vicioso que puede culminar en un episodio de pánico. Este círculo vicioso se reproduce en la figura (tomada de Clark, 1986).



Una secuencia puede ser como sigue: el sujeto experimenta sensaciones corporales como aceleración cardíaca que tiene relación por ejemplo con un esfuerzo, consumo de café o alguna circunstancia estresante. Si la sensación es valorada como peligrosa un estado de focalización atencional sobre la misma y de aprensión ansiosa es fácil que siga. Este estado de aprensión ansiosa implica una acentuación de la activación psicofisiológica que da lugar a más síntomas que a la vez pueden dar lugar a interpretaciones catastróficas (por ejemplo, ante la aceleración cardíaca “estoy sufriendo un ataque al corazón” o “el corazón no va a resistir”) que incrementan la ansiedad y síntomas corporales lo que hace más convincente la hipótesis de que algo grave (a nivel físico o mental) está ocurriendo y así sucesivamente.

El constructo de “sensibilidad a la ansiedad” se ha medido generalmente con el índice de Sensibilidad a la Ansiedad (Anxiety Sensitivity Index). Los análisis factoriales de este instrumento indican la existencia de tres componentes: 1) preocupaciones somáticas (temor a que los síntomas de la ansiedad sean dañinos físicamente), 2) preocupaciones psicológicas (el temor de que los síntomas de ansiedad reflejen trastornos mentales graves) y 3) preocupaciones sociales (temor de que las manifestaciones de la ansiedad lleven a situaciones socialmente embarazosas o ridículas). Haciendo una separación de estos componentes, Zinbarg et al (1997, cit.

Watson, 1999) encuentran que la única dimensión asociada al trastorno de pánico es la primera, es decir, la preocupación somática. También Otto, Pollack & Sach (1991, cit. Starcevic, Kellner, Uhlenhuth & Pathak, 1991) encuentran que esta dimensión de la sensibilidad a la ansiedad es el mejor predictor de algunos de los fenómenos relacionados con la hipocondría (altos niveles de preocupación corporal, la enfermedad y el dolor y miedo a la muerte) en los pacientes con trastorno de pánico. A pesar del énfasis en las interpretaciones catastróficas de los síntomas corporales en el trastorno de pánico, es probable que en no todos los pacientes jueguen un papel. Así, muchos informan que lo que temen es desmayarse o actuar de un modo embarazoso debido al estado de ansiedad. En tales casos, la relación con la hipocondría es probablemente inexistente o cuanto menos forzada.

Los ataques de pánico compartirían con la hipocondría en un número alto de casos su rasgo más definitorio. Es decir, la interpretación errónea y alarmante de sensaciones corporales benignas, objetivamente no indicativas de peligro. A pesar de la existencia de esta tendencia cognitiva compartida, dos características separan a ambos trastornos: el tipo de síntomas que generan alarma y el curso temporal de la catástrofe física anticipada. Salkovskis y Clark (1993) aluden a estas diferencias del siguiente modo:

- 1) En el trastorno de pánico las sensaciones físicas interpretadas erróneamente son las propias de la ansiedad (por ejemplo, palpitaciones) susceptibles de intensificarse al aumentar ésta o a través de procesos fisiológicos relacionados tales como la hiperventilación. En la hipocondría los síntomas temidos o que generan preocupación no están relacionados con el arousal autonómico (por ejemplo, bultos o malestar de estómago). En el caso de que el paciente temiera tanto síntomas de ansiedad como otros probablemente tendría ambos tipos de problemas.
- 2) La naturaleza aguda del pánico se relaciona con la convicción de la inminencia del desastre o la idea de estar ocurriendo ya una emergencia médica grave (por ejemplo, infarto cardiaco). Por el contrario, en la hipocondría el desastre anticipado tendría un curso más insidioso (por ejemplo, cáncer o esclerosis múltiple).

- 3) La valoración del curso temporal tiene implicaciones para las reacciones conductuales. Las conductas del paciente con trastorno de pánico, tales como ir a urgencias o escapar de lugares en que empieza a sentir los síntomas temidos se relaciona con la inminencia percibida señalada en el punto anterior. En la hipocondría, las conductas características tales como la autoobservación y comprobación corporal o la asiduidad en las consultas médicas se relaciona con la percepción de resultados más demorados de la enfermedad sospechada o temida.

Una serie de trabajos ponen de relieve la existencia frecuente de la orientación hacia la amenaza descrita entre las personas con trastorno de pánico. Algunas de estas evidencias provienen de estudios como los que se citan a continuación:

- 1) En los estudios de Ottaviani & Beck (1987, cit. Clark, Salkovskis, Ost, Breitholtz, Westling, Ost, Koehler, Jeavons & Gelder, 1997), Rachman, Levitt & Lopatka (1987), Westling & Ost (1993), Pauli, Marquardt, Hartl, Nutzinger, Hotzl & Strian (1991) o Hibbert (1984) se encontró que los pensamientos relativos a catástrofes físicas o mentales se asociaban a los ataques de pánico.

- 2) Estudios como los de Chambles & Gracely (1989) o Ehlers, Margraf, Roth & Birbaumer (1988) demuestran que este tipo de pensamientos discriminan a los pacientes con pánico de los pacientes con otros trastornos de ansiedad y controles.

En el trabajo de Clark et al (1997) se informa de los resultados de estudios en los que se encuentra consistentemente este patrón cognitivo. En concreto, los sujetos con trastorno de pánico en comparación con aquellos con otros trastornos de ansiedad (fobia social y trastorno de ansiedad generalizada) y los del grupo control generaban las interpretaciones negativas predichas respecto a las sensaciones corporales características del arousal, valoraban como más probables este tipo de interpretaciones cuando se les daba a elegir entre varias interpretaciones posibles y las puntuaban como más creíbles.

De un modo semejante, Ehlers (1993a) cita un estudio previo (Ehlers, 1991) en el que encuentra en la comparación de 110 pacientes con trastorno de pánico, 81 con historia de ataques de pánico, 37 con otros trastornos de ansiedad y 61 controles que los

pacientes con trastorno de pánico puntuaban más alto en probabilidad de experimentar síntomas de ansiedad y en la peligrosidad atribuida a los síntomas. Los pacientes con historia de ataques de pánico tenían puntuaciones similares a las de los pacientes con otros trastornos de ansiedad en las escalas de síntomas de ansiedad pero tenían puntuaciones más altas de probabilidad y peligrosidad estimada para los síntomas de ansiedad. En la investigación longitudinal de Schmidt, Lerew & Jackson (1997) se encontró que las puntuaciones en una medida de sensibilidad a la ansiedad eran predictivas de la ocurrencia de ataques de pánico espontáneos durante el periodo de seguimiento. Sin embargo, los sujetos de esta de investigación tenían historia de ataques de pánico. McNally, Hornig, Hoffman & Han (1999) indican que debe demostrarse que la sensibilidad a la ansiedad sea un predictor significativo de ataques de pánico en sujetos sin historia de los mismos. Es decir, los sujetos podrían haber adquirido respuestas de temor simplemente por la ocurrencia de ataques de pánico espontáneos previamente. En un segundo estudio de Schmidt, Lerew & Jackson (1999) se tuvo en cuenta la historia previa de ataques de pánico y cuando se controló esta variable la sensibilidad a la ansiedad continuaba siendo un predictor significativo de la ocurrencia de ataques de pánico durante el periodo de seguimiento.

Otras evidencias que ponen de manifiesto la existencia de una relación estrecha entre ambos problemas son:

1. El elevado porcentaje de pacientes hipocondríacos que experimentan episodios de pánico [hasta un 59% según Warwick & Salkovskis (1990), cumplen los criterios diagnósticos para el trastorno de pánico]
2. la elevada frecuencia de preocupaciones hipocondríacas sustanciales entre pacientes con trastorno de pánico. Por ejemplo, Seehan, Ballenger y Jacobsen, (1980), encuentran hasta un 68,4%, Shinoda, Kodama, Yamanouchi, Takahasi, Okada, Noda, Komatsu y Sato (1999), 43%. Kuch, Cox, Woszczyna, Swinson & Shulman (1991) estiman en un 38% el porcentaje de pacientes con trastorno de pánico con dolor persistente (mas de 6 meses de duración). Este grupo de pacientes con dolor crónico eran especialmente propensos al desarrollo de actitudes hipocondríacas. Chambless (1985) encuentra correlación significativa (la más elevada) entre

la frecuencia de episodios de pánico y temor a las consecuencias físicas de la ansiedad del cuestionario ACQ (Agoraphobic Cognitions Questionnaire). Ballester y Botella (1995) encuentran perfiles de conducta de enfermedad caracterizados por altos niveles de hipocondría y preocupación somática entre pacientes con trastorno de pánico. Starcevic, Kellner, Uhlenhuth & Pathak (1992) informan que la mitad de los sujetos con trastorno de pánico de su muestra tenían puntuaciones dentro del rango de las obtenidas por pacientes con hipocondría en la Escala de Actitudes ante la Enfermedad (EAE) de Kellner. Las puntuaciones en medidas de ansiedad por la salud de los pacientes con trastorno de pánico fueron significativamente más altas que las de los sujetos del grupo control en el estudio de Katerdahl (1999). Dammen, Friis & Ekeberg (1999) encuentran en una muestra de pacientes con dolor pectoral de origen no cardíaco que las puntuaciones en dos cuestionarios que evalúan aspectos clínicos del trastorno de pánico-agorafobia (Cuestionario de cogniciones agorafóbicas y Cuestionario de sensaciones corporales) estaban fuertemente correlacionadas con las del factor “Ansiedad por la Salud” del EAE de Kellner ($r=0,55$ y $r=0,61$ respectivamente). La correlación entre el cuestionario de cogniciones agorafóbicas y el índice de sensibilidad a la ansiedad con el Whiteley Index de hipocondría fue en el estudio de Ahmad, Wardle & Hayward (1992) de 0,41 y 0,59 respectivamente. Finalmente, los pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica que también cumplían los criterios diagnósticos para trastorno de pánico del estudio de Moore & Zebb (1999), en contraste con los pacientes sin trastorno de pánico añadido, tenían puntuaciones significativamente más elevadas en medidas de autoinforme de temor a los síntomas físicos sin que hubiera diferencias en la función pulmonar entre los sujetos de ambos grupos.

3. Un número considerable de pacientes con trastorno de pánico cumplen también los criterios diagnósticos DSM-III o DSM-IV para hipocondría. Furer, Walker, Chartier & Stein, (1997) informan de un 48% y Bach, Nutzinger & Hartl (1996) de un 51,2%. Benedetti, Perugi, Toni, Simonetti, Mata & Cassano (1997) informan de que un 64% de los pacientes con trastorno de pánico cumplen también el criterio A del DSM-III-R para

hipocondría. Una cifra menor (25%) es encontrada por Barsky, Cleary, Sarnie & Ruskin (1994). La discrepancia marcada en los porcentajes puede deberse a los contextos de los que se reclutaron a los pacientes. En los primeros dos estudios los pacientes procedían de clínicas dedicadas al tratamiento de los trastornos de ansiedad mientras que en el estudio de Barsky et al (1994) procedían de atención primaria. Probablemente los pacientes de las clínicas de ansiedad tuvieran problemas de ansiedad más graves lo que influiría en la mayor prevalencia de psicopatología comórbida.

4. El componente hipocondríaco de creencias, sospecha y miedo a padecer una enfermedad grave es mucho más frecuente en el trastorno de pánico que en otros trastornos de ansiedad como el trastorno de ansiedad generalizada (Starcevic, Fallon, Uhlenhuth & Pathak, 1994).
5. Es también sugerente de la relación entre ambos problemas el hallazgo de Faravelli (1985, cit. Vuksic-Mihaljevic, Mandic, Barkic & Mrdenovic, 1998) de una frecuencia incrementada (en comparación con grupo control) de muertes o enfermedad grave en algún allegado o amigo en los meses precedentes al inicio de los episodios de pánico. Este tipo de acontecimiento puede ser un desencadenante común para ambos tipos de problema.
6. El tratamiento exitoso del trastorno de pánico se acompaña de una reducción significativa de los síntomas hipocondríacos (Noyes, Reich, Clancy & O’Gorman, 1986; Wesner & Noyes, 1991; Sheehan, Ballenger & Jacobson, 1980). Por otra parte, como señalan Martínez, Belloch & Botella (1996) hay estudios que ponen de relieve la eficacia en ambas condiciones de estrategias terapéuticas como la modificación de la atribución causal de los síntomas y la supresión de determinadas conductas relacionadas con tales atribuciones.
7. Hay informes que indican que el trastorno de pánico puede venir precedido por actitudes hipocondríacas sustanciales (Fava, Grandi & Canestrari, 1988; Fava, Grandi, Saviotti & Conti, 1990; Fava, Grandi, Raffanelli & Canestrari, 1992) o que conciben al trastorno de pánico como una complicación posterior de la hipocondría (Furer, Walker, Chartier & Stein, 1997). Otros

como Benedetti, Peruggi, Toni, Simonetti, Mata & Cassano (1997), que también informan de historia de preocupaciones por la salud significativas entre un número elevado de pacientes que posteriormente desarrollan trastorno de pánico (alrededor del 50%), se inclinan a considerar que la fobia a la enfermedad y las preocupaciones hipocondríacas en la historia premórbida de los pacientes con trastorno de pánico podría ser consecuencia de ataques de pánico menores o esporádicos representando una forma de inicio temprano del trastorno.

8. También son sugerentes los resultados del estudio de Haenen, Schmidt, Kroeze & Van der Hout (1996) que mostraron que la mayoría de las sensaciones temidas más significativamente por los pacientes hipocondríacos podían identificarse como aquellas características de los ataques de pánico de acuerdo con los criterios diagnósticos del DSM-IV.

La relación entre ambos trastornos no está relacionada con el grado de psicopatología. Por ejemplo Furer, Walker, Chartier & Stein (1997) solo encuentra que 1 de los 23 sujetos con fobia social tenía un diagnóstico adicional de hipocondría frente a los 10 pacientes de los 21 con trastorno de pánico. Los pacientes con fobia social tenían niveles similares de ansiedad, depresión y malestar emocional general.

Hay evidencias de que la genética juega un papel en el miedo normal y en los trastornos de ansiedad (Marks, 1987/1991) y es posible que las personas más reactivas autonómicamente desarrollen más temores acerca de la activación psicofisiológica. No obstante, la investigación acerca de las historias personales de las personas con trastorno de pánico aporta datos a considerar en cuanto a influencias psicosociales en el origen de las creencias de peligrosidad de los síntomas somáticos de la ansiedad (Sensibilidad a la Ansiedad). Se comentarán dos estudios al respecto. El más reciente es el de Watt, Stewart y Cox (1998). Es este un estudio retrospectivo acerca de experiencias de aprendizaje hipotéticamente vinculadas a la sensibilidad a la ansiedad, 551 estudiantes universitarios fueron divididos en tres grupos según las puntuaciones en un instrumento de autoinforme que mide la sensibilidad a la ansiedad (SA). Al tercio de los sujetos con las puntuaciones más altas se le denominó grupo de SA alta (SAA), al tercio con puntuaciones medias, grupo de SA media (SAM) y al tercio con las puntuaciones más

bajas, grupo de SA baja (SAB). Lo primero que se examinó fue la relación SA y experiencia de crisis de ansiedad. De modo coherente a lo esperado se encontró que la frecuencia era sustancialmente mayor cuanto más altas eran las puntuaciones en el instrumento de medida de la SA. Así, la mitad de los sujetos del grupo SAA habían experimentado episodios de ansiedad aguda. Esta cifra se reducía a un tercio de los sujetos del grupo SAM y una séptima parte de los del grupo SAB. La historia de aprendizaje se evaluó con un cuestionario (Life History Questionnaire. LHQ) que cuenta con cinco escalas que cubren los siguientes aspectos relativos a experiencias diversas antes de los 18 años: 1) Experiencias de rol de enfermo en relación con síntomas de ansiedad, 2) Observación de rol de enfermo parental en relación con síntomas de ansiedad, 3) Experiencias de rol de enfermo en relación con síntomas de resfriado común, 4) Frecuencia de conducta parental descontrolada y 5) Número de personas en la familia con enfermedades crónicas. Se recogió información, además de la frecuencia en este tipo de experiencias, de la presencia de refuerzos positivos y negativos ante la expresión sintomática. Los datos recogidos fueron contrastados con información aportada por los padres en una forma paralela del cuestionario. Este contraste indicó que la fiabilidad de los datos del LHQ era aceptable. Los resultados más significativos fueron: a) los sujetos SAA informaban de más frecuencia de ansiedad en la infancia así como ansiedad en los padres que los sujetos SAB. b) También informaban de mayor refuerzo parental y modelado y c) Un hallazgo inesperado fue que los sujetos SAA además de informar de más experiencias de aprendizaje en relación con los síntomas de ansiedad, también lo hacía con respecto a otros síntomas somáticos (Síntomas de resfriado común). Este hallazgo lo interpretan los autores como indicativo de que los orígenes de niveles altos de SA pueden tener relación con el aprendizaje de catastrofización acerca de las sensaciones somáticas en general más que específicamente ante los síntomas de ansiedad. En este sentido mencionan varios estudios que sugieren que el instrumento que evalúa la SA puede estar evaluando en realidad un conjunto más amplio de creencias acerca de lo dañino de las sensaciones internas inusuales no solo las relacionadas con los estados de ansiedad.

El segundo estudio es el de Ehlers (1993). Esta autora informa de los siguientes resultados: a) Los sujetos con trastorno de pánico y otros trastornos de ansiedad diferían con respecto al grupo control en las experiencias autoinformadas de aprendizaje en la infancia/adolescencia con respecto a los síntomas de ansiedad. b) Todos los grupos de

ansiedad informaban de más experiencias de aprendizaje instrumental y vicario de este tipo que los sujetos del grupo control. c) También los sujetos con ansiedad informaban de más conducta parental descontrolada (debido a consumo excesivo de alcohol o a episodios de irritación), d) Los pacientes con trastorno de pánico informaban de haber observado más conductas de rol de enfermo en los padres en relación con síntomas de ansiedad, e) habían estado expuestos más frecuentemente a la enfermedad crónica en la familia que los sujetos de los otros grupos de ansiedad y los controles y f) Los datos del trabajo de Ehlers también sugirieron una relación entre el nivel de temor ante los síntomas de ansiedad y experiencias de aprendizaje específicas en la infancia / adolescencia con respecto a los síntomas de ansiedad.

Aunque en un número importante de pacientes con trastorno de pánico la presencia de los temores señalados pueden estar implicados en el inicio del trastorno, la propia experiencia de pánico puede dar lugar a síntomas hipocondríacos en personas sin este tipo de temores previamente. Es plausible una secuencia en que se den ataques de pánico espontáneos en personas vulnerables biológicamente por una fácil activación autonómica. Las propias características del ataque de pánico (cambios fisiológicos rápidos e intensos) muy fácilmente podría dar lugar a atribuciones de que algo grave está ocurriendo y así aumentar la ansiedad y síntomas neurovegetativos, la aprensión ansiosa de nuevos episodios valorados como de riesgo y las conductas destinadas a maximizar subjetivamente la seguridad.

La teoría cognitiva del trastorno de pánico, por otra parte, plantea que las interpretaciones catastróficas del arousal autonómico son fundamentales en el desencadenamiento de las crisis de ansiedad como se ha comentado. No obstante, de los estudios citados no se puede establecer causalidad como Clark, Salkovskis, Breitholtz, Westling, Ost, Koehler, Jezvons & Gelder (1997) reconocen. Es decir, no está claro si estas preocupaciones por la salud son causa, consecuencia o son independientes de los ataques de pánico. Otro aspecto problemático de la teoría cognitiva del trastorno de pánico es la existencia de un porcentaje pequeño de sujetos que no informan de cogniciones de este tipo durante los ataques de pánico (Rachman, Levitt & Lopatka, 1987). Hasta el momento lo que se puede decir con seguridad es que al menos un número importante de pacientes que experimentan crisis de ansiedad mantienen un sesgo cognitivo específico que se refiere a la vulnerabilidad física a sufrir algún

problema físico o mental grave de modo inminente ante determinadas señales internas (Schmidt & Telch, 1997).

Las atribuciones alarmantes de las sensaciones corporales sería esperable que dieran lugar a respuestas o conductas que tienen por finalidad maximizar la seguridad. Esto es obvio en la conducta de evitación agorafóbica de un número importante de personas con trastorno de pánico. Según esta interpretación la evitación de situaciones típicamente agorafóbicas tiene por objetivo no evitar tanto la ansiedad como las consecuencias catastróficas anticipadas de la misma. Marks (1987/1991, pag. 20) indica que alrededor del 50% de los pacientes con agorafobia presentan asimismo temores de tener una salud delicada y a las enfermedades fatales. Harper & Roth (1962, cit. Mathews, Gelder & Johnson, 1981/1985. Pag. 23) señalan que los síntomas hipocondríacos, entre otros, se presentan con frecuencia de forma variable junto a los rasgos centrales que constituyen el síndrome agorafóbico. Por otra parte, 9 de los 30 pacientes fóbicos a la enfermedad de la muestra de Bianchi (1971) presentaban agorafobia frente a ninguno en la muestra de control.

Clásicamente se ha considerado que la agorafobia se desarrolla como consecuencia de la experiencia de ataques de pánico (Klein, 1987) y tendría que ver con el temor a sufrir nuevos ataques en determinadas situaciones. No obstante, las relaciones no son tan claras cuando se consideran estudios como los de Fava et al (1988, 1990, 1992) en los que se encuentra que previamente al inicio del trastorno de pánico la mayoría de los pacientes informaban de ansiedad fóbica y evitación así como preocupaciones por la salud. En concreto, en el primer estudio 18 de 20 pacientes informaban de tendencia a evitación de situaciones característicamente agorafóbicas y 17 de temores y preocupaciones hipocondríacos con anterioridad al inicio del trastorno de pánico (en 9 casos les alarmaba el morir pronto y las noticias relativas a la muerte, 8 creían con firmeza que tenían problemas físicos no diagnosticados correctamente por sus médicos y 7 tenían fobias a enfermedades específicas como el cáncer o enfermedad cardiaca) . Razonan estos autores acerca de la conexión temor a la enfermedad y agorafobia señalando que es plausible que esta se derive de los temores ya que la percepción de riesgo orientaría hacia intentos de maximizar subjetivamente la seguridad a través de conductas típicamente agorafóbicas (por ejemplo, hacerse acompañar de personas de confianza). Por otra parte, se ha informado (Starcevic, , Kellner, Uhlenhuth

& Pathak, 1993) que aquellos sujetos con trastorno de pánico y agorafobia asociada, en contraste con los que no tienen agorafobia, informan de más preocupaciones acerca de consecuencias negativas anticipadas de los síntomas (en concreto, de temores relacionados con la pérdida de control durante las crisis así como de actuar de un modo socialmente embarazoso y sufrir algún daño físico grave).

Además de la evitación abierta o el escape de situaciones se han mencionado otras conductas de seguridad o defensivas que se dan dentro de las mismas situaciones asociadas a ansiedad. Estas conductas, de la misma manera que la evitación y el escape, impiden la comprobación de la ausencia de riesgo de los síntomas de ansiedad y, por tanto, también estarían implicadas en el mantenimiento de la idea de peligro al experimentarlos. Salkovskis, Clark & Gelder (1996) en un estudio con 147 pacientes con trastorno de pánico hicieron predicciones acerca de conductas de seguridad relacionadas con los temores específicos del paciente. Por ejemplo, el temor a desmayarse asociado a agarrarse o sentarse, perder el control sobre los actos a intentos de mantener el control, moverse lentamente o buscar una ruta de escape o tener un ataque la corazón a sentarse o pedir ayuda. De las 22 asociaciones predichas se verificaron 19. Solo se encontraron 2 asociaciones de las 58 no esperadas. Los resultados de este estudio indican que los temores se expresan conductualmente de una manera clara y predecible y son sugerentes de la importancia de tales ideas generadoras de ansiedad en las manifestaciones clínicas. También apoya el papel del sesgo cognitivo específico como inductor de crisis la efectividad en la reducción de la ansiedad de la retirada de las conductas de seguridad referidas en la medida que la retirada sin las consecuencias temidas obligaría a revisar la idea de vulnerabilidad a las consecuencias negativas anticipadas que el paciente mantiene (Salkovskis, Clark & Gelder, 1996). Una investigación posterior (Salkovskis, Clark, Hackman, Wells & Gelder, 1999) en la que se comparó el efecto de un ensayo de exposición sola con el efecto de la exposición con instrucciones de retirar las conductas de seguridad, en ambos casos con una duración de 15 minutos, puso de manifiesto que los sujetos del segundo grupo valoraban posteriormente el grado de ansiedad en la situación objeto de exposición como significativamente menor así como el grado de creencia en la probabilidad de ocurrencia de las consecuencias temidas.

Un ejemplo de conducta de seguridad o defensiva se ilustra con el siguiente caso: se trata de un paciente de mediana edad con historia de trastorno de pánico y agorafobia desde hace varios años. Además de la evitación pasiva de numerosas situaciones y la dependencia extrema de su esposa como objeto contrafóbico, el paciente informa que en ocasiones sigue experimentando crisis pese a sus maniobras de evitación. Cuando sufre una crisis invariablemente surge la idea de un infarto ante la aceleración cardíaca. En esos momentos sistemáticamente ha de extender completamente su cuerpo e intentar relajarse, el paciente reconoce explícitamente que cree que si no actuara de ese modo sería muy probable que sufriera el ataque cardíaco temido.

Una última cuestión a considerar acerca de la relación entre ambos trastornos es el hallazgo de que la presencia de sintomatología hipocondríaca se asocia a un peor pronóstico del trastorno de pánico (Shinoda, Kodama, Sakamoto et al, 1999). Dado que, como se ha señalado, el trastorno de pánico viene acompañado con elevada frecuencia por rasgos hipocondríacos de mayor o menor intensidad, la atención a estos problemas acompañantes es esencial en la conceptualización y manejo clínico del trastorno de pánico.

Aunque los estudios comentados ponen de relieve el solapamiento entre ambos trastornos hay también pruebas de características diferenciales. Barsky, Barnett & Cleary (1994), por ejemplo, en un estudio en Atención Primaria compararon a un grupo de pacientes con hipocondría y otro con trastorno de pánico. Los resultados de esta comparación reflejaron que aunque había solapamiento entre ambos trastornos también existían algunos elementos diferenciadores como la mayor presencia de síntomas hipocondríacos (creencias de enfermedad, miedo a la enfermedad y preocupación corporal) y somatización entre los pacientes hipocondríacos, asimismo estos pacientes mostraban una mayor limitación en el funcionamiento psicosocial (actividades sociales y ocupacionales) y sus médicos los consideraban más hipocondríacos, ansiosos y demandantes. Por otra parte, los hipocondríacos tenían con más frecuencia diagnósticos comórbidos de trastorno de ansiedad generalizada y menos frecuentemente trastorno depresivo mayor, trastornos fóbicos y trastorno obsesivo-compulsivo. Del mismo modo que Barsky et al (1994), Noyes, Wesner & Fisher (1992) informan de hallazgos que delimitan ambos problemas a pesar de los rasgos comunes: solo 2 de los 14 pacientes con fobia a la enfermedad habían sufrido en el pasado ataques de pánico y solamente 2 informaron de conductas agorafóbicas. Por otra parte, mientras que en los fóbicos a la enfermedad predominaban los síntomas hipocondríacos, en los sujetos con pánico

predominaba la ansiedad, la agorafobia y los síntomas somáticos. Finalmente, Martínez, Belloch & Botella (1996) compararon 3 grupos de sujetos en medidas de autoinforme de ansiedad, depresión, síntomas somáticos y actitudes ante la enfermedad. El primero compuesto por 17 pacientes hipocondríacos, el segundo, 17 pacientes con trastorno de pánico y finalmente un grupo control no clínico. Los dos grupos clínicos cumplían los criterios diagnósticos DSM-III-R para hipocondría y para trastorno de pánico respectivamente y ninguno de los sujetos de cada uno de ellos cumplía criterios diagnósticos para el otro trastorno. Es decir, eran tipos puros. Los resultados de la comparación revelaron perfiles muy semejantes entre los grupos clínicos así como diferencias sustanciales respecto al grupo no clínico. No obstante, el grupo de hipocondríacos tenían un perfil más acentuado en las medidas de actitudes y conductas de enfermedad y en algunas de las escalas las diferencias eran significativas. Por ejemplo, la puntuación global media en la EAE (Escala de Actitudes ante la Enfermedad de Kellner) (rango 0-108) fue de 80,11 en el grupo de hipocondríacos frente a 67 en el grupo de trastorno de pánico y en la subescala de creencias hipocondríacas (rango 0-12) fue de 7,52 y 4,35 respectivamente.

Finalmente, Ahmad, Wardle & Hayward (1992) obtuvieron resultados que aparentemente van en contra de lo que la teoría cognitiva del trastorno predice. Estos autores administraron una serie de cuestionarios a un grupo de pacientes agorafóbicos con historia de ataques de pánico y a un grupo control de sujetos de la población general. Los cuestionarios empleados fueron entre otros, el Cuestionario de Cogniciones Agorafóbicas (CCA), el Índice de Sensibilidad a la Ansiedad (ISA) y el Whiteley Index (WI) de hipocondría. Además se incluyó otro cuestionario en el que se pedía al sujeto que hiciera una valoración de la medida que creía que una serie de síntomas (característicos de la ansiedad y otros) eran indicativos de una de dos alternativas de respuesta: una enfermedad grave o una enfermedad no-grave. Esta valoración, por otra parte, era realizada pensando en un sujeto hipotético y no implicaba auto-referencia. Los resultados pusieron de manifiesto que había una clara diferencia entre los dos grupos en las medidas que reflejan preocupación por los síntomas corporales y temor a la enfermedad, tanto en relación con síntomas de la ansiedad como otros síntomas (CCA, ISA y WI). Sin embargo en el otro cuestionario, que valoraba la credibilidad de dos interpretaciones de síntomas diversos (problema de salud grave vs no-grave), no había diferencias entre ambos grupos. Ello, según los autores cuestionaría la teoría

cognitiva ya que si las sospechas de enfermedad grave solo surgen durante los episodios de pánico, estas interpretaciones alarmantes deberían considerarse como un aspecto más de la fenomenología del pánico y no un desencadenante del ataque tal y como plantea esta teoría. No obstante, cabe objetar que la teoría cognitiva del pánico lo que señala es que determinados síntomas tienden a ser interpretados de maneras alarmantes en el caso de uno mismo, no en general. Es decir, no es incompatible, una valoración normalizadora de los síntomas para otros y patológica para uno mismo, si, por ejemplo, se tiene percepción de si mismo como vulnerable o en riesgo. Por tanto, para que los resultados del estudio de Ahmad et al (1992) fueran una evidencia en contra de la teoría cognitiva habría sido necesario formular los items del cuestionario implicando auto-referencia.

2) La hipocondría y el trastorno obsesivo-compulsivo

En el DSM-III-R se definen las obsesiones como “pensamientos, impulsos o imágenes persistentes que se experimentan por lo menos inicialmente como intrusos o sin sentido y causan ansiedad o malestar significativos...El individuo intenta ignorar o suprimir este tipo de pensamientos o impulsos, o bien trata de neutralizarlos a través de otros pensamientos o acciones”. Las compulsiones se definen como “comportamientos (por ejemplo, lavado de manos, poner en orden, comprobaciones) o actos mentales de carácter repetitivo (por ejemplo, rezar, contar o repetir palabras en silencio) que la persona se ve obligada a realizar...que tienen el objetivo de prevenir algún suceso o situación temidos”.

Algunas rasgos coincidentes en parte tales como solapamiento sintomático, historia familiar, comorbilidad con otros trastornos psicológicos, curso clínico y respuesta a los tratamientos farmacológicos y conductuales ha llevado a algunos autores a considerar a la hipocondría junto a otros trastornos psicológicos (tales como el trastorno dismórfico corporal, la tricotilomanía o la anorexia nerviosa) como trastornos de lo que se ha denominado “espectro obsesivo compulsivo” (Hollander, 1993; Hollander & Benzaquen, 1997). Recientemente, sin embargo, se ha puesto en duda la validez de agrupación de estos trastornos (Crino, 1999). El análisis de las manifestaciones clínicas de estos trastornos pone de manifiesto diferencias que a veces son sutiles pero que otras son muy claras. El único rasgo compartido sería la mayor vulnerabilidad a los trastornos

de ansiedad y depresivos como indica la elevada prevalencia de los mismos en la actualidad y a lo largo de la vida. Asimismo, Sanchez Planell (1995) delimita las nosofobias o fobias a la enfermedad del Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC) en base a que mientras que los temores a la enfermedad que pueden manifestar los pacientes con TOC se refieren fundamentalmente a contraerla, en la fobia a la enfermedad el temor está centrado en la posibilidad de padecerla ya actualmente. También indica que el paciente obsesivo puede considerar los temores a contraer la enfermedad, al menos inicialmente, como absurdos y ajenos al yo, experimentando la ideación relativa a este tema como egodistónica. Por otra parte, el afecto básico en la fobia a la enfermedad sería la angustia mientras que en el TOC puede ser más que angustia, tristeza, culpa o un sentimiento de incompletud.

A pesar de las diferencias, se recogen algunos de los aspectos que acercan a ambos problemas. Antes de comentar las similitudes debe recordarse, no obstante, que tanto en la hipocondría como en el TOC existe heterogeneidad en cuanto a manifestaciones clínicas y también, muy probablemente, en cuanto a mecanismos y factores influyentes:

1) El paciente hipocondríaco puede implicarse en conductas de autocomprobación corporal y consultas médicas repetidas, entre otras, de una manera repetitiva. Tales conductas tienen por objeto reducir la ansiedad relacionada con los temores o sospechas de enfermedad grave. Tienen una cualidad de urgencia irresistible y son claramente excesivas (Barsky, 1992). Algunos autores aluden a la analogía entre estas conductas con las compulsiones (Warwick y Salkovskis, 1990). En ambos casos hay reiteración, impulso a su realización y son seguidas de alivio de la ansiedad. Se podría objetar que el paciente obsesivo considera sus conductas ritualizadas como sin sentido mientras que el hipocondríaco, por el contrario, las juzga como apropiadas (Pigott, L'Hereux, Dubbert, Bernstein & Murphy, 1994). No obstante, es tanto posible que el obsesivo valore como realistas sus compulsiones (por ejemplo, lavado repetido para protegerse de la contaminación) como que el hipocondríaco juzgue excesivas o poco razonables las propias (por ejemplo, palpase repetidamente en busca de alteraciones). Por otra parte, el paciente hipocondríaco puede implicarse en conductas ritualizadas sin conexión aparente con la preocupación por la salud pero que si tienen relación subjetiva. Warwick (1995) ofrece el siguiente ejemplo: “una paciente tenía que

contar hasta cuatro en cada escalera. Si no lo hacía creía que enfermaría”. También Wells & Hackman (1993) hacen referencia a la presencia frecuente de creencias supersticiosas o metafísicas entre pacientes hipocondríacos que están en la base de conductas preventivas objetivamente irracionales.

La naturaleza interna (pensamientos intrusivos y sensaciones somáticas) de los estímulos evocadores de ansiedad en ambas condiciones estaría implicada en el tipo de estrategias de evitación activa de reducción de la ansiedad empleadas (Marks, 1987/991; Warwick & Salkovskis, 1990). Es decir, a diferencia de otros trastornos de ansiedad en los que la evitación pasiva o el escape de los estímulos evocadores conduce al alivio de la ansiedad, en el caso de la hipocondría o el TOC, dado que los estímulos evocadores implicados son internos, tal estrategia no sería practicable. Ello condiciona el uso de otras como son los rituales o las comprobaciones corporales repetidas orientadas a neutralizar la ansiedad.

2) Se han señalado diferencias en el tipo de ideación característica de ambos problemas (Barsky, 1992). En el TOC el tipo de ideación sería egodistónica, es decir, el paciente la considera como inapropiada, absurda e intrusiva (surge en contra de la propia voluntad y es vivenciada como ajena a uno mismo). Ante la emergencia de este tipo de pensamientos se implicaría en actividades de tipo supresivo o neutralizador (por ejemplo, intentar alejar los pensamiento o pensar o actuar de modos ritualizados) que tienen la finalidad de poner fin a la experiencia emocional aversiva. Por el contrario, la ideación del hipocondríaco se caracterizaría por su carácter egosintónico. los pensamientos, en este caso, serían valorados por el paciente como sensibles, apropiados y realistas. Así, la ideación hipocondríaca sería mejor concebida como una preocupación mórbida (Salkovskis & Warwick, 1986) o como ideación sobrevalorada (McKenna, 1984). El paciente se mantendría focalizado en sus preocupaciones de una manera voluntaria en la medida que considera que está en riesgo de que se haga realidad lo temido. Esta focalización ansiosa tiene el sentido de detectar lo antes posible indicios que permitan actuar de una manera preventiva o “a tiempo”. El paciente, en relación con la preocupación, actuaría “con determinación y repetidamente” (McKenna, 1984).

A pesar de estas diferencias las siguientes consideraciones cuestionan que sean fenómenos sin relación:

a) Por una parte, hay condiciones en las que la clasificación como hipocondría o TOC dista de ser clara. Por ejemplo, aquellos pacientes con obsesiones de tipo somático (relacionadas con el estar enfermo o contraer una enfermedad grave). Rasmussen y Tsuang (1986) señalan que tales obsesiones se dan en alrededor del 31% de los pacientes con TOC. [Otros autores no confirman una frecuencia elevada de preocupaciones hipocondríacas en el TOC. Savron, Fava , Grandi, Raffanelli, Raffi & Belluardo (1996), por ejemplo, administraron una medida de hipocondría (La Escala de Actitudes ante la Enfermedad de Kellner) en un grupo de pacientes con TOC y encontraron que solo el 10% de la muestra mostraba rasgos hipocondríacos]. En la siguiente descripción que hacen Rasmussen y Tsuang (1986) de este tipo de condiciones clínicas con obsesiones somáticas se hace patente la arbitrariedad de incluirlas en una u otra categoría diagnóstica: “la vida de estos pacientes estaba dominada por rituales incesantes llevados a cabo para reasegurarse de no tener una enfermedad grave. Ejemplos ilustrativos son los del cirujano que estaba obsesionado por el pensamiento de tener una hernia y que era compelido a examinarse continuamente hasta el punto de provocar una ulceración inguinal y la mujer compelida a examinar sus pechos hasta 100 veces al día para comprobar que no había desarrollado un cáncer. Casi todos estos pacientes tenían otras obsesiones y compulsiones asociadas”. También Rachman (1994) se ha referido a un subtipo de TOC en el que lo central es la ansiedad focalizada en la enfermedad. En este subtipo de TOC dominarían las evitaciones (activas y/o pasivas) de estímulos que aumentan el riesgo subjetivo de contraer la enfermedad temida (por ejemplo, gérmenes, hospitales, gente enferma, desinfectantes).

b) Por otra parte, los pacientes hipocondríacos pueden experimentar contra su voluntad intrusiones cognitivas (tales como imágenes de deterioro físico y sufrimiento) que son seguidas de intentos de supresión o evitación cognitiva o iniciar una cadena de pensamientos relacionados con la enfermedad grave con conductas asociadas características (similares a las compulsiones) (McElroy et al, 1994). Cabe preguntarse que diferencia hay entre las intrusiones cognitivas del hipocondríaco y del paciente con TOC. Rasmussen y Eisen (1992, cit. Noyes, 1999) consideran que en estos casos la única diferencia es que los pacientes con TOC tienen además de las obsesiones somáticas (y compulsiones relacionadas) otras obsesiones y compulsiones no centradas en la corporalidad.

c) Otra consideración se refiere a la irracionalidad percibida de los

pensamientos. Tradicionalmente se consideró que el paciente obsesivo valora los pensamientos obsesivos como irracionales. No obstante, señala Fallon, Rasmussen & Lievowitz (1997) que la investigación actual sobre el TOC pone de manifiesto un continuo en la valoración de los pensamientos que va desde los pacientes que los consideran absurdos e irracionales hasta los que los consideran apropiados y realistas (TOC con poco insight). De la misma manera en la hipocondría se puede considerar un continuo similar en las creencias de enfermedad: en un extremo se situarían los pacientes con fobias a la enfermedad sin creencia en padecerla y en el otro extremo se incluirían aquellos con convicción persistente y resistentes a cualquier forma de reaseguramiento médico. En este caso al igual que en el TOC con poco insight quizá la clasificación más apropiada sería entre los trastornos delirantes (en la hipocondría “delirante” la categoría del DSM-IV sería Trastorno delirante, subtipo somático).

d) Finalmente, es razonable plantear la existencia de distintos tipos de actividad cognitiva que no siempre se han distinguido con claridad. Para aclarar esta cuestión es útil resumir el modelo cognitivo de los problemas obsesivos (Salkovskis, 1985; Salkovskis, Shafran, Rachman & Freeston, 1999; Salkovskis, Forrester & Richards, 1998; Salkovskis, 1999; Rachman, 1993, 1997). Se podrían diferenciar según esta conceptualización dos tipos de pensamientos en los problemas obsesivo-compulsivos. Por una parte los pensamientos intrusivos y por otra los pensamientos automáticos negativos. Estos pensamientos se corresponden a la distinción entre pensamientos egodistónicos y egosintónicos a la que antes se aludió. Según el modelo cognitivo, la experiencia de pensamientos intrusivos (por ejemplo, una idea blasfema en una persona religiosa) dan lugar a valoraciones negativas (por ejemplo, “tener esta idea refleja mi personalidad verdadera”) que generan un estado emocional negativo (por ejemplo, ansiedad o culpa). Según esta concepción no serían tanto las intrusiones o pensamientos egodistónicos los que provocan la perturbación emocional sino la valoración que de los se hacen. En otras palabras, lo perturbador es el significado subjetivo dado a las intrusiones. Los significados o evaluaciones, por otra parte, se basan en asunciones o creencias. Especialmente relevantes en los problemas obsesivo-compulsivos son las creencias que implican una asunción de responsabilidad exagerada en la ocurrencia de sucesos negativos anticipados (Rachman, 1993). Otras creencias relevantes en estos problemas son las relativas a la equiparación de los pensamientos con las acciones o “fusión pensamiento acción”. En este caso, el sujeto no separa claramente los pensamientos de las acciones de modo que tener determinados pensamientos le merece

una condena parecida que la acción correspondiente o, alternativamente, considera que tener pensamientos, por ejemplo, acerca de desgracias hace más fácil su ocurrencia. El sujeto tendería a asumir una relación causal incorrecta entre los propios pensamientos y la realidad. Otros mecanismos a partir de aquí podrían entrar en juego y contribuir al mantenimiento del problema (como los intentos de supresión de los pensamientos intrusivos). Un esquema similar al del TOC es aplicable a la hipocondría. En este caso el tipo de estímulos que ponen en marcha los pensamientos automáticos más que pensamientos intrusivos serían sensaciones somáticas¹, síntomas o cambios corporales. Los pensamientos automáticos se centrarían en el tema de la enfermedad y muerte (por ejemplo, “esta molestia puede ser debida a un cáncer”). La tendencia del hipocondríaco a interpretar los estímulos somáticos como indicios de enfermedad se derivaría de creencias tales como las relativas al riesgo personal a la enfermedad (por ejemplo, verse como especialmente vulnerable a las enfermedades) entre otras. Es interesante notar también que en la hipocondría, del mismo modo que en los problemas obsesivo-compulsivos, es concebible que haya un elemento importante de valoración de responsabilidad personal respecto a la ocurrencia o no de lo que se teme. Por ejemplo, el hipocondríaco puede comprobar repetidamente determinada zona corporal o ir al médico ante molestias que para otros pasarían desapercibidas o no se le darían mayor importancia. También puede exponer con minuciosidad al médico los distintos síntomas y sensaciones que siente. Ello puede reflejar la consideración que no de actuar de estos modos puede suponer un descuido en la responsabilidad (sobredimensionada) del cuidado a la salud. En la conducta dirigida por la actitud de responsabilidad exagerada además de las consecuencias de daño personal anticipadas puede haber también anticipaciones de otro tipo de consecuencias negativas relacionadas, por ejemplo sufrimiento en la familia si se concreta la enfermedad temida.

Según el planteamiento que se viene comentando, los pensamientos intrusivos y los pensamientos automáticos negativos no son equiparables ya que ocupan distintos niveles en el problema. Razonablemente, se pueden entender los pensamientos

¹ Aunque es posible que, como antes se señaló, en la cadena de sucesos estén también implicados pensamientos intrusivos. Por ejemplo, ante las sensaciones corporales el sujeto puede tener una imagen de sí mismo en estado terminal o algún recuerdo especialmente perturbador. Ello puede seguirse de valoraciones de riesgo incrementado de ocurrencia de la enfermedad temida (Freeston, Gagnon, Ladouceur et al, 1994; McElroy et al, 1994). En este caso el pensamiento intrusivo sería tanto respuesta a la molestia como estímulo que dispara otros pensamientos (pensamientos automáticos negativos). Por

intrusivos como estímulos evocadores de evaluaciones (pensamientos automáticos negativos). Según sean estas evaluaciones así será la respuesta emocional. Los pensamientos intrusivos ocuparían, por tanto, la misma posición en el esquema que otros estímulos, tales como los estímulos externos u otros estímulos internos como las sensaciones, síntomas y cambios corporales. Por otra parte, los pensamientos automáticos evocados por los pensamientos intrusivos (considerados como irracionales y sin sentido) en los pacientes con TOC muy probablemente sean valorados por estos como razonables y sensibles del mismo modo que los pensamientos automáticos que ocurren en otras condiciones clínicas entre las que se incluye la hipocondría.

Finalmente, cabe considerar las similitudes en la lógica del tratamiento cognitivo conductual de los problemas obsesivo-compulsivos y de la hipocondría. Tales paralelismos se derivan, por supuesto, de conceptualizaciones de ambos trastornos muy cercanas. Por ejemplo, indican Salkovskis, Shafran, Rachman & Freeston (1999) la ausencia de valor terapéutico de las afirmaciones reaseguradoras repetidas acerca de los temores del paciente obsesivo. Así, señalan que los intentos de convencer pueden más que ayudar a resolver el problema, empeorarlo a la larga. Este planteamiento es análogo al señalado para la ansiedad severa por la salud que sugiere que la repetición de garantías de ausencia de enfermedad grave contribuye al mantenimiento de los temores y creencias del paciente más que los resuelve. Del mismo modo, en ambos problemas la lógica del tratamiento implica ayudar al paciente a “dar un paso fuera” de sus preocupaciones y considerarlos desde una perspectiva nueva. Es decir, se implica al paciente a considerar la posibilidad de que el problema más que un riesgo elevado de que ocurran las desgracias temidas (por ejemplo, actuar de un modo descontrolado, tener un descuido con consecuencias fatales o sufrir una enfermedad grave) tiene relación con la propia ansiedad (y sus consecuencias) a que este hecho anticipado da lugar. Esta consideración nueva formulada explícitamente es la base para poner a prueba su validez a través de distintas estrategias terapéuticas. En el paciente obsesivo-compulsivo que teme dañar a un ser querido, por ejemplo, se le plantearía la posibilidad (basada en la formulación cognitivo-conductual) de que el problema más que el *riesgo* a dañar sea el *temor* a dañar o en el paciente hipocondríaco que más que padecer la enfermedad sea el temor a padecerla o contraerla. Salkovskis et al (1999) ofrecen el

supuesto, los pensamientos intrusivos pueden ocurrir en respuesta a otros estímulos distintos de las sensaciones corporales (por ejemplo, otros pensamientos o determinados acontecimientos o situaciones).

siguiente ejemplo: “Hay dos posibles maneras de pensar acerca de su problema. La primera teoría es que su problema es que esté contaminado y que tenga que lavarse repetidamente debido a que cree que si no lo hace a su completa satisfacción ello implicará ser responsable de que su familia caiga enferma y posiblemente muera. La alternativa es que usted sea alguien, que por razones comprensibles, es sensible a las preocupaciones acerca de ser contaminado y que reacciona a estas preocupaciones de maneras que tienden a incrementar las preocupaciones y que interfieren en su vida (por ejemplo, por lavarse excesivamente)”. Es decir, en contraste a simplemente intentar convencer, lo central en esta forma de tratamiento psicológico sería aportar y construir junto al paciente una formulación plausible nueva de los problemas, dedicándose el trabajo terapéutico a la comprobación de tal formulación (benigna o no amenazante). Del mismo modo que pueden existir dificultades iniciales en la implicación en esta clase de tratamiento en el caso del paciente obsesivo cuya meta inicial en el tratamiento es característicamente la obtención de tranquilización respecto a la amenaza percibida (como una conducta más de las pautas de búsqueda de seguridad desadaptativas implicadas en el mantenimiento del problema), estas mismas dificultades son también obvias en el hipocondríaco que busca que se le repita o se le den garantías de que no padece la enfermedad que teme.

3) Pigott, L'Hereux, Dubbert, Bernstein & Murphy (1994) hacen referencia a alteraciones en la estimación del riesgo o deterioro en la capacidad de distinguir entre posibilidad y probabilidad como característica compartida de algunos de los trastornos incluidos en el espectro obsesivo-compulsivo. Por ejemplo en la anorexia nerviosa por temor a engordar o en la hipocondría por temor a enfermar o estar ya enfermo. Tal característica, no obstante, más que específica de este grupo de trastornos parece ser común a los trastornos de ansiedad en los que se tiende a sobrevalorar la probabilidad de ocurrencia de los sucesos temidos. Esta anticipación es lo central en la experiencia de ansiedad. Por otra parte, se ha planteado (Rachman & De Silva, 1978) que los pacientes obsesivo-compulsivos tienen muy pocos “pensamientos de seguridad” al tiempo que se encuentran abrumados por un sin número de pensamientos atemorizantes, tal característica parece ser compartida por los hipocondríacos.

4) Rachman (1997) ha sugerido que la ansiedad incrementa la frecuencia de las

intrusiones y que la disforia o ánimo negativo prolonga su duración. También Salkovskis (1985) incluye los cambios en el estado emocional (ansiedad, depresión) entre los elementos que contribuyen al mantenimiento de los problemas obsesivo-compulsivos. Esta observación que conecta estado emocional e intrusiones coincide con las pruebas existentes de la relevancia en la hipocondría (con sus frecuentes rumiaciones acerca de la enfermedad) de los estados emocionales negativos. Además, el aumento de los pensamientos intrusivos durante los estados emocionales negativos puede dar lugar a un aumento de intentos de supresión o neutralización de los pensamientos que tienen el efecto de aumentar la urgencia de realizar nuevos intentos, aumentar su frecuencia y empeorar el estado de ánimo en un círculo que tiende a la autopropagación. Hay pruebas (Clark & De Silva, 1985) que además del contenido de la cognición (por ejemplo, relativa a amenazas para la salud) el propio carácter intrusivo e indeseado de tales cogniciones añade carga emocional negativa a las mismas.

5) La concepción del TOC de Pierre Janet (resumida por Pitman, 1987) vincula estrechamente ambos problemas (y otros como la anorexia nerviosa). El planteamiento de Janet es, así, un precursor claro del concepto de espectro de trastornos obsesivo-compulsivos. Janet consideró tres etapas evolutivas en estos trastornos. Los fenómenos de tipo obsesivo-compulsivo se producirían en la tercera etapa cuya ocurrencia presupone la presencia también de las otras. La etapa primera que llama “estado psicasténico” consiste básicamente en sentimientos de incompletud e insuficiencia psicológica y fisiológica. La “insuficiencia psicológica” se plasma no solo en la conducta sino también en procesos cognitivos, dando lugar a fenómenos como la despersonalización y sentimientos de extrañeza. El paciente psicasténico manifestaría también problemas de concentración y atención así como en la capacidad de control cognitivo (por ejemplo, seguir una línea de razonamiento sin desviarse a causa de asociaciones irrelevantes). La insuficiencia se pone de manifiesto asimismo en las dificultades para expresar sentimientos especialmente de tipo positivo. Lo que Janet denomina “insuficiencia fisiológica” se reflejaría en la frecuencia con que estos pacientes expresan molestias diversas como cefaleas, dolores de espalda o problemas de tipo sexual. La segunda etapa que, como se señaló, surge sobre la base del estado psicasténico, la denomina de “agitaciones forzadas” que son “operaciones excesivas y repetitivas, aún estériles que incluyen los fenómenos mentales de las manías y rumiaciones, los fenómenos motores de tics y agitación y los fenómenos emocionales de

fobias y ansiedad”. En el contexto de las anteriores dos etapas surgen los fenómenos obsesivo-compulsivos. Se hace patente al considerar la hipocondría que muchos de los rasgos de las etapas descritas por Janet como son la inquietud, molestias físicas, rumiaciones y preocupaciones mórbidas, conductas de comprobación o la incertidumbre se dan también en este trastorno. La hipocondría en el esquema de este autor compartiría con otros trastornos (que se podrían denominar trastornos del espectro obsesivo-compulsivo) una base psicopatológica común.

6) Fallon (1999) se refiere al solapamiento entre ambos trastornos y señala además de las intrusiones cognitivas otras características compartidas como la duda patológica, el insight variable acerca de la irracionalidad de los temores y la incapacidad de reaseguramiento durante más que un periodo de tiempo transitorio.

7) Marino Pérez (1999, pag. 215) en la exposición que realiza de la fenomenología clínica y, en concreto, de las dimensiones de la experiencia trastornada en distintas condiciones clínicas hace referencia a las consideraciones de Minkowski de acerca de la experiencia del tiempo en los pacientes con trastorno obsesivo compulsivo quienes “viven un contramundo de aspecto siniestro que parece requerir de destrezas rituales y fórmulas mágicas que pre-vengan las des-gracias”. Marino Pérez (pag. 220) no deja de señalar que “la hipocondría tendría también seguramente un cierto aspecto de objeto de preocupación compulsiva vuelta sobre el propio cuerpo (que se presente siniestro en el sentido apuntado)”.

8) La prevalencia de trastorno obsesivo-compulsivo a lo largo de la vida en pacientes hipocondríacos es cuatro veces mayor que en un grupo de comparación (8% vs 2%) (Barsky, 1992). Fallon, Rasmussen & Lievowitz (1993) informan de una prevalencia lifetime de TOC significativamente mayor entre 21 pacientes hipocondríacos: 33,3%. Por otra parte, Pigott, L’Hereux, Dubbert, Bernstein & Murphy (1994) informan que la prevalencia a lo largo de la vida de hipocondría en pacientes con TOC es del 23%. Un porcentaje análogo a la prevalencia de anorexia y bulimia comórbidas al TOC. También mencionan los autores prevalencias diferentes según el sexo. Así, en las mujeres con TOC era del 36% frente al 14% de los varones.

9) Finalmente, del mismo modo que en la hipocondría, el TOC también se da

asociado con elevada frecuencia a otros trastornos, especialmente del ánimo y otros trastornos de ansiedad (McElroy et al, 1994).

ASPECTOS EPIDEMIOLOGICOS

-Síntomas somáticos médicamente inexplicados

La presencia de síntomas somáticos es común. La mayoría de los síntomas que se experimentan habitualmente, señala Mayou (1976), son reflejo de variaciones fisiológicas normales a las que la mayoría de la gente no les atribuye un significado patológico. Pennebaker (1982) y Kellner (1985) señalan que alrededor del 80% de la población general informa de haber experimentado alguna molestia física en la semana anterior a ser encuestados. Mayou (1993) cita la encuesta de Von Korff entre la población general en la que se encontró que el 41% de los encuestados había padecido dolor de espalda en los 6 meses previos, 26% cefaleas, 17% dolor abdominal, 12% dolor pectoral y 12% dolor facial. La mayor parte de estas molestias eran persistentes o recurrentes. Uexkull, 1958 (cit. Rof Carballo, 1984, pag. 46) informa que hasta un 68% de sujetos encuestados de la población general afirmaban haber experimentado recientemente una o más de las siguientes molestias: cefaleas, sensación de mareo, tendencia a la sudoración, temblores, inquietud interior, fatigabilidad o molestias en la parte superior del abdomen y Kroenke & Price (1993, cit. Katon & Walker, 1998) encuentran que la prevalencia a lo largo de la vida de dolor pectoral es del 25%, mareos del 23%, dolor de espalda del 32% y fatiga del 25%. Por otra parte, los sujetos informaban en más del 80% de las ocasiones tales síntomas habían conducido a consultar al médico, tomar medicación o reducir sus actividades.

En el caso de la prevalencia de los síntomas somáticos funcionales en la infancia cabe mencionar los estudios de Offord, Boyle, Szatmari et al (1987) y de Garber, Walker & Zeman (1991) ambos citados en la revisión de Fritz, Fritsch & Hagino (1997). En el primero de estos estudios, se informa que la presencia de síntomas somáticos perturbadores y recurrentes se daban en un 11% de las niñas y en un 4% de los niños con edades comprendidas entre 12 y 16 años. En el segundo estudio se encontró una prevalencia de 1,1% de niños en edad escolar que alcanzaban el umbral de 13 síntomas necesario para el diagnóstico de trastorno por somatización del DSM-III-R.

En contextos médicos con frecuencia no se encuentra una causa médica en la base de los síntomas motivo de consulta. Por ejemplo, Lipowski (1988) cita trabajos

como el de Wallen et al (1987) quienes publicaron la revisión anual (año 1977) de la Asociación Hospitalaria Americana que implicó a 327 hospitales y alrededor de 260 mil pacientes. De estos el 5,2% fueron incluidos en la categoría “síntomas y condiciones mal definidas”. También cita Lipowski el estudio de Bain y Spaulding (1967) en el que se señala que los síntomas más comunes presentados por 4 mil nuevos pacientes atendidos en una clínica médica general eran dolor abdominal y pectoral, disnea, cefalea, fatiga, dolor de espalda, mareo y nerviosismo. Sobre el 30% de estos síntomas fueron atribuidos por los médicos a perturbación psicológica. Shepherd et al (1966) y Kessel (1960) (cit. Kellner, 1986) informan de una prevalencia de síntomas somáticos funcionales similar (alrededor del 30%) entre pacientes de consultas médicas generales, sin que se incluyeran en este porcentaje a los pacientes con problemas de tipo psicósomático. Faravelli, Salvatori, Galass, Arazzi, Drei & Cabras (1997) encuentran en una muestra de 673 sujetos atendidos en varios centros de Atención Primaria que en el caso de 33,3% informaban de síntomas aparentemente no relacionados con factores orgánicos. Por otra parte, los pacientes con este tipo de síntomas informaban de una mayor presencia de otros síntomas. En concreto la media en el número de síntomas en este grupo fue de 6,24 comparado con una media de 2,99 síntomas en el grupo de pacientes que tenían algún trastorno médico identificable. Thomas (1978) encuentra que solo en el 57% de una muestra de 470 pacientes de una clínica médica general había evidencia definitiva de una enfermedad. Es decir, en el 43% no se estableció ningún diagnóstico. Hamilton et al (1996, cit. Creed, 1996) informan que alrededor del 40% de los nuevos pacientes en clínicas de enfermedades digestivas, neurológicas y cardíacas no tienen ninguna enfermedad orgánica y Mayou (1973) que en un 54% de los pacientes remitidos para evaluación cardiológica por dolor pectoral no se encontró evidencia de patología cardíaca. En la revisión de trabajos en Atención Primaria de Katon, Ries & Kleinman (1984) se recogen prevalencias que van del 25 al 75% de síntomas directamente relacionados con distrés psicosocial. De un modo semejante, Barsky & Klerman (1983) señalan que de todos los problemas identificados por los médicos de Atención Primaria solo un 41% tienen un diagnóstico médico claro. Se ha estimado que alrededor de un tercio del total de visitas médicas en Atención Primaria son debidas a síntomas somáticos inexplicados recurrentes (Katon, Lin, Von Korff, Russo, Lipscomb & Bush, 1991) y que en solo el 16% de los 14 síntomas más comunes de 1000 pacientes de atención primaria podía demostrarse una causa orgánica (Kroenke & Mangelsdorff, 1989, cit. Barsky & Borus, 1995). El trastorno por somatización es relativamente

infrecuente. Por ejemplo en un estudio internacional de la Organización Mundial de la Salud en Atención Primaria (Gureje, Simon, Ustun & Goldberg, 1997) la prevalencia (con los criterios diagnósticos de la CIE-10) fue de 2,8% y en muestras de la población general la prevalencia a lo largo de la vida de este trastorno se ha estimado que se encuentra entre el 0,06 y 0,6% (Escobar, Rubio-Stipec, Canino & Karno, 1989). Sin embargo, la prevalencia de una forma menos restrictiva del trastorno (síndrome de somatización abreviado consistente en al menos 4 síntomas somáticos inexplicados médicamente para los hombres y 6 para las mujeres) en el estudio de la OMS fue de 19,7%. En España, García Campayo, Lobo, Pérez-Echeverría & Campos (1998) encuentran en una muestra de 1559 pacientes de Atención Primaria que en el caso del 16,2% cumplían los criterios diagnósticos para el síndrome de somatización abreviado y un 9,4% tenían síntomas físicos relacionados con síndromes psiquiátricos. Otros investigadores como Raymond (1989, cit. Eifert, 1992) encuentran que alrededor de un 20% de los pacientes que acuden a urgencias y unidades de cardiología con síntomas en el área pectoral no sufren de enfermedades cardíacas sino que los síntomas están relacionados con estados de ansiedad. Beitman, Mukerji, Flaker & Basha (1988) indican que de los 500 mil pacientes que realizan catequización cardíaca en los Estados Unidos, 100 mil (20%) tienen arterias coronarias sin obstrucción significativa.

En la mayoría de los pacientes que consultan por síntomas físicos no explicados médicamente y en los que es presumible que estén implicados factores de tipo psicológico, los síntomas tienden a remitir en un plazo de tiempo breve (Thomas, Kroenke & Jackson, 1998). Sin embargo en una minoría de pacientes persisten prolongadamente. Por ejemplo, Kroenke, Spitzer, DeGruy, Hahn, Linzer, Williams, Brody & Davies (1997) encuentran en una muestra de 1000 pacientes de Atención Primaria que 8,2% tenían 3 o más síntomas médicamente inexplicados de más de 2 años de duración. Escobar, Rubio-Stipec, Canino & Karno (1989), por su parte, informan que entre pacientes de Atención Primaria, un 17% tenían una historia prolongada de múltiples síntomas físicos médicamente inexplicados que era consistente con un diagnóstico de síndrome por somatización sub-umbral tal y como fue definido por los autores. En el estudio de Gureje & Simon (1999) la persistencia de somatización abreviada al cabo de un año entre 1071 pacientes de atención primaria de diferentes países que cumplían este criterio fue del 49,7%. Cabe señalar también que había una gran variabilidad en la persistencia según el tipo de síntomas. Por ejemplo, la

persistencia solo era más alta que el 40% en el caso de tres síntomas: dolor en las articulaciones, dolor de espalda y cefaleas. En otros casos la persistencia era nula o muy baja: Por ejemplo, ningún paciente que en la línea base había informado de amnesia, informo de ella en el seguimiento o en el caso de la pérdida de voz, solo en el caso del 7,4% se mantenía. Es de destacar también que hubo una clara asociación entre la intensidad de sintomatología somática en la línea base y en el seguimiento. Es decir, aquellos pacientes con más síntomas en la evaluación inicial tendían a tener más síntomas en el seguimiento.

Pennebaker (1982) menciona los siguientes factores sociodemográficos que influyen en la información de síntomas: edad (a mayor edad mayor información de síntomas), sexo (las mujeres tienden a informar más), estado civil (los solteros más que los casados), ocupación (desempleados más que los que están laboralmente activos) y estatus socioeconómico (estatus socioeconómico bajo se asocia a más información). Escobar, Rubio-Stipec, Canino & Karno (1989) también encuentran que la edad (mayor edad) y el sexo (mujeres) se asocian a una mayor facilidad de presentar el síndrome de somatización abreviado. Finalmente, Korenke & Spitzer (1998) informan que el sexo es el factor sociodemográfico asociado al informe de síntomas físicos más importante. En su estudio la mayoría de los síntomas físicos más comunes eran informados al menos un 50% más frecuentemente por las mujeres que por los hombres. Las diferencias entre sexos, por otra parte, se mantuvo cuando se controló la morbilidad psiquiátrica.

-Hipocondría y actitudes hipocondríacas

Aunque los rasgos hipocondríacos pueden no venir acompañados por síntomas somáticos, por lo general el paciente hipocondríaco experimenta molestias sobre las que giran las preocupaciones. De hecho, los estudios que han examinado la asociación síntomas somáticos y rasgos hipocondríacos sistemáticamente han encontrado que tal asociación, como después se indicará, tiende a ser elevada. Probablemente, como indican Warwick & Salkovskis (1986), la preocupación además del malestar o limitación producida por los síntomas es uno de las motivaciones principales a la hora de solicitar consulta médica.

Los estudios citados previamente aunque se refieren al fenómeno de la somatización son sugerentes, dada la asociación señalada, de que las tendencias hipocondríacas, de mayor o menor intensidad, son frecuentes. Por ejemplo, Kellner (1986) cita el estudio de Stoecke, Zola & Davison (1964) en el que de 300 pacientes atendidos en una clínica de medicina general y de otorrinolaringología, el 10,5% fueron juzgados como hipocondríacos al mantener una “firme e injustificada convicción de daño físico”. Mayou (1973) informa que hasta un tercio de los pacientes de una clínica de cardiología en los que no se encontraba patología cardiaca continuaban preocupados y con dudas acerca de su salud a los tres meses de seguimiento pese a la información médica de ausencia de enfermedad. Noyes, Kathol, Fisher, Phillips & Suelzer (1993) encuentran en una muestra de 1182 sujetos reclutados en un servicio de salud que el 8,5% cumplía los criterios diagnósticos del DSM-III-R para hipocondría. Barsky, Wyshak, Klerman & Latham (1990) cifran la prevalencia en alrededor del 4% (n=1389) y Kroenke et al (1997) en un 2,2% (n=1000). García Campayo et al (1998) en España entre 1559 usuarios también de Atención Primaria obtienen una prevalencia del 6,7%, Faravelli, Salvatori, Galass, Arazzi, Drei & Cabras (1997) también entre una muestra de pacientes de AP (n=673) del 4,5%, Escobar, Gara, Waitzkin, Silver, Holman & Comptom (1998) del 3,4% (n=1456) y Kirmayer & Robbins (1991) encuentran que un 8% de su muestra de pacientes de Atención Primaria tenían altos niveles de preocupación por la enfermedad a pesar de la ausencia de cualquier problema de salud serio. Un estudio internacional llevado a cabo en 14 países y en el que se obtuvo información de 25.916 pacientes obtiene una tasa global de hipocondría utilizando los criterios diagnósticos de la CIE-10 significativamente menor que en los estudios mencionados (0,9%) (Gureje, Ustun & Simon, 1997). En la mayoría de los países la prevalencia se situaba entre el 0,2 y el 0,9% aunque en algunos era notablemente más alta, por ejemplo en Chile fue del 4,5%. Por otra parte, cuando solo se consideraba una creencia persistente de al menos 6 meses de duración de padecer una enfermedad médica grave era del 6,7%. Esta proporción caía al 3% cuando se añadía el criterio de que la preocupación ocasionaba distrés persistente o interferencia en el funcionamiento personal en la vida diaria. La adición del criterio de búsqueda de atención médica en relación con la preocupación rebajaba la prevalencia al 2,2%. Finalmente había una caída al 0,9% señalado cuando se añadía el criterio de rechazo de aceptar el reaseguramiento médico. Los autores reconocen que probablemente la adición de este último criterio hace que la definición de hipocondría sea excesivamente restrictiva y

más si se considera que no existían diferencias clínicamente significativas (en cuanto a comorbilidad psiquiátrica, limitaciones en el funcionamiento psicosocial o uso de servicios de salud) entre los pacientes que cumplían los 3 primeros criterios diagnósticos y los que cumplían los 4 y, por el contrario, si las había entre estos dos grupos tomados conjuntamente y el grupo de pacientes sin síntomas hipocondríacos o con una intensidad sintomatológica menor. Además este último criterio es problemático ya que no queda claro si el reaseguramiento se refiere a un alivio de la ansiedad duradero o también se incluyen aquellos pacientes para quienes el reaseguramiento médico proporciona una tranquilización transitoria. Lo primero no debe ser el caso ya que si así fuera no se mantendría la preocupación persistentemente (primer criterio) y por otra parte, definir como hipocondríacos solo aquellos que rechazan la opinión médica y no obtienen alivio alguno de la tranquilización aunque solo sea transitoriamente deja fuera de la definición a la gran mayoría de pacientes que se sienten tranquilizados en el momento de la consulta y durante un tiempo breve pero cuyos temores reemergen pasado el mismo.

Así pues, las prevalencias encontradas varían de unos estudios a otros y ello probablemente tenga que ver con la propia definición de hipocondría y el modo de codificar la información. Por ejemplo, Barsky, Wyshak, Klerman & Latham (1990) indican que la estimación de la prevalencia es difícil debido a la existencia de límites borrosos entre la hipocondría y otros síndromes psiquiátricos y entre la hipocondría y las preocupaciones normales por la salud. Por otra parte, en las prevalencias dispares señaladas pudieron también haber influido las variaciones en los contextos en los que se realizaron los estudios o en los procesos de selección. Una dificultad añadida en la estimación de la prevalencia de la hipocondría en contextos médicos se deriva del hecho de que dado que estos sujetos tienden a consultar más también es más fácil que sean seleccionados en los estudios epidemiológicos con lo que puede introducirse un sesgo en el sentido de sobreestimación de la prevalencia. Teniendo en consideración estos problemas y si se atiende únicamente a los estudios de Atención Primaria la prevalencia tiende a situarse entre el 3 y el 6%. Estas cifras se refieren a pacientes con hipocondría clínica pero la ansiedad por la salud de menor intensidad que en estos casos probablemente es mucho más frecuente como indican estudios en los que se señala que las preocupaciones intermitentes acerca de la enfermedad ocurren en entre el 20 y el 47% de la población (Ferguson, 1998). Kellner (1985) en una encuesta entre población

general encuentra que entre el 10 y 20% indica que se siente intermitentemente preocupado por la salud. Esta cifra aumenta hasta el 45% entre personas con problemas emocionales. También señala que el 9% de los pacientes de Atención Primaria tienden a desconfiar de las tranquilizaciones del médico.

En la población general la fobia a la enfermedad y al daño (como forma focalizada de hipocondría) se ha encontrado que tiene una prevalencia del 3,1% (Agras, Sylvester & Oliveau, 1969, cit. Noyes, Wessner & Fisher, 1992). Hasta el 16,5% de los sujetos de la muestra de este estudio, sin embargo, manifestaban tener miedos relacionados con las enfermedades.

Algunos afirman que hay un mayor número de hipocondríacos entre los ancianos (Baur, 1988/1989). Tal impresión no ha sido constatada en estudios controlados como los de Costa & McCrae (1985) o Barsky, Frank, Cleary, Wyshak & Klerman (1991). La presencia de mayor patología médica objetiva explica la mayor presencia de quejas entre la población anciana no la mayor presencia de hipocondría. Se ha señalado (Agras, Sylvester & Oliveau, 1969, cit. Kellner, 1986, pag. 50) que la fobia a la enfermedad (como una forma de hipocondría más específica) aumenta en prevalencia hasta los 60 años, declinando a partir de esta edad. Kenyon (1964) encuentra un aumento de incidencia de hipocondría en la cuarta década en el caso de los hombres y en la quinta en el de las mujeres.

A diferencia de otros trastornos somatoformes como el trastorno por somatización, en algunos estudios se informa de ausencia de diferencias entre sexos en la presencia de síntomas hipocondríacos (Barsky, Wyshak, Klerman & Latham, 1990; Escobar, Gara, Waitzkin, Silver, Holman & Comptom, 1998). En el estudio de Kroenke & Spitzer (1998), por ejemplo, a pesar de haber una diferencia consistente en la información de síntomas que favorecía a las mujeres, la distribución de la respuesta a la pregunta “¿Se siente con frecuencia preocupado por la idea de padecer una enfermedad grave no diagnosticada?” fue similar entre sexos. No hay diferencias tampoco en otras variables sociodemográficas tales como estado civil, educación y posición social (Kenyon, 1964; Barsky et al, 1990; Escobar et al, 1998). Aunque en al menos un estudio (Kirmayer & Robbins, 1996) se observó que los pacientes de atención primaria con preocupaciones hipocondríacas tenían significativamente menos años de educación que

los sujetos del grupo de comparación de pacientes del mismo centro médico. Por otra parte, desde un punto de vista psicométrico, en el estudio de Dammen, Friis & Ekeberg (1999) con una muestra de 199 pacientes con dolor pectoral de origen no-cardíaco, la dimensión de ansiedad por la salud (que refleja la tendencia a preocuparse por y temer una o más enfermedades graves) de la Escala de Actitudes ante la Enfermedad de Kellner no se asocia a ninguna de las variables sociodemográficas consideradas (edad, sexo, estado civil, situación ocupacional e ingresos). Sin embargo, en la dimensión de Conducta de Enfermedad (que refleja uso de servicios y limitaciones en el funcionamiento diario a causa de molestias físicas) de este mismo cuestionario, las mujeres y los sujetos en situación de desempleo tenían puntuaciones significativamente más altas.

FACTORES INFLUYENTES EN LAS ACTITUDES HIPOCONDRIACAS

Hasta el momento se han recogido algunos planteamientos acerca del estatus de la hipocondría en la clasificación psicopatológica y se ha intentado ofrecer una caracterización de la hipocondría cuyo rasgo central sería la preocupación por la salud y autopercepción de vulnerabilidad física exageradas.

El objetivo ahora es revisar las evidencias de factores que se asocian a la presencia ansiedad notable por la salud y a su estabilidad en el tiempo. Son diversos los que juegan un papel en su origen y desarrollo. Por ejemplo, Kirmayer, Robbins & Paris (1994) citan un estudio propio en el contexto de atención primaria (Robbins et al, 1992) en el que encuentran que las preocupaciones hipocondríacas varían enormemente pero en gran medida son independientes de la gravedad de los problemas médicos coexistentes. Lo que sugiere que otros factores como la experiencia de enfermedad previa, fondo sociocultural, estado emocional actual o características de personalidad juegan un papel en la presencia y grado de preocupación para la mayoría de los pacientes, no solo aquellos etiquetados como hipocondríacos.

Barsky & Klerman (1983) elaboran una clasificación en la que consideran cuatro posibles procesos: a) ser el resultado de procesos psicodinámicos, b) derivarse de otros trastornos psicológicos, c) ser consecuencia de un estilo cognitivo-perceptivo amplificador o d) tratarse de una conducta socialmente aprendida.

Por otra parte, y siguiendo a autores como Mayou (1976), Kellner (1986) o Lipowski (1988), los factores se pueden clasificar sobre la base de una dimensión de temporalidad y modo de influencia en: factores predisponentes, desencadenantes y de mantenimiento. Se seguirá esta clasificación a pesar de la existencia de cierta arbitrariedad en la misma. Por ejemplo, la experiencia de enfermedad significativa en la infancia puede ser un factor de predisposición a las características hipocondríacas en la adultez pero también pueden comprenderse como un factor desencadenante de actitudes hipocondríacas en la infancia. Un bajo umbral perceptivo tanto podría clasificarse como factor de predisposición o de mantenimiento en la medida que favorece tanto el inicio como la continuidad de molestias físicas y preocupaciones.

Los estudios que se revisan, por otra parte, no se refieren exclusivamente a las actitudes hipocondríacas sino también a características que se dan asociadas en gran medida a ellas como son la somatización y la conducta de enfermedad anormal. La inclusión de estos estudios se justifica porque aportan información relevante al propósito de comprender la ansiedad por el estado de salud, en la medida que las molestias somáticas son generalmente la base en la que se asientan las preocupaciones y que estas mismas preocupaciones pueden dar lugar a síntomas somáticos por la vigilancia corporal que induce u otros mecanismos (por ejemplo, aumento de la ansiedad con síntomas autonómicos asociados). Kellner, Abbott, Winslow & Pathack (1989) han señalado que la experiencia de síntomas somáticos intensos, persistentes y recurrentes constituyen un elemento importante de la psicopatología de la hipocondría. Por otra parte, como indican Schwartz, Grambling y Mancini (1994), la información de síntomas es un aspecto importante de tanto la conducta de enfermedad normal y anormal pero en la hipocondría habría una tendencia a la información incrementada de síntomas que tiene que ver con la interpretación errónea de los mismos. A pesar de ello, en la medida de lo posible se intentará separar aquellos trabajos que se centran en la hipocondría o las actitudes hipocondríacas de aquellos otros con un foco más amplio (trastornos somatoformes y conducta de enfermedad anormal) o centrados en problemas que se solapan o influyen en la hipocondría pero no equivalen a ésta (sintomatología somática funcional y expresión de quejas acerca de la salud). Además, dada la estrecha relación entre ansiedad por la salud y somatización, se incluye una sección, dentro del apartado de factores de mantenimiento, dedicada más específicamente a la experiencia mantenida de síntomas somáticos. La amplitud de esta sección se justifica por la importancia de la somatización en los rasgos hipocondríacos.

Se parte una consideración dimensional más que categorial de la ansiedad por el estado de salud. En este sentido, no todos los estudios que se mencionan se refieren a la hipocondría clínica de la clasificación psiquiátrica. Esta constituye el extremo del continuo de ansiedad por la salud, sin embargo, a niveles de intensidad menor puede suponer un problema digno de atención por el malestar emocional generado y la afectación de la calidad de vida (Fava, Freyberger, Bech, Christodoulou, Sensky, Theorell & Wisel, 1995). Por otra parte, como señalan Barsky, Cleary, Wyshak, Spitzer, Williams & Klerman (1992) pueden existir diferencias escasas entre el paciente que

recibe el diagnóstico de hipocondría y aquel con actitudes hipocondríacas sustanciales pero sin cumplir todos los criterios clínicos para justificar el diagnóstico. Otros autores comparan la hipocondría de la clasificación psicopatológica con una forma abreviada de hipocondría consistente en una triada de síntomas: creencia de enfermedad, malestar emocional o interferencia en el funcionamiento psicosocial asociados y búsqueda atención médica en relación con la preocupación. Es decir, en tal definición no se incluiría el criterio de ausencia de reaseguramiento derivado de las informaciones tranquilizadoras. La comparación de estos pacientes con los pacientes con hipocondría clínica (criterios diagnósticos ICD-10 y DSM-IV) no mostró diferencias sustanciales en cuanto a una serie de características asociadas como el grado de psicopatología comórbida, los niveles de malestar emocional (ansiedad y depresión), el grado de afectación en el funcionamiento psicosocial o la propia valoración subjetiva del estado de salud. Por otra parte, sí que había diferencias significativas con respecto a aquellos pacientes sin síntomas hipocondríacos (Gureje, Ustun y Simon, 1997). Los autores concluyen que la hipocondría de las clasificaciones psicopatológicas es, a la vista de estos resultados y al menos en contextos de atención primaria, demasiado restrictiva.

Finalmente, aunque en distintos momentos a lo largo de la discusión de los factores influyentes en las actitudes hipocondríacas se alude al contexto interpersonal, conviene recordar ahora como punto de partida, tal y como hacen Katon, Ries & Kleinman (1984), que “La percepción y atribución del paciente de un síntoma o grupo de síntomas no se desarrolla en un vacío sino en los contextos plurales de su actual ambiente social. La gente es influida continuamente por el feedback de los contextos en los que viven. Así, la percepción y los mecanismos cognitivos no son solo el resultado de experiencias familiares, culturales e interpersonales pasadas sino que también están relacionados con las interacciones interpersonales y roles institucionales del presente. La unidad psicológica no es la persona individual sino la persona dentro de sus contextos sociales significativos. Este modelo de sistemas requiere la observación de cómo y en que medida las transacciones interpersonales y los roles sociales gobiernan la variedad de conductas del paciente”.

a) **Factores predisponentes**

Se consideran entre otros los factores de tipo biológico, familiar, la experiencia de enfermedad previa, fondo sociocultural, el umbral para el dolor y sensibilidad a la interocepción o características particulares de personalidad.

1) **Influencias biológicas**

Es destacable el trabajo de Cloninger, Sigvardsson, Von Knorring & Bohman (1984) en cuyo análisis se discriminan dos tipos de trastorno somatoforme, el trastorno somatoforme tipo I formado por mujeres con muchas quejas psicológicas, preocupación somática y quejas lumbares y abdominales y el trastorno somatoforme tipo II que se caracteriza por la presentación de quejas más diversificadas y aparición más ocasional (Cloninger et al, 1984). Su estudio, realizado con mujeres que habían sido adoptadas, demuestra que las mujeres somatizadoras se podían distinguir de las no somatizadoras por la combinación de criminalidad, abuso de alcohol y bajo estatus ocupacional en los padres biológicos. La severidad de la conducta delictiva estaba asociada al trastorno tipo I siendo menos frecuente en los padres de estas el abuso de alcohol, mientras que en las del tipo II el alcoholismo parental era frecuente y los delitos menos graves. También encontraron que entre los padres adoptivos de las mujeres con el trastorno tipo II había un mayor índice de alcoholismo así como mayor frecuencia de contacto con la madre biológica (Bohman, Cloninger, Von Knorring & Sigvardsson, 1984). Para los autores, los hallazgos son reveladores de la interacción entre genética y factores experienciales. Por otra parte, los datos obtenidos en una investigación de Torgersen (1986) acerca de la genética en los trastornos somatoformes no apoyan la existencia de influencia genética en los mismos. Aunque encontró una concordancia algo mayor entre gemelos monocigóticos que en los dicigóticos ésta no era significativa. Además entre los monocigóticos había mayor puntuación en un índice de experiencias compartidas en la infancia lo cual bien podría explicar la mayor concordancia. De los seis sujetos hipocondríacos incluidos en el estudio solo uno tenía un hermano (gemelo monocigótico) con un trastorno psicológico (depresión mayor). Los otros cinco hermanos (4 monocigóticos y 1 dicigótico) no tenían trastornos psicológicos. Tampoco Gottesman (1962, 1963. Cit. Kellner, 1986) encontró evidencia de una influencia genética en los rasgos hipocondríacos.

El neuroticismo o afectividad negativa, entendido como una amplia dimensión de personalidad relacionada con la tendencia a experimentar emocionalidad negativa y que se considera como un factor de vulnerabilidad general al trastorno emocional, se ha vinculado directamente con factores genéticos. Así, Watson (1999) señala “A un nivel disposicional, esta dimensión compartida se manifiesta como el rasgo amplio de neuroticismo; es fuertemente heredable y parece reflejar una diátesis a responder pobremente al estrés y, así, a experimentar frecuentes e intensos episodios de afecto negativo”. No obstante, esta dimensión general para otros tiene un origen ambiental. Por ejemplo, Barlow (1988) hipotetiza que la “aprensión ansiosa” (un concepto cercano al de afectividad negativa) tiene su origen en experiencias vitales relacionadas con la incontrolabilidad. Otros como Staats (1996/1997) relacionan directamente la afectividad negativa con Repertorios Básicos de Conducta aprendidos.

Así como se ha encontrado un mecanismo genético en la insensibilidad e indiferencia al dolor también se ha postulado que en la sensibilidad excesiva a las sensaciones somáticas podrían estar implicados mecanismos genéticos aunque no se ha encontrado confirmación de ello (Benjamin y Emission, 1992). Barsky (1992, Barsky, Goodson, Lane & Cleary, 1988; Barsky & Wyshak, 1990; Barsky, Wyshak & Klerman, 1990) considera como central en el problema de la hipocondría lo que denominan “amplificación somatosensorial” que implicaría una excesiva sensibilidad a la sensaciones somáticas y una tendencia a experimentarlas como nocivas y perturbadoras. Consideran que en este rasgo pueden estar implicadas influencias genéticas aunque también señalan el posible rol de las experiencias de aprendizaje formativas.

La experiencia somática puede ser influida por circunstancias particulares a lo largo del desarrollo. Por ejemplo, Benjamin y Emission (1992) citan el trabajo de Violon (1985) en el que se encuentra que gatitos expuestos repetidamente a estímulos nocivos localizados en un área corporal particular muestran una representación talámica y del cortex sensorial de esas áreas aumentada, lo que sugiere un posible mecanismo por el que el abuso físico en la infancia temprana puede dar lugar a cambios cerebrales relacionados con una sensibilidad incrementada al dolor. Evidencias que se comentarán más adelante apoyan una relación entre este tipo de experiencias y somatización y conductas de enfermedad anormales en general.

Nemiah (1977, cit. Warwick y Salkovskis, 1990) considera que los pacientes hipocondríacos sufren de una incapacidad determinada biológicamente de experimentar emociones (Alexitimia). Los estudios acerca de sintomatología emocional en la hipocondría que se comentarán posteriormente, sin embargo, sugieren que, por el contrario, la perturbación emocional informada se da asociada de manera muy significativa.

Rief, Hiller & Margraf (1998) informan de resultados que indican que los pacientes con trastornos somatoformes tienen niveles basales de arousal fisiológico más alto que los sujetos del grupo control. Se plantean que ello puede llevar a una sensibilización a los procesos somáticos y a la interpretación errónea de los síntomas. En otro trabajo, Rief y colaboradores (Rief, Shaw & Fichter, 1998) comprobaron que los niveles de cortisol eran más altos en el caso de los pacientes somatizadores que en un grupo control en distintos momentos (primera hora de la mañana, antes, durante y después de la realización de una tarea cognitiva “estresante”). Los autores partieron de la base de estudios que indican que los niveles más altos de cortisol inducidos experimentalmente aumentan la percepción de estímulos auditivos y táctiles. Por tanto, hipotetizaron que los niveles elevados de cortisol podrían estar implicados en un umbral anormalmente bajo en la percepción en general y más específicamente en la percepción somática. De modo que este podría ser un factor que contribuye al desarrollo y mantenimiento de los síntomas de somatización. En el estudio se incluyó un grupo de pacientes con hipocondría y síntomas somáticos funcionales. Los sujetos de este grupo no difirieron de los del grupo control en los niveles de cortisol, en contraste con los que tenían trastorno por somatización. Sin embargo los dos grupos clínicos (trastorno por somatización e hipocondría con síntomas somáticos funcionales) informaban de mayor tensión emocional antes, durante y después de la realización de la tarea experimental. Por otra parte, la medida de distintos parámetros fisiológicos reveló un nivel incrementado de arousal. Por ejemplo, se encontraron diferencias significativas en la tasa cardíaca y una tendencia a la significación en la actividad electromiográfica. También, a diferencia de los sujetos del grupo control, en el grupo clínico había una habituación más lenta de la respuesta psicofisiológica durante la tarea experimental. La conclusión principal del estudio fue que las diferencias a nivel psicofisiológico entre los pacientes somatizadores y no somatizadores podrían estar implicada en la interocepción diferencial de las señales fisiológicas entre unos y otros, al mismo tiempo ello podría

condicionar actitudes características de los pacientes con estos problemas, tales como la valoración de uno mismo como incapaz de afrontar el estrés o de debilidad, por ejemplo.

2) Influencia cultural

La influencia cultural es especialmente notoria en la experiencia e información de malestar somático para el que no se encuentra una justificación médica. Es probable que esta influencia sea importante también en la ansiedad por la salud, tanto de un modo directo, en la medida que la cultura puede influir en los modos en se interpretan los síntomas físicos, como de un modo indirecto por su influencia sobre la experiencia somática. Este último modo de influencia posible se discutirá posteriormente. Se comentan ahora algunos estudios que documentan el primer punto.

Se ha encontrado una mayor frecuencia de creencias y temores hipocondríacos entre pacientes de origen oriental en comparación con pacientes de origen occidental (Hes, 1958, cit. Kellner, 1986, pag. 80) o, entre pacientes deprimidos, la frecuencia de actitudes hipocondríacas varía según el origen cultural. Por ejemplo Teja et al (1975) (cit. Kellner, 1986, pag. 80) informa de una mayor frecuencia de estas quejas entre los pacientes de origen hindú en comparación con los británicos.

En el estudio de Gureje, Simon, Ustun & Goldberg (1997) se encontraron tasas de prevalencia de hipocondría sustancialmente diferentes en distintos países. Por ejemplo, el porcentaje de pacientes con la triada de síntomas de creencia de enfermedad, malestar emocional o interferencia en el funcionamiento psicosocial asociados y búsqueda de atención médica debida a la preocupación era del 9,5% en Santiago de Chile mientras que en París, Ankara o Verona era solo del 0,7%.

3) Influencias familiares

El papel del aprendizaje en la familia en el origen de los trastornos de ansiedad ha sido señalado repetidamente. Por ejemplo, Staats (1996/1997, pag. 348) resalta el papel del condicionamiento de respuestas emocionales negativas a una variedad de

estímulos como un factor importante en la vulnerabilidad individual al desarrollo de trastornos de ansiedad. En palabras de Staats “es probable que una madre con tal repertorio emocional-motivacional (*respuestas emocionales negativas a una amplia variedad de estímulos*) proporcione una experiencia de condicionamiento a sus niños que les produzca el mismo aprendizaje emocional-motivacional. No es necesario que el niño tenga una experiencia inusual, educado con un padre ‘ansioso’ aprenderá que el mundo contiene muchos estímulos ‘terribles’”. Las palabras de Staats tienen relevancia para la hipocondría entendida como ansiedad excesiva por el propio estado de salud y son sugerentes del aprendizaje en la familia de respuestas condicionadas de ansiedad a estímulos corporales y otras clases de estímulos relativos a la salud-enfermedad.

Kellner (1986, pag. 68) se hace eco del estudio de seguimiento de Richards (1923, 1941) de niños y adolescentes hipocondríacos. Richards se refiere de este modo a las influencias psicosociales en la preocupación somática: “Todos expresaban quejas que habían absorbido de una atmósfera cargada con preocupaciones hipocondríacas y miedo a la enfermedad, objetivamente reforzada por numerosos contactos y prescripciones médicas, dosificación de fármacos de los padres y folclore médico y chismorreo vecinal”.

Tizón (1999) ha destacado que “resulta clínicamente reiterado y hoy empíricamente comprobado que, si los padres utilizan un lenguaje somatizado, los niños crecen con mayores preocupaciones (o expresiones) somatomorfas” y “la aparición de un cuadro de hipocondriasis ha de hacer pensar en problemas transgeneracionales: ¿cómo se ha transmitido la vivencia del cuerpo, de la ansiedad, del conflicto por parte de familiares y allegados?”.

Bianchi (1971) hace referencia a la influencia de las experiencias de sobreprotección o excesiva atención parental hacia las muestras de malestar físico de los hijos en el desarrollo del sentido de vulnerabilidad física manifestado por las personas con tendencias hipocondríacas. Este hallazgo no pudo, sin embargo, ser replicado por otros (Noyes, Wessner & Fisher, 1992).

En general, siguiendo a Pennebaker (1982) se puede decir que la familia ejerce su influencia en la medida que afecta al modo en que la persona atiende, organiza e interpreta las sensaciones corporales.

Los planteamientos aludidos reflejan algunos de los procesos de aprendizaje a través de los que el contexto familiar influye en las actitudes hacia la enfermedad y expresión de sintomatología física: procesos de condicionamiento clásico a estímulos relacionados, condicionamiento operante y modelado de conductas de enfermedad anómalas o la ausencia de un aprendizaje de palabras para las emociones serían algunos ejemplos.

Se comentarán ahora estudios que intentan esclarecer la influencia parental en la conducta de enfermedad de los hijos. En primer lugar se recogen estudios retrospectivos de experiencias de adultos somatizadores (en sentido amplio) y posteriormente se mencionan otros estudios centrados en la influencia parental en la expresión sintomatológica actual de los hijos.

-Estudios retrospectivos de la influencia parental en la conducta de enfermedad

Turkat (1982) encuentra en un estudio retrospectivo de experiencias de aprendizaje que entre pacientes con diabetes aquellos con un padre que tendía a evitar responsabilidades durante episodios de enfermedad era significativamente más fácil que ellos mismos las evitaran en la actualidad (66% manifestaban esta pauta de conducta frente al 22% del grupo control de diabéticos sin modelado de evitación). Había diferencias significativas también en el número de visitas al centro de diabetes (6,4 vs 4,8), en el número de admisiones hospitalarias (10,4 vs 5,2) y en el número de días enfermo durante un período de 3 meses (18,9 vs 5,4). La valoración de su calidad de vida era, además, significativamente peor (5,8 vs 8,5). El estudio con pacientes diabéticos fue replicado con una muestra de sujetos sanos (Turkat y Noskin, 1983). Los resultados fueron similares. Se encontró también que el refuerzo positivo ante las conductas de enfermedad tanto en la infancia como en la actualidad era significativamente mayor en estos sujetos.

Otros datos indicativos del papel del modelado y del aprendizaje instrumental los ofrece Whitehead, Winget, Fedoravicius, Wooley & Blackwell (1982), Whitehead, Busch, Heller & Costa (1986), Schwartz, Grambling & Mancini (1994) o Wooley, Blackwell & Winget (1978). Por ejemplo en el trabajo de Whitehead et al (1982) la proporción de sujetos que respondían afirmativamente a la pregunta que evaluaba el refuerzo en la infancia de la conducta de enfermedad (“¿Durante la infancia sus padres mostraban una especial consideración hacia usted dándole comidas especiales, juguetes u otros regalos cuando estaba acatarrado o resfriado?”) era significativamente mayor entre aquellos que exhibían pautas de conducta de enfermedad anómalas. En este mismo estudio se encontró que los sujetos con síndrome de colon irritable (un trastorno en el que no hay patología médica demostrable) era significativamente más fácil que respondieran afirmativamente a esta pregunta que sujetos con úlcera péptica y sujetos sin problemas de salud.

Violon y Gurgea (1984) en un estudio con 40 pacientes con dolor crónico y un grupo de comparación de 51 pacientes con una enfermedad crónica pero sin dolor encuentran que un 78% de los primeros informaban de que al menos un miembro de su familia había padecido dolor crónico frente al 44% del otro grupo.

Parker & Lipscombe (1980) encuentran una respuesta de mayor solicitud (informada) ante los episodios de síntomas físicos en la infancia entre los padres de personas con actitudes hipocondríacas marcadas. Estos sujetos, además, tendían a recordar a sus madres como altamente propensas, en momentos en que experimentaban molestias, a hacer uso de los servicios de salud.

Moss (1986) en un estudio retrospectivo de la historia de aprendizaje sobre la conducta de enfermedad en una muestra de 180 estudiantes universitarios encontró que los mejores predictores de una respuesta de evitación de las actividades normales y de las obligaciones durante los episodios de enfermedad era la historia pasada de evitación y el modelado parental de evitación. En este estudio también se encontró que el refuerzo positivo de la conducta de enfermedad en la infancia (especialmente el refuerzo materno) era una influencia significativa.

Pilowski (1970) hace referencia a la elevada frecuencia de hipocondría entre los padres de hipocondríacos primarios, es decir pacientes en los que los rasgos hipocondríacos no se valoraban como derivados de otros trastornos (por ejemplo, Depresión Mayor). En concreto Pilowski indica que un 40,5% de estos pacientes eran hijos de hipocondríacos.

Ehlers (1993b) cita un trabajo en el que se encuentra que alrededor de un 49% de los hijos de pacientes a los que se les había diagnosticado 20 años antes de “neurosis cardiaca” (que se correspondería a la cardiofobia) padecían ellos mismos de fobia a la enfermedad focalizada en el funcionamiento cardiaco en contraste con el 6% de los sujetos del grupo control.

También se ha señalado el papel de otras actitudes parentales como antecedentes significativos de tendencias hipocondríacas. Por ejemplo, Baker & Merskey (1982) encuentran, entre pacientes con distintos diagnósticos psiquiátricos, que los rasgos hipocondríacos se asociaban a informes retrospectivos de sobreprotección materna y en el estudio de Davison, Sharpe, Wade & Bass (1999) también se señala que 8 de los 9 pacientes que cumplimentaron un cuestionario que evalúa la calidad de la relación con los padres durante la infancia (Parental Bonding Instrument) describían una combinación de escasa atención o afecto por una parte y por otra de alto control o “sobreprotección” en sus padres (en cuatro pacientes este patrón era descrito para ambos padres).

Kirmayer & Robbins (1996) aluden al papel del aprendizaje de la focalización corporal en detrimento del contenido subjetivo o experiencial de las emociones a lo largo de los años de desarrollo. Tal aprendizaje se concretaría, por ejemplo, en pautas familiares que restringen notablemente la expresión emocional. Ello daría lugar a un déficit en el reconocimiento de los estados emocionales que orienta al paciente a la focalización en el componente sensorial (mas que al subjetivo o experiencial) y a la realización de atribuciones de enfermedad relacionadas.

-Estudios de la influencia parental en la conducta de enfermedad de los hijos

En niños con dolor abdominal recurrente médicamente no explicado y generalmente iniciado tras un período de la vida difícil o un acontecimiento vital estresante, la tendencia a la persistencia del dolor se relaciona con la presencia de otros familiares que asimismo presentan molestias del mismo tipo (Apley & Hale, 1973; Dodge, 1976; Walker, Garber & Greene, 1993).

Además de la mayor presencia de molestias físicas, en el estudio de Robinson, Álvarez & Dodge (1990) se encuentra una mayor presencia de actitudes hipocondríacas entre los padres de estos niños con dolor abdominal recurrente médicamente inexplicado. De un modo general, en los problemas de somatización en la infancia, las preocupaciones por la enfermedad entre los familiares son un factor de considerable influencia (Garralda, 1992).

Hotopf, Carr, Mayou, Wadsworth & Wesseley (1998) informan de mayor presencia de molestias físicas entre padres de niños con dolor abdominal recurrente. Las madres de estos niños, además, tenían puntuaciones más elevadas en una medida de neuroticismo. En el estudio que se comenta se hizo un seguimiento hasta la adultez y se constató que el dolor abdominal persistente en la infancia era predictivo de mayor riesgo de desarrollo de síntomas físicos médicamente inexplicados y trastornos psicológicos. No obstante, la presencia de dolor abdominal persistente en la infancia era especialmente predictiva de psicopatología más que de síntomas somáticos funcionales en la adultez.

Dura & Beck (1988, cit. Keefe, Dunsmore & Burnett, 1992) por su parte, informan que los hijos de pacientes con dolor crónico faltaban más al colegio y se quejaban más de encontrarse mal físicamente que los hijos de pacientes diabéticos.

Livingston, Witt & Smith (1995) informan de la capacidad predictiva de la somatización parental, la conducta antisocial y abuso de sustancias en la somatización de los hijos. Los niños que tenían algún padre que cumplía los criterios diagnósticos DSM-III-R para somatización usaban significativamente más los servicios de urgencias que aquellos en los que alguno de los padres tenían un número inferior de síntomas médicamente no explicados a los exigidos para justificar el diagnóstico de trastorno por somatización (media de 2,5 visitas al año vs 0,5). Aunque muchas visitas a urgencias

entre los hijos de pacientes con trastorno por somatización eran debidas a conductas suicidas y otros problemas psiquiátricos (42,6%), en al menos el 85% de las visitas a urgencias se detectaban síntomas somáticos no explicados médicamente. En otras variables como días de clase perdidos, días pasados en cama por enfermedad o días de hospitalización al año, también había diferencias que se aproximaban a la significación estadística pero sin alcanzarla. En todas las familias con trastorno por somatización en alguno de los padres, al menos un hijo padecía algún trastorno psiquiátrico mientras que en las familias con menos síntomas la presencia de trastornos psiquiátricos en alguno de los hijos era del 35%. Finalmente cuando se estimaron las correlaciones entre hermanos en cuanto a número de síntomas informados, días de clase perdidos por enfermedad y días de hospitalización en las familias con más de un hijo, tales correlaciones fueron altas, alcanzando todas ellas significación estadística. Este estudio pone de manifiesto la influencia de la somatización parental sobre la expresión sintomática de los hijos. No obstante, otras variables de los padres como el abuso de sustancias o las conductas antisociales también se encontraron relacionadas con tal resultado. Sería de interés, como ponen de manifiesto los autores, utilizar otras muestras de comparación. En particular y dada la elevada comorbilidad de los síntomas somáticos funcionales con psicopatología general, una comparación especialmente interesante en las variables del estudio sería entre hijos de adultos con somatización y de adultos con trastornos psiquiátricos sin presentación somatizada. La ausencia de esta comparación no permite concluir inequívocamente que la mayor somatización, consultas de urgencia o días de hospitalización entre estos niños esté vinculada a la somatización de los cuidadores aunque el hecho de que tales índices sean mayores entre los hijos de los pacientes con mayor sintomatología somática apunte en tal dirección.

No todos los estudios reflejan la influencia predicha de las actitudes y conductas parentales relativas a la enfermedad y las manifestadas por los hijos. Mechanic (1964), por ejemplo, en un estudio con una muestra de 350 madres y sus hijos encuentran que la influencia de la atención e interés de la madre hacia los síntomas de los hijos sobre la tendencia de estos últimos a informar de síntomas así como sobre sus actitudes hacia la salud-enfermedad era, en contra de lo esperado, muy limitada. Ello refleja la participación de otros factores importantes no contemplados en el estudio que pueden tener un mayor peso en las pautas de conducta y actitudes relativas a la enfermedad entre los niños. En palabras de Mechanic (1964) “La madre sobreprotectora e

hipocondríaca no necesariamente conduce a que el hijo muestre rasgos similares. La visión del niño como maleable y frágil ha alcanzado gran popularidad pero el niño no es probablemente tan maleable ni tan frágil como la teoría psicológica actual parece sugerir. Hay una variedad de factores y personas importantes en el desarrollo del niño; es quizás el momento de prestar más atención al contexto más amplio en el que se desarrolla y quizás la aproximación al estudio del desarrollo debería adoptar una perspectiva en la que se exploren también la estabilidad y capacidades del niño para superar las mayores adversidades". Rutter (1985) se ha expresado en términos parecidos.

4) **experiencia de enfermedad previa**

Marks (1985) y Bianchi (1971) aluden al papel de la historia de salud personal como elemento sensibilizador hacia las enfermedades en general o una enfermedad en particular. Se recogen ahora algunos estudios que avalan esta afirmación:

En el de Craig, Boardman, Mills, Dally-Jones & Drake (1993) cuando la experiencia de enfermedad propia y la exposición a enfermedad crónica se combinaban en un único índice se encontró que el 32% de los pacientes somatizadores, frente al 8% del grupo control compuesto por sujetos enfermos, informaban de este tipo de experiencia. En los somatizadores, por otra parte, se encontró que también había una mayor frecuencia de experiencias relativas a falta de cuidado (referida a períodos de negligencia y abuso) y de pérdidas afectivas en la infancia. En ello los somatizadores no diferían de los sujetos con trastornos emocionales. Plantean Craig y colaboradores que ambos tipos de experiencias (enfermedad personal y en la familia por un lado y falta de cuidado y pérdidas por otro) pueden suponer dos vías separadas que se unen en la adultez en el caso de las personas con trastornos somatoformes. La falta de cuidado y pérdidas sería un facilitador de la emergencia de trastornos emocionales en la adultez ante las experiencias de adversidad o estrés. La exposición a la enfermedad puede sensibilizar hacia las sensaciones corporales y llevar a valoraciones de amenaza ante las mismas. Ambas vías se juntarían en el inicio del trastorno emocional ya que este viene acompañado frecuentemente de aumento de los síntomas somáticos y una reducción del umbral de tolerancia al dolor. La hipótesis es congruente con el hecho de que los

pacientes con trastornos somatoformes por lo general expresan notable malestar emocional (síntomas de ansiedad y depresivos) y con estudios como el de McDonald & Bouchier (1980) que relaciona la presencia de molestias gastrointestinales actuales sin causa orgánica conocida y experiencias de separación en la infancia o el hallazgo de Eifert (1996) de una frecuencia significativamente mayor de experiencias de separación en la infancia entre personas con puntuaciones elevadas en una medida de cardiofobia en comparación con sujetos con puntuaciones normales.

Barsky, Wool, Barnett & Cleary (1994) encuentran que los pacientes hipocondríacos es significativamente más fácil que los no hipocondríacos que informen de haber tenido que abstenerse de ir la colegio por enfermedad y haber estado enfermos en sus infancias. Este mismo autor (Barsky & Wyshak 1990) encuentra que el informe de haber padecido “muchos problemas de salud” en la infancia era un predictor significativo de la medida de hipocondría utilizada.

No solo la experiencia de enfermedad en la infancia puede ser un antecedente significativo de ansiedad por la salud, también puede serlo cuando ocurre en otros momentos de la vida. Por ejemplo, Kellner (1986) cita los estudios de Ladee (1966) y de Pilowski (1982). Ambos coinciden en señalar una prevalencia incrementada de problemas de salud previos entre las personas con tendencias hipocondríacas. Burns y Nichols (1972) compararon dos grupos de 33 pacientes con un trastorno depresivo según informaran de síntomas localizados en la zona pectoral o no. El 88% de los pacientes del primer grupo además de los síntomas (tales como dificultades respiratorias o sensación de pesadez en el pecho) informaba de preocupaciones relacionadas (temor a morir o tener una enfermedad cardíaca). Entre los resultados encontrados en la comparación los autores informan de la elevada frecuencia en el primer grupo, en contraste con el segundo, de historia personal de enfermedad de las vías respiratorias bajas (70% vs 18%) y de bronquitis crónica (67% vs 6%). No parece necesario, por otro lado, que los síntomas experimentados sean atribuidos a la enfermedad padecida previamente, tales síntomas pueden generar preocupaciones en la medida que recuerdan la propia vulnerabilidad y riesgo. Por ejemplo, en un estudio de Easterling & Leventhal (1989), con mujeres que habían sido diagnosticadas de cáncer y que se habían recuperado, la principal conclusión que se derivó de los resultados fue que los síntomas comunes no relacionados con cáncer juegan un papel importante en evocar

preocupaciones, tanto activando pensamientos de amenaza como aumentando la percepción de riesgo. De un modo semejante, Cunningham, Andrikowski, Wilson, McGrath, Sloan & Kenady (1998) encuentran que aquellas mujeres que habían padecido problemas benignos en las mamas, por los que habían sido sometidas a alguna prueba diagnóstica (por ejemplo, biopsia) informaban de un nivel de preocupación y malestar emocional significativamente más alto en relación con el riesgo subjetivo de desarrollar cáncer de mama que las mujeres que no habían sufrido problemas de este tipo. Tales preocupaciones surgían de modo característico ante la ocurrencia de síntomas en este área corporal. Robbins & Kirmayer (1991) también aportan evidencias de que las personas que han experimentado enfermedades son más propensas a hacer atribuciones somáticas (mas que atribuirlos a causas benignas y transitorias o al estado emocional) de los síntomas y es más fácil que consulten por ellos.

Una de las conclusiones del estudio de Lau (1982) acerca de las creencias relativas a la capacidad de control de la enfermedad, es que la experiencia personal y en la familia de enfermedades tienen un efecto importante en la probabilidad percibida de que se produzcan problemas de salud de un modo azaroso y con las creencias en la falta de eficacia en el propio autocuidado o el que pueden ofrecer los médicos. Lau dice textualmente “existe un elemento de incontrolabilidad o azar en la salud y la gente con muchas experiencias de enfermedad (personales o familiares) será presumiblemente más consciente de ello”. Por el contrario, los hábitos de salud (por ejemplo, cepillado de dientes, dieta apropiada, ejercicio regular o dormir suficientemente, por una parte, y por otra, ir regularmente al médico para controles) inculcados por los padres, tienen una influencia positiva sobre la percepción de capacidad de mantenerse en buen estado de salud.

En general, es plausible que las experiencias de enfermedad significativas como las comentadas aumenten el sentido de inseguridad y vulnerabilidad física percibida lo que haría que síntomas y sensaciones sean más fácilmente valorados en un sentido patologizador y se conviertan en foco de atención y preocupaciones.

5) experiencia de enfermedad y de muertes en la familia

Ya Gillespie en 1928 (cit. Baker & Merkey, 1982) indicó que “la exposición a personas enfermas así como la sobre-solicitud materna ante los síntomas del niño parecen ser las condiciones más frecuentemente encontradas en los casos de interés corporal excesivo”.

En el trabajo de revisión de Benjamin y Emission (1992) sobre experiencias relativas a la enfermedad en la infancia, los autores concluyen que hay pruebas consistentes de que los adultos que somatizan tienen una experiencia infantil incrementada de enfermedades en otros significativos, lo que incluye un exceso de quejas somáticas y de hándicaps y defectos físicos en la familia. Tales influencias pueden evidenciarse en las manifestaciones de malestar en la infancia y tener continuidad a lo largo de la vida como un núcleo de inseguridad corporal o “incertidumbre somática” (Starcevic, 1988).

Por ejemplo, Garralda (1992) cita el estudio de Stone & Barbero (1979) en el que encontraron en una muestra de 102 niños con dolores abdominales recurrentes inexplicados médicamente que un factor común eran historias familiares “salpicadas de muchas enfermedades, estreses y muertes, incluyendo una historia familiar de síntomas gastrointestinales”.

Bianchi (1971) encuentra que 8 de 14 pacientes con cancerofobia habían sufrido en el pasado la pérdida de algún familiar por cáncer. Solo 1 de los 14 sujetos controles habían sufrido esta experiencia. Del mismo modo, había una tendencia incrementada a que los sujetos cardiófóbicos de su muestra de fóbicos a la enfermedad informaran de más pérdidas a causa de problemas coronarios en la familia en comparación con el grupo control. En general, los fóbicos a la enfermedad informaban de más enfermedades en la familia que los otros sujetos. Lerman et al (1995, cit. McCaul, Branstetter, O'Donnell, Jacobson & Quinlan, 1998) encuentran que entre las mujeres con una historia familiar de cáncer de mama hay una tendencia a que se den percepciones de riesgo personal a esta enfermedad exageradas. Eifert (1996) obtiene resultados en esta misma línea entre personas con puntuaciones elevadas en un cuestionario de evaluación de la ansiedad focalizada en el funcionamiento cardíaco (Cardiac Anxiety Questionnaire). Entre éstos el informe retrospectivo de enfermedades en los padres es significativamente mayor que en aquellos con puntuaciones normales.

En un estudio con diez pacientes con limitaciones físicas severas que implicaban el uso de silla de ruedas durante al menos el 50% del tiempo, que se asociaba a creencias de enfermedad mantenidas con firmeza y en los que las distintas investigaciones médicas no revelaban alteración orgánica que justificara la sintomatología (“las atribuciones de los síntomas e incapacidad a la esclerosis múltiple y otros trastornos neurológicos eran mantenidas firmemente, a pesar de la evidencia contradictoria”), Davison, Sharpe, Wade & Bass (1999) informan que tres recordaban enfermedad parental significativa e incapacidad (en los tres casos en la madre) a lo largo de la infancia

En un estudio de Birtchnell (1978) se compararon a sujetos con trastorno depresivo que habían sufrido la pérdida de alguno de los padres en la infancia (antes de los 9 años) con sujetos deprimidos (equiparados en edad y sexo) que no habían sufrido esta experiencia. Los resultados indicaron que los del primer grupo tenían puntuaciones más altas en las escalas de hipocondría y paranoia del MMPI. Mientras que la pérdida del padre se asociaba fuertemente a las puntuaciones en la escala de hipocondría, la escala de paranoia se asociaba igualmente a la pérdida del padre como de la madre. Hay que indicar, no obstante, que la escala del MMPI de hipocondría recoge una serie de molestias corporales sin el componente central de preocupación por los síntomas y, por tanto, sería mejor definida como una escala de somatización

6) **personalidad**

Watson y Pennebaker (1989), Watson & Clark (1984), Costa y McCrae (1985) y Costa (1987) llaman la atención sobre un rasgo o disposición de personalidad relacionado con la percepción e información de molestias corporales. A este rasgo se le ha denominado *Afectividad negativa (AN)* y se ha caracterizado del siguiente modo (Watson & Clark, 1984): “Una dimensión amplia y general de diferencias individuales en el ánimo y en el auto-concepto. Los individuos altos en AN es más fácil que informen de malestar, incomodidad e insatisfacción a lo largo del tiempo e independientemente de la situación, aun en ausencia de cualquier fuente abierta u objetiva de estrés. Como resultado, las escalas del rasgo de AN tienen una relación consistentemente fuerte con medidas de estado de ansiedad y afecto negativo general,

aunque las escalas de estado se completen tras un período de varios años. Los sujetos altos en AN son más introspectivos y honestos consigo mismos, exployándose particularmente en sus fracasos y errores. También tienden a focalizarse sobre el lado negativo de los otros y del mundo en general. Consecuentemente, tienen una visión menos favorable de si mismos y la otra gente y están menos satisfechos con ellos mismos y con la vida”.

Señalan Costa y McCrae (1985) que existen diferencias consistentes y estables en la percepción, interpretación y comunicación de síntomas corporales. Tales diferencias se sitúan a lo largo de un continuo que va desde la infrainformación de síntomas y ausencia de preocupación por la salud a la somatización e hipocondría clínicas. Los autores consideran que estas tendencias forman parte del patrón de personalidad más general de la AN. más que mayor riesgo a padecer enfermedades diversas, las personas con alta afectividad negativa tenderían a sobreinformatar de molestias corporales diversas y a preocuparse por ellas. Estos autores llegan a referirse a esta disposición de personalidad como “distrés somatopsíquico” para enfatizar la presencia incrementada de síntomas e información de los mismos entre los pacientes con alta afectividad negativa y consideran la hipocondría más que como un diagnóstico categórico como una variable dimensional estrechamente vinculada a la AN.

Costa (1987) en un estudio entre pacientes a los que se les realizó angiografía cardiaca encuentra que en el 25% de los casos no se halló obstrucción en las arterias coronarias clínicamente significativa. Entre estos pacientes el nivel de neuroticismo era significativamente mayor que en los restantes pacientes. Ello indica que el neuroticismo influye en la experiencia y expresión de molestias corporales (dolor pectoral y palpitaciones, por ejemplo), lo que se asocia a una mayor facilidad para que se investiguen posibles patologías. Del mismo modo Bass, Wade, Gardner et al (1983), en un estudio con una muestra de 46 pacientes con dolor pectoral sin enfermedad cardiaca, encontraron una mayor prevalencia de trastornos de ansiedad y las puntuaciones en una medida de afectividad negativa o neuroticismo (escala N del Cuestionario de Personalidad de Eysenck: EPQ) eran significativamente más altas en estos pacientes en comparación con los pacientes que sí padecían algún problema cardiaco.

En un estudio de seguimiento de dos años de pacientes con dolor temporomandibular, Vassend, Krogstad & Dahl (1995) encuentran que la afectividad negativa correlacionaba significativamente con el nivel de dolor y malestar y era un fuerte predictor de síntomas temporomandibulares subjetivos en el seguimiento.

Más recientemente, Katon & Walker (1998) en un trabajo de revisión de los principales factores influyentes en la experiencia e información de sintomatología somática médicamente no explicada a lo largo de la vida mencionan evidencias de correlación lineal con el número de trastornos de ansiedad y depresivos sufridos y con la dimensión de personalidad de neuroticismo.

Los tres estudios comentados hasta este momento investigaron la relación entre neuroticismo o afectividad negativa y experiencia y expresión de malestar físico. En contraste, un estudio de Hollifield, Tuttle, Paine & Kellner (1999) investigó la asociación de diversas variables de personalidad (evaluadas a través de instrumentos de autoinforme) y características hipocondríacas (valoradas a través de la Escala de Actitudes ante la Enfermedad de Kellner). Los resultados indicaron una clara asociación entre la variable de personalidad neuroticismo del inventario de personalidad NEO de Costa y McCrae y las características hipocondríacas. Estas también se asociaban a una actitud más negativa hacia si mismo valorada con el cuestionario ATS (Attitudes Toward Self). En este estudio se formó otro grupo de pacientes con sintomatología somática funcional significativa. Los autores informan que aunque ambos constructos tienen una correlación significativa ($r=0,46$), la somatización tiene una asociación con las distintas variables de personalidad y de actitudes negativas hacia si mismo más marcada que las características hipocondríacas. Asimismo la somatización en comparación con los rasgos hipocondríacos se asoció a una peor valoración del estado de salud y mayor frecuentación en el uso de servicios médicos. Zonderman, Heft & Costa (1985) informan de una correlación algo menor entre la escala de neuroticismo del NEO y una escala de preocupación por la salud extraída a través de análisis factorial del cuestionario de conducta de enfermedad de Pilowsky ($r=0,32$). La correlación fue, sin embargo, mayor con la escala de neuroticismo del EPI de Eysenck.

El neuroticismo correlaciona significativamente con medidas de sensibilidad a la ansiedad que, como se ha señalado previamente, se asocia a preocupaciones

hipocondríacas entre pacientes con trastorno de pánico. Por ejemplo, Lilienfeld (1997) informa de una correlación de 0,40 entre un índice compuesto de sensibilidad a la ansiedad (derivado de varias escalas que miden el constructo) y emocionalidad negativa. En este mismo estudio, la correlación entre la escala rasgo del inventario de ansiedad estado-rasgo de Spielberger (STAI) y el índice de sensibilidad a la ansiedad fue de 0,47. No obstante, otros informan de correlaciones más débiles entre el STAI-Rasgo y el Inventario de Sensibilidad a la Ansiedad ($r=0,21-0,28$) (Schmidt, Lerew & Jackson (1999). Cabe recordar que el análisis factorial del STAI-Rasgo revela dos dimensiones principales: una relacionada con la tendencia a la ansiedad/preocupación y otra al ánimo disfórico, tristeza y auto-depreciación (Bieling, Antony & Swinson, 1998). Podría concebirse tal medida, por tanto, más que como una medida específica de ansiedad, como una medida de afectividad negativa general como Watson & Pennebaker (1989) han señalado.

El papel de la AN también lo pone de manifiesto la mayor prevalencia de preocupaciones por la enfermedad entre los pacientes clásicamente denominados neuróticos (que incluyen trastornos de ansiedad, distimia, síndromes ansioso-depresivos entre otros problemas). Por ejemplo, Kellner y Sheffield (1973) informan que un 55% y 62% de los pacientes neuróticos confiesan sentirse preocupados acerca de la posibilidad de padecer una enfermedad grave frente al 9 y 13% entre los sujetos no neuróticos de muestras de Inglaterra y Estados Unidos o Hitchcock y Mathews (1992) de una asociación estrecha entre neuroticismo y puntuaciones en la Escala de Actitudes ante la Enfermedad.

Avia (1993, pag. 123) señala la frecuencia con que los pacientes hipocondríacos manifiestan déficits en los recursos de afrontamiento de diversas situaciones problemáticas, déficits de asertividad, en el reconocimiento de las propias necesidades y en el autorrefuerzo y autogratificación. Tales características forman parte del concepto más amplio de AN tal y como fue definido.

Cabe recordar aquí también los estudios acerca de la relación entre rasgos desadaptativos de personalidad y trastornos somatoformes. Se enfatizaba entonces las características comunes y la frecuente asociación entre trastornos de la personalidad y trastornos somatoformes y en concreto, se indicaba el uso maladaptativo de las

conductas de enfermedad anormal y de la somatización para lograr determinadas metas así como la ausencia de otros recursos de afrontamiento más adaptativos para lograrlas. Tales planteamientos son coherentes con lo que se viene comentando en este apartado.

La conceptualización de Watson y Pennebaker y de Costa y McCrae acerca de la influencia del neuroticismo o AN sobre el informe de síntomas y la preocupación por la salud pone el acento en la codificación e interpretación de los síntomas o sensaciones corporales actuales. Hay pruebas, no obstante, que el neuroticismo puede influir también sobre otros procesos cognitivos tales como el recuerdo. Larsen (1992) realizó un estudio con 43 estudiantes universitarios en el que durante dos meses consecutivos cubrían en tres ocasiones al día una escala de 24 síntomas que fueron categorizados del siguiente modo: síntomas depresivos, gastrointestinales, respiratorios y de dolor. Al final de los dos meses, los sujetos hacían una estimación retrospectiva de los síntomas experimentados durante los dos meses pasados. De este modo había dos clases de evaluación: prospectiva y retrospectiva. De un modo consistente a estudios previos la correlación entre la medida de neuroticismo y experiencia de síntomas, tanto valorados prospectiva como retrospectivamente, era elevada. Por otra parte, las correlaciones encontradas entre los dos tipos de medida (prospectiva y retrospectiva) eran también altas, lo que indicó que los sujetos que tendían a informar de muchos síntomas en el día a día también tendían a recordar haber tenido muchos síntomas. Sin embargo, estas correlaciones indicaron que solo entre el 35 y el 65 por ciento de la varianza en el recuerdo estaba relacionada con la varianza en la medida prospectiva. La porción de la varianza retrospectiva no explicada por la varianza prospectiva, al margen de la varianza de error pura, podría, según el autor, considerarse como relacionada con el recuerdo selectivo de los síntomas sobre el que influiría el neuroticismo. Es decir, independientemente de la influencia del neuroticismo sobre la codificación de síntomas habría también una influencia directa sobre el recuerdo.

El recuerdo de síntomas parece no ser completamente fiable. El estudio comentado así parece indicarlo, del mismo modo que uno reciente de Simon y Gureje (1999) en el que se encuentra que solo un tercio de los pacientes que cumplían los criterios diagnósticos DSM-IV para trastorno por somatización en la línea base los cumplían también en el seguimiento a los 12 meses. La evaluación de la sintomatología somática para justificar este diagnóstico implica el recuerdo por parte del paciente de

síntomas para los que no se encontrara una explicación médica y que fueran clínicamente significativos. El paciente debe informar de al menos 8 síntomas (valorados como se señaló) de cuatro grupos sintomáticos (síntomas de dolor, gastrointestinales, sexuales y pseudoneurológicos) como presentes en algún momento durante la vida. De un modo coherente con el estudio citado previamente, además de la inconsistencia en el recuerdo, se identificó una tendencia entre aquellos sujetos con síndromes de ansiedad y depresivos (y probablemente con más alto neuroticismo) a informar de más síntomas lifetime y actuales también en el seguimiento. Los autores aluden a dos influencias del estado emocional negativo: Por una parte, los trastornos de ansiedad y depresivos pueden aumentar la facilidad de que los síntomas presentes en la línea base recurran o persistan y por otra parte estos estados emocionales se asocian a una mayor facilidad para recordar sucesos negativos entre los que se incluyen los síntomas somáticos.

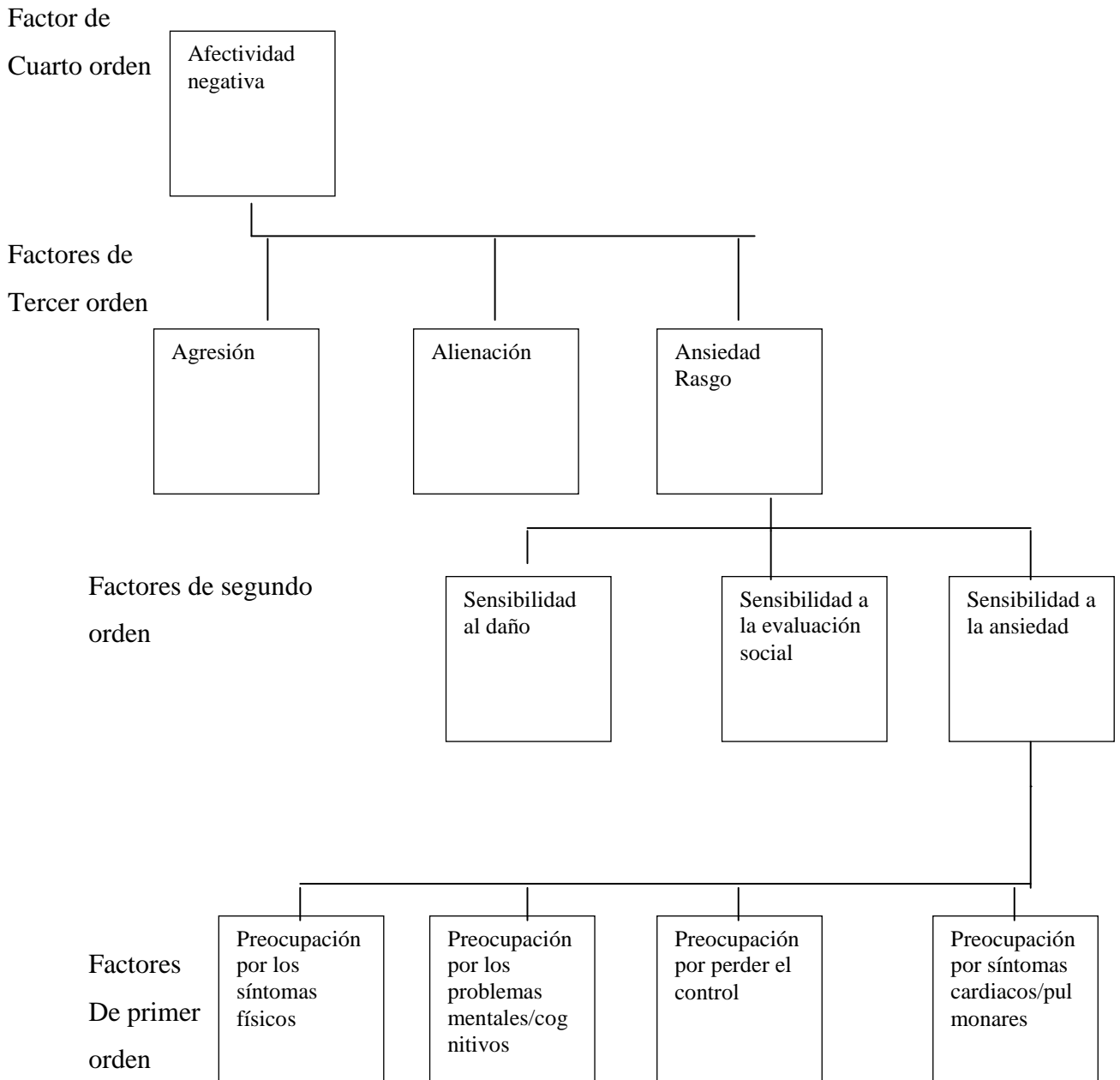
Hay varias explicaciones posibles de la relación entre AN y malestar y preocupación somática: a) las personas altas en neuroticismo tienden a experimentar más síntomas corporales lo que puede estar basado en una mayor labilidad y reactividad de sus sistemas fisiológicos ante el estrés. más específicamente, ante estímulos que implican amenaza estas personas serían más responsivas de modo que es más fácil que adquieran respuestas emocionales condicionadas (Mathews & MacKintosh, 1998), b) También se asocia al neuroticismo la disposición a focalizarse en la experiencia interna (Ingram, 1990; Watson & Clark, 1984). La atención autofocalizada hace más saliente la experiencia interna y puede estar implicada en la detección incrementada de sensaciones corporales, c) se asocia al neuroticismo la tendencia a hacer atribuciones alarmantes y mantener expectativas pesimistas. La percepción del estado de salud puede verse influida por esta tendencia cognitiva. Es decir, como señalan Kirmayer, Robbins & Paris (1994), aquellos disposicionalmente propensos a preocuparse es más fácil que asuman lo peor ante síntomas y cambios corporales ambiguos y d) las personas altas en AN son más propensas a experimentar estados emocionales negativos y estos vienen acompañados frecuentemente por síntomas físicos diversos que pueden ser construidos erróneamente como evidencias de enfermedad.

Un concepto cercano a la AN o neuroticismo es el de *Ansiedad rasgo* . De hecho, algunos se han referido a ella como una faceta del constructo más general de

AN (Watson & Clark, 1984). Dorfman (1975) llama la atención sobre la elevada frecuencia entre los pacientes hipocondríacos de “largas historias de inseguridad emocional” lo que sugiere que la ansiedad general es un estado emocional característico y Staats (1996/1997) hace referencia a la tendencia general a la ansiedad basada en Repertorios Básicos de Conducta emocional-motivacionales, lingüístico-cognitivos y sensorio-motores, relacionados con experiencias de aprendizaje específicas, como claves para entender la emergencia de los diferentes trastornos de ansiedad. Andrews, Stewart, Morris-Yates, Holt & Henderson (1990) o Benett & Stirling (1998), por su parte, se han referido a una vulnerabilidad general a los problemas de ansiedad. Esta vulnerabilidad general está vinculada especialmente, según estos autores, a experiencias adversas de distinta índole a lo largo de la vida, falta de sentido de capacidad de afrontamiento (autoeficacia percibida) y dificultad para utilizar modos maduros de afrontamiento o solución de problemas que tienen relación con circunstancias tales como la sobre-protección parental. Otros como Barlow (1988) también enfatizan el papel de la experiencia de falta de dominio o control como antecedente significativo en las personas predispuestas al desarrollo de trastornos de ansiedad. Sobre la base de esta vulnerabilidad general habría vulnerabilidades específicas a los distintos problemas emocionales. Presumiblemente, en lo que se refiere ansiedad por el estado de salud, esta vulnerabilidad específica tiene que ver con una sensibilización a la disfunción corporal relacionada con experiencias específicas como las ya comentadas (por ejemplo, enfermedades graves y conducta de enfermedad anormal en la familia).

La ansiedad rasgo denota una proclividad a experimentar ansiedad ante una amplia variedad de situaciones vinculada a la tendencia a hacer valoraciones de amenaza o peligro. La ansiedad rasgo implicaría un sesgo preatencional o atencional hacia los estímulos amenazantes junto a una tendencia a sobreestimar el valor de amenaza de esos estímulos (Mogg & Bradley, 1998; Wells & Mathews, 1996; Mathews & Mackintosh, 1998). Esta tendencia se ha relacionado directamente, además de con la predisposición al desarrollo de trastornos de ansiedad, con otros aspectos estrechamente relacionados con la ansiedad por la salud como es la “sensibilidad a la ansiedad” (Lilienfeld, Turner & Jacob, 1993). En concreto, Lilienfeld et al (1993) elaboran un modelo jerárquico en el que la sensibilidad a la ansiedad se incluiría dentro de la ansiedad rasgo que a su vez estaría incluida dentro de la AN general. Este modelo jerárquico, como señalan los autores, implica que la sensibilidad a la ansiedad contiene

varianza específica directamente relacionada con fenómenos clínicos particulares (por ejemplo, el trastorno de pánico) pero no con otros (por ejemplo, trastorno de ansiedad generalizada) que también se asocian a niveles elevados de ansiedad rasgo y AN. El modelo jerárquico de Lilienfeld et al (1993) se reproduce a continuación:



Un estudio reciente de Cameron, Leventhal y Love (1998) pone de manifiesto la asociación entre ansiedad rasgo y sensibilidad hacia los síntomas, tendencia a preocuparse por ellos y conductas autoprotectivas. Un grupo de 140 mujeres que habían padecido cáncer de mama participaron en un ensayo con una medicación quimio protectora que induce cambios hormonales y síntomas relacionados (oleadas de calor, enrojecimiento facial e irritación vaginal) o con placebo. Al mismo tiempo se formaron dos grupos en base al nivel de ansiedad rasgo evaluada con la subescala de ansiedad general de la escala “Multiple Affect Adjective Check List” de Zuckerman y Lubin. Había, pues, cuatro condiciones principales: alta ansiedad rasgo-medicación quimio protectora, alta ansiedad rasgo-placebo, baja ansiedad rasgo-medicación quimio protectora y baja ansiedad rasgo-placebo. Los datos indicaron que las mujeres con alta ansiedad manifestaban una sensibilidad incrementada hacia los síntomas inducidos por la medicación en comparación con las mujeres con baja ansiedad rasgo, tendían a informar de más síntomas no relacionados con la medicación, expresaban un aumento de las preocupaciones por el cáncer y este aumento de las preocupaciones era más notorio entre aquellas del grupo de medicación. La vigilancia corporal se evaluó a través del informe de prácticas de autoexploración de mamas. La ansiedad rasgo se asociaba a una mayor propensión a implicarse en esta práctica. Por otra parte, las mujeres que informaban de mayores incrementos en la autoexploración eran aquellas con ansiedad alta y que estaban recibiendo la medicación inductora de síntomas. La principal conclusión que extraen de estos resultados los autores es que “la ansiedad rasgo está asociada a una sensibilidad aumentada hacia los síntomas, tendencias a atribuir los síntomas a amenazas a la salud, preocupación aumentada por la enfermedad y un mayor ímpetu a implicarse en conductas protectivas en respuesta a los síntomas”. Especulan que la ansiedad rasgo ejerce influencia sobre las manifestaciones aludidas a través de una mayor accesibilidad de las representaciones de enfermedad en estas mujeres lo que daría lugar a un estilo perceptivo vigilante de síntomas que los haría más notorios. Esta mayor notoriedad de los síntomas, a su vez, tendría influencia en las atribuciones de enfermedad, las rumiaciones acerca de la misma y las conductas relacionadas (autocomprobación corporal).

Aunque la ansiedad rasgo se asocia a una percepción e información de síntomas incrementada, como indican este y otros estudios, de ello no se puede inferir una mayor reactividad psicofisiológica o una mayor adecuación de la percepción somática. Por

ejemplo, en un estudio de Steptoe & Vogelle (1992) se midieron distintos parámetros fisiológicos (tasa cardíaca, presión sanguínea, sudoración de las manos y pauta respiratoria) en un grupo de sujetos sanos que fueron divididos en “altos” y “bajos” en ansiedad rasgo según su puntuación en la parte rasgo del inventario de ansiedad de Spielberger (STAI). La medición de los parámetros fisiológicos se llevó a cabo mientras los sujetos completaban una serie de tareas experimentales. Los resultados indicaron ausencia de diferencias entre las medias de ambos grupos en las medidas objetivas de los parámetros fisiológicos y en la adecuación de la percepción de los mismos. Así pues, los sujetos con alta ansiedad rasgo ni tuvieron una mayor reactividad fisiológica ni fueron más precisos en la percepción corporal. Por el contrario, si hubo diferencias significativas en la percepción informada de uno de los parámetros evaluados: la pauta respiratoria. Los sujetos altos en ansiedad rasgo valoraban su respiración como más dificultosa durante las tareas que los bajos en ansiedad rasgo.

La ansiedad rasgo se asocia a tendencia a la preocupación y a la sobreestimación de la facilidad de ocurrencia de sucesos negativos. Se ha señalado que las personas con esta tendencia tendrían más facilidad en dar explicaciones de por qué estos sucesos negativos les pueden ocurrir a ellos y más dificultad en dar explicaciones de porque no. Muchas sensaciones físicas son ambiguas y por tanto fácilmente influidas, al no tener interpretaciones inequívocas, por marcos de referencia o esquemas personales. Las interpretaciones de los síntomas pueden ser normalizadoras, lo que significa que son atribuidos a causas benignas y transitorias tales como haber realizado un esfuerzo o haber dormido mal, o por el contrario los síntomas pueden dar lugar a atribuciones patologizadoras (Robbins & Kirmayer, 1991). Sensky, McLeod & Rigby (1996) compararon a 14 sujetos que iban con frecuencia elevada al médico con otros tantos cuya frecuencia de consultas era normal. De un modo consistente con las expectativas se encontró que los primeros era más fácil que hicieran atribuciones patologizadoras de los síntomas y se preocuparan por ellos y menos fácil que hicieran atribuciones normalizadoras. En segundo lugar, se encontró también que dado un síntoma con una atribución patológica, los sujetos del primer grupo tenían más dificultad en encontrar razones de porque la atribución podría ser incorrecta y menos dificultad en hallar razones en apoyo de la interpretación patologizadora.

Además de la AN general y la ansiedad rasgo, otras características de personalidad se han valorado como influyentes en el desarrollo de la hipocondría o de las preocupaciones hipocondríacas en general. Se ha hablado previamente acerca de la relación entre *rasgos obsesivos* de la personalidad e hipocondría. Se comentaba entonces el planteamiento de Starcevic (1990) que considera que los rasgos obsesivos, en cuanto reflejan la necesidad de control ante la percepción de uno mismo como vulnerable, pueden ser indicativos de un riesgo incrementado a la hipocondría en presencia de determinados acontecimientos estresantes, especialmente los que tienen que ver con la enfermedad y la muerte. También Ford (cit. De León, Saiz Ruiz, Chinchilla & Morales, 1987) identifica dos estilos cognitivos característicos de los pacientes somatizadores: a) un estilo histriónico que es típico de los pacientes con trastorno por somatización, trastornos facticios y a veces simulación y b) un estilo obsesivo propio de pacientes hipocondríacos y algunos pacientes con dolor psicógeno.

La relación entre rasgos obsesivos y tendencias hipocondríacas se pone de manifiesto en el estudio de Ferguson (1998) entre estudiantes (n=120) a los que se les administró medidas de hipocondría (WI), de informe de síntomas somáticos y la “Escala de Deseo de Control” (Desire for Control Scale). En concreto de esta escala se analizaron las relaciones de dos de sus sub-escalas: 1) una sub-escala que valora la evitación de la dependencia (es decir, puntuaciones altas indican deseo de no apoyarse en otros y lucha por la autonomía) y 2) la segunda sub-escala indicaría la búsqueda de atención y apoyo así como la tendencia a confiar en otras personas a la hora de tomar decisiones. Tras controlar la covariación entre preocupaciones por la salud e informe de síntomas corporales y conforme a lo predicho, los resultados del análisis de regresión indicaron que la primera de las sub-escalas era un predictor significativo de preocupaciones hipocondríacas, es decir, aquellos con puntuaciones más elevadas en preocupación hipocondríaca “tendían a desear situaciones donde pudieran actuar sin tener que apoyarse en otros y en las que pudieran afirmar su independencia”, mientras que la segunda lo era de informe de molestias corporales, es decir estas se asociarían a la tendencia a desear que sean otros los que tomen las decisiones, lo que los autores consideran puede reflejar la naturaleza auto-obstaculizadora de la información de síntomas estudiada por otros (Jones y Berglas, 1978; Smith, Snyder & Perkins, 1983) y que se puede describir del siguiente modo: “el uso del informe de síntomas para que otros tomen las decisiones aleja la responsabilidad por los errores del informador de

síntomas”. En lo que se refiere a la ansiedad por la salud, los autores plantean dos posibilidades: 1) que la propia ansiedad por la salud aliente el deseo de expresar y demostrar independencia y 2) “el deseo de ser independiente y evitar tener que apoyarse en otros puede significar que el individuo trabaje duro sin pedir ayuda. Esto recuerda el patron de conducta tipo A y como tal estos sujetos estarían más expuestos a enfermedades relacionadas con el estrés. Esto a su vez puede llevar a ansiedades y preocupaciones hipocondríacas incrementadas”.

Otra característica que se ha relacionado con el desarrollo de tendencias hipocondríacas es el *locus de control*. El locus de control se refiere a la percepción de controlabilidad de los acontecimientos. Se pueden distinguir entre locus de control interno y locus de control externo. Por el primero se entiende la tendencia a verse como capaz de controlar los sucesos y por el segundo a percibirlos como independientes de las propias acciones. El modelo de Barlow (1988) de los trastornos de ansiedad resalta como nuclear en la experiencia de ansiedad o “aprensión ansiosa” el sentido de falta de control e impredecibilidad sobre acontecimientos perturbadores que se temen. Señala, por otra parte, que esta percepción de falta de control no está claro si es causa o consecuencia de la propia ansiedad pero parece haber indicaciones de que las atribuciones acerca de la capacidad de control tienen un origen histórico conectado con la experiencia previa de dominio y control (o de ausencia del mismo) sobre el ambiente. Tal planteamiento es semejante al de Andrews, Stewart, Morris-Yates, Holt & Henderson (1990). Estos autores consideran que la dependencia excesiva, resultado de la sobreprotección parental puede predisponer a la conducta fóbica al limitar la oportunidad de acumular experiencias relacionadas con el control.

En lo que se refiere a la percepción de la salud una orientación externa implica considerar que poco se puede hacer para prevenir o controlar la enfermedad. Los temores y preocupaciones por la salud y la elevada conciencia somática de los hipocondríacos harían esperable que se implicaran activamente en prácticas saludables con el fin de reducir su riesgo, no obstante, hay estudios que indican que esto no es así. Por ejemplo, Kellner, Abbot, Winslow et al (1987) informan que la única escala de la EAE (Escala de Actitudes ante la Enfermedad) en la que no hay diferencias entre hipocondríacos y controles es en la que evalúa hábitos de salud. El que las personas especialmente preocupadas por la salud no se impliquen más en prácticas saludables

puede verse influido por la consideración de que estas no tienen repercusiones significativas sobre la salud. Es decir, que se vea la propia conducta como independiente del estado de salud actual o futuro. Ello es consistente con el modelo de creencias de salud y la teoría de la acción razonada de Rosentock (1974) y Ajzen & Fishbein (1980) respectivamente (cit. Katz, Meyer & Waltz, 1995). En ambos modelos se asume que la gente toma decisiones racionales acerca de su conducta de salud basadas en la estimación de vulnerabilidad personal, la severidad percibida de la amenaza a la salud y los beneficios esperados de la conducta en la reducción de la amenaza. El trabajo de Lin & Paterson (1990) sobre estilos explicativos pesimistas o el de Lau (1982) sobre el locus de control respecto a la salud encuentran que aquellos con actitudes hipocondríacas tienden a considerarse como con menos control ante las amenazas a la salud. Ello se traduce en una menor confianza en lo que se puede hacer para reducir el riesgo a la enfermedad. En el trabajo de Lin & Paterson (1990) se encuentra también que los estilos explicativos pesimistas correlacionan positivamente con el número de veces que la persona informa de haber estado enferma en el pasado año y negativamente con la percepción de la salud como excelente. Además correlacionan negativamente con los intentos activos de aliviar los síntomas. Jones, Mabe & Riley (1989) encuentran que en pacientes con distintos problemas médicos de una unidad de medicina general, aquellos con puntuaciones elevadas en la medida de actitudes hipocondríacas empleada (Whiteley Index) utilizan predominantemente estrategias pasivas de enfrentamiento ante la enfermedad como la vigilancia y preocupación obsesiva con los síntomas y la restricción de actividades. Flor, Birbaumer & Turk (1990) indican que en los problemas de dolor crónico puede jugar un papel significativo el uso de estrategias de “coping” pasivas (por ejemplo, inactividad). Tales estrategias influirían según los autores a través del aumento de la focalización y preocupación corporal aumentando la probabilidad de interpretación errónea de los síntomas. Por otra parte, en un trastorno cercano a la hipocondría como es el trastorno de pánico se ha señalado que los pacientes utilizan métodos de enfrentamiento a los síntomas más pasivos que otros pacientes (Vitaliano, Katon, Russo, Maiuro, Anderson & Jones, 1987; Benjamin, 1988; Katerndahl, 1999), lo que puede reflejar la falta de confianza aludida. Este mismo hecho es señalado por Ehlers (1993) quien cita un trabajo previo en el que encuentra que los sujetos con trastorno de pánico piensan que su salud depende más del azar y de otros (médicos) que de las propias actitudes y conductas de salud que en el caso de los sujetos control. También pensaban que podían

influir en menor grado sobre sus funciones corporales. Tales hallazgos, aunque se pueden interpretar como consecuencias de la experiencia inesperada de ataques de pánico también podrían entenderse como factores implicados en la predisposición o en el mantenimiento del problema.

7) Estilo somático amplificador o Amplificación Somatosensorial (AS)

La AS se caracteriza por la hipervigilancia o foco atencional aumentado a la sensación somática, una tendencia a seleccionar y atender a sensaciones corporales relativamente débiles e infrecuentes y una disposición a responder a las mismas con cogniciones y afecto que las hacen más perturbadoras e intensas. A pesar de ser definida de este modo amplio por Barsky y colaboradores (1988, 1990, 1992), la realidad es que en los estudios acerca de la amplificación somatosensorial se utiliza una escala (Escala de Amplificación Somatosensorial) en la que no se incluyen items acerca del componente cognitivo. Los items se refieren exclusivamente a la tendencia experimentar sensaciones corporales y reaccionar a las mismas con malestar (por ejemplo, “soy muy consciente de los cambios en mi temperatura corporal” o “soy frecuentemente consciente de las cosas que ocurren en mi cuerpo”). Por otra parte, si se hubieran incluido items “cognitivos” la correlación de esta escala con medidas de hipocondría podría derivarse de la varianza compartida.

Las sensaciones corporales que pueden ser amplificadas van desde sensaciones fisiológicas normales como la hipotensión corporal o cambios en la tasa cardiaca, pasando por concomitantes somáticos y viscerales del afecto intenso o los síntomas de enfermedades menores y autolimitadas hasta los síntomas de enfermedades graves. Esta sensibilidad incrementada puede ser, por una parte, transitoria y relacionarse con estados actuales en los que influyen las propias cogniciones acerca de las sensaciones, el estado emocional, el contexto situacional (por ejemplo, es más fácil experimentar síntomas en contextos carentes de estímulos que bulliciosos o en un contexto de examen médico) o la atención centrada en el cuerpo. Por otra parte, la AS puede mantenerse establemente siendo mejor considerada como un rasgo. En este caso, los autores aluden al posible papel de las experiencias de aprendizaje así como de factores biológicos constitucionales (es decir, se entendería como una sensibilidad incrementada del sistema nervioso central a la sensación somática). Cabe considerar, como hacen Gramling,

Clawson & McDonald (1996), que, independientemente de que la sensibilidad y reactividad incrementada sea una disposición biológica en la que el aprendizaje no interviene o por el contrario esté basada en experiencias de aprendizaje (modelado, condicionamiento clásico, condicionamiento operante), tal sensibilidad puede ser un factor importante en la adquisición y mantenimiento de actitudes hipocondríacas.

La AS constituiría el extremo de un continuo en el que en el otro extremo se sitúan aquellos pacientes que apenas experimentan síntomas a pesar de la presencia de enfermedad. Por ejemplo, los pacientes con isquemia coronaria silenciosa.

Varios estudios en los que se utilizó la Escala de Amplificación Somatosensorial y medidas de actitudes hipocondríacas encuentran asociaciones significativas entre ambos tipos de medida. Por ejemplo, Barsky & Wyshak (1990) informan de una correlación de 0,56 entre rasgos hipocondríacos y AS y también que la AS junto a la intensidad de la sintomatología hipocondríaca son los únicos predictores significativos en un seguimiento de 2 años del mantenimiento de sintomatología hipocondríaca. De un modo coherente con este hallazgo, Salkovskis (1988) incluye los problemas hipocondríacos entre aquellos problemas psicológicos con presentación somática en los que las perturbaciones se derivan en gran medida de la percepción de síntomas y la sensibilidad o reacción excesiva a sensaciones corporales normales

Otros estudios indican que los rasgos hipocondríacos se asocian a un umbral más bajo de detección de las sensaciones físicas y a una tolerancia reducida al dolor inducido experimentalmente (Bianchi, 1971), a una mayor capacidad de detección de cambios estimulares (Hamback & Revelle, 1978, cit. Kellner, 1986, pag. 86), a una mejor discriminación de determinados parámetros fisiológicos, por ejemplo la tasa cardiaca (Tyrer, Lee & Alexander, 1980) o a una más alta conciencia corporal (Miller, Murphy & Buss, 1981).

Pauli, Schwenzer, Brody, Rau & Birbaumer (1993) al igual que Bianchi encuentran que las personas altas en una medida de hipocondría tenían umbrales para el dolor más bajos. Sin embargo este umbral más bajo correlacionaba solo con algunas de las dimensiones de la hipocondría evaluada con la Escala de Actitudes ante la Enfermedad (EAE) de Kellner como “preocupación con el dolor”, “preocupación con la

enfermedad”, “experiencia con el tratamiento” y “fobia a la enfermedad”. Grambling, Clawson & McDonald (1996), por otra parte, encuentran que sujetos con puntuaciones elevadas en la EAE, además de informar de más síntomas y percepción de dolor en una tarea experimental consistente en la inmersión de una mano en agua fría (cold pressor task) también manifestaban mayor reactividad fisiológica objetiva (tasa cardiaca y temperatura de la mano) tanto durante la tarea como durante el periodo de recuperación y Bradley, Richter, Scarinci, Haile & Shan (1992) que los pacientes con dolor pectoral de origen no cardíaco responden más rápidamente con dolor a la distensión de un globo esofágico que los sujetos de comparación.

Barsky & Wyshak (1990) consideran central en la comprensión del origen de la hipocondría la sensibilidad incrementada a las sensaciones corporales. La percepción de las sensaciones como más intensas y perturbadoras favorecería las atribuciones patológicas de las mismas y otras consecuencias características del síndrome hipocondríaco que tienden a perpetuarlo. Por ejemplo, la experiencia de sensaciones puede conducir a una atención incrementada sobre las mismas que al hacerse más notables alientan atribuciones de enfermedad o la ansiedad que se deriva de las interpretaciones dar lugar a nuevos cambios fisiológicos que son atendidos con creciente aprensión. También señalan el posible rol de la AS en condiciones con síntomas somáticos funcionales tales como el síndrome de colon irritable o el síndrome de fatiga crónica. Considera que en estas condiciones cambios físicos que para personas sin el trastorno pasarían desapercibidas o no generarían malestar significativo en las personas “hipersensitivas” darían lugar a un marcado malestar, búsqueda de alivio a través de la atención médica y a un probable diagnóstico de este tipo. Es decir, el mismo funcionamiento fisiológico tendría consecuencias muy variables según el perceptor.

Por otra parte, la definición amplia del concepto de AS, que incluye un componente cognitivo de significados dados a la experiencia física (“tendencia a valorar las sensaciones somáticas y viscerales como anormales, patológicas y sintomáticas de enfermedad más que percibir las como normales” Barsky, 1992), es similar al de *Sensibilidad a la Ansiedad* que antes se discutió a propósito del trastorno de pánico. En la definición de ambas se hace referencia a actitudes disfuncionales acerca de los síntomas corporales. De un modo circunscrito a los síntomas de la ansiedad en el caso del concepto de sensibilidad a la ansiedad y de un modo general en el de la AS. Tales

actitudes disfuncionales, en el caso de la hipocondría como en el del pánico, pudieron adquirirse a través de experiencias diversas como las comentadas previamente y pueden influir en la actualidad de un modo similar, es decir, provocando alarma ante las sensaciones corporales.

Otro concepto relacionado al de AS es el de “*conciencia corporal*”. Barsky & Wyshak (1990) encuentran una correlación elevada entre AS y tendencia a la introspección y grado de autoconciencia corporal. Miller, Murphy & Buss (1981) separan lo que llaman conciencia corporal privada y la conciencia corporal pública. La primera se refiere al grado en que se atiende a los aspectos privados y la segunda a la conciencia de los aspectos públicos o sociales de uno mismo. Algunos de los items de la medida de conciencia corporal privada son: “Soy sensible a las sensaciones corporales internas”, “Sé inmediatamente cuando mi boca o garganta se secan” o “Puedo sentir frecuentemente mi corazón palpar”. Los items son evaluados en una escala tipo Likert de 5 puntos (desde “nada característico de mí” a “extremadamente característico de mí”). Estos autores informan que los sujetos con puntuaciones altas en una medida de esta tendencia son más sensibles a los cambios fisiológicos inducidos (cafeína), presentan más ansiedad e interpretan más negativamente su estado corporal que los que tienen puntuaciones bajas. Por otra parte, estas medidas de conciencia corporal son estables en el tiempo. Otros (Vervaeke, Bouman y Valmaggia, 1999) informan que la atención auto-focalizada, evaluada a través de la escala de conciencia corporal, es predictiva de ansiedad por la salud en una muestra no clínica y Ehlers (1995) informa que en el mantenimiento de ataques de pánico en pacientes tratados, así como la recurrencia de nuevos ataques en aquellos en los que habían remitido o en los que los ataques eran infrecuentes influye entre otros factores las diferencias en la conciencia o interocepción cardíaca. La mayor conciencia cardíaca predijo la recurrencia de ataques de pánico.

A pesar de las relaciones observadas en los estudios citados, es posible que esta sensibilidad general aumentada tenga relación más que con las actitudes hipocondríacas per se, con la ansiedad o el arousal autonómico aumentado. Es decir, serían la ansiedad o arousal fisiológico, asociado a las preocupaciones hipocondríacas, los responsables de las diferencias en el mayor informe de síntomas de estos sujetos. Por ejemplo, Brownlee, Leventhal & Balaban (1992) encuentran apoyo a la hipótesis de que las

diferencias individuales en medidas que reflejan hipervigilancia y preocupación por las sensaciones corporales y la tendencia a interpretar estas sensaciones de manera alarmante se relaciona con la magnitud de la respuesta autonómica ante estímulos específicos de enfermedad. La respuesta incrementada era más sostenida en estos sujetos, siendo más lenta, por otra parte, la vuelta a la línea base de la respuesta cardiaca durante la imaginación de escenas de enfermedades amenazantes presentadas auditivamente.

La supuesta mayor sensibilidad a la estimulación corporal de los hipocondríacos no siempre se ha encontrado. Por ejemplo Haenen, Schmidt, Schoemakers & Van der Hout (1997) informan que los pacientes con hipocondría no eran significativamente más precisos en valoraciones que implicaban la sensibilidad táctil a pesar de que como es la norma puntuaran más alto en una medida de sensibilidad autoinformada (escala de amplificación somatosensorial de Barsky) y Barsky, Cleary, Sarnie & Ruskin (1994) en un estudio con pacientes con palpitaciones encuentran que aquellos con sintomatología de pánico (historia de trastorno de pánico, trastorno de pánico actual o que informaban de haber experimentado episodios de pánico en los últimos seis meses) tenían puntuaciones más altas en medidas de autoinforme de actitudes hipocondríacas que los pacientes con palpitaciones sin pánico. De interés aquí es el hecho que los primeros pese a informar de una mayor conciencia subjetiva de su funcionamiento cardiaco no eran más fiables en la interocepción cuando se valoraba con una medida objetiva (Holter). Steptoe y Noll (1997) no encuentran una mejor discriminación de la percepción de la tasa cardiaca y otros parámetros fisiológicos asociados a respuestas emocionales entre personas con puntuaciones altas en una escala de hipocondría (Escala de Actitudes ante la Enfermedad de Kellner) en comparación con aquellos con puntuaciones normales y Barsky, Brener, Coyeteaux & Cleary (1995) tampoco encontraron que los hipocondríacos fueran más precisos en la estimación de la tasa cardiaca que los no hipocondríacos..

En resumen, aunque el auto-informe de sensibilidad incrementada a los estados corporales que se señala en algunos estudios podría ser un factor de predisposición a las actitudes hipocondríacas también puede ser una consecuencia de ellas, en la medida que estas llevan a una percepción selectiva e hipervigilancia ansiosa del funcionamiento corporal. No se puede decidir si las actitudes hipocondríacas influyen en la

introspectividad y conciencia corporal auto-informada o si son una consecuencia. Por otra parte, cuando se evalúa con medidas objetivas la interocepción no siempre se encuentra mayor sensibilidad entre los sujetos con rasgos hipocondríacos.

8) creencias relacionadas con la salud-enfermedad.

Creencias tales como “dolor es sinónimo de enfermedad”, “siempre hay que encontrar alguna explicación a los síntomas”, “es posible saber con absoluta certeza que no se está enfermo” , “los médicos cometen con mucha frecuencia errores en el diagnóstico con consecuencias fatales”, “si los medicamentos no eliminan las molestias ello significa que estoy gravemente enfermo”, “Si no voy al médico tan pronto como note algo raro puede ser demasiado tarde”, “Si el médico pide que me hagan pruebas quiere decir que cree que estoy gravemente enfermo”, “En mi familia somos especialmente propensos al cáncer”, “desde niño tengo el corazón delicado” o creencias que implican una sobreestimación de la prevalencia o de la facilidad de transmisión de determinadas enfermedades graves son comunes entre sujetos propensos a reaccionar con ansiedad notable por la salud ante circunstancias relacionadas con la enfermedad (por ejemplo, leer sobre una nueva enfermedad o experimentar síntomas ambiguos). Tales creencias, que son resultado de ejemplos difundidos por los medios de comunicación, de la experiencia personal propia o de influencias familiares, pueden contribuir a la representación de los síntomas y sensaciones somáticas como indicios de una enfermedad amenazante. Schmidt (1994) hace referencia a una actitud sobreprotectora en los pacientes hipocondríacos caracterizada por creencias tales como “cuando te sientes mal se debe ir inmediatamente al médico”, “todo el mundo debe ser examinado por el médico regularmente”, “es incomprensible como la gente puede estar tan tranquila con la salud”. También Barsky, Coyetax, Sarnie & Cleary (1993) en un estudio con pacientes hipocondríacos encuentra que estos en comparación con pacientes no hipocondríacos tienden a considerar menos síntomas como compatibles con un buen estado de salud. Es decir, la tendencia a normalizar los síntomas (considerarlos como compatibles con buena salud) estaba inversamente relacionada con la preocupación corporal y creencias de enfermedad. Sensky, McLeod & Rigby (1996) han encontrado que los pacientes hiperutilizadores de servicios de salud (y probablemente con más rasgos hipocondríacos) muestran una mayor dificultad en hallar explicaciones normalizadoras para sus síntomas que aquellos que no los usan excesivamente.

Cabe señalar aquí el concepto avanzado por Rachman (1993) de “Fusión Pensamiento-Acción” para referirse a la creencia de que los pensamientos pueden influir en los sucesos o son casi equivalentes a acciones. Sería algo equivalente al pensamiento mágico. Tal concepto, que tiene relevancia en los problemas obsesivo-compulsivos en la medida que favorece la generación de ansiedad significativa ante pensamientos intrusivos indeseados, puede ser también importante en la hipocondría. Si la persona considera que pensar acerca de la enfermedad (por ejemplo, cáncer) aumenta el riesgo a padecerla o contraerla es predecible que intente evitar toda ideación relativa a este tema e intente suprimir o neutralizar los pensamientos intrusivos acerca de la enfermedad. Estas conductas (evitación, neutralización, supresión) pueden estar implicadas en el mantenimiento del problema. En un estudio de Wells & Hackmann (1993) con 10 pacientes con trastorno hipocondríaco que acudían a terapia cognitiva encontraron que las creencias mágicas o supersticiosas acerca de posibles orígenes de la enfermedad grave y modos de protección de la misma estaban presentes en todos los sujetos. Mencionan el paralelismo existente entre los problemas obsesivo compulsivos en los que los pacientes mantienen característicamente creencias de este tipo y los pacientes hipocondríacos del estudio.

Las creencias acerca de la vulnerabilidad a la enfermedad grave (del mismo modo que otras creencias o actitudes) más que estructuras cognitivas estables parecen ser influidas por el contexto situacional. Ilustra este hecho el estudio de Rothman & Schwarz (1998) en el que a los sujetos se les pidió que hicieran estimaciones del grado de riesgo personal de padecer en el futuro una enfermedad cardíaca. Se emplearon varias condiciones experimentales: 1) citar 3 u 8 factores incrementadores del riesgo, 2) citar 3 u 8 factores reductores del riesgo, 3) citar factores de un modo auto-referente, es decir, en cuanto a aumentadores o reductores del riesgo para uno mismo, 4) citar los factores tomando como referencia un hombre normal. Por último, se tuvo en consideración la historia familiar de enfermedad cardíaca en la medida que es este un factor que aumenta el grado de auto-relevancia de la enfermedad. Algunos de los resultados de este complejo diseño factorial indicaron que aquellos sujetos con historia familiar de enfermedad cardíaca valoraban su vulnerabilidad personal como significativamente más alta en general. Además, al contrario de lo que ocurría con los sujetos sin historia familiar que hacían estimaciones más bajas de probabilidad de

desarrollar la enfermedad cuando se les solicitaba que citaran 8 factores de riesgo en comparación de cuando la tarea era citar 3 factores de riesgo, el patrón de resultados en el otro grupo (historia de enfermedad cardíaca en la familia) se invertía, aumentando significativamente el riesgo percibido cuando la tarea consistía en nombrar 8 factores de aumento del riesgo. Los autores basan la interpretación de estos resultados en el modo de procesamiento cognitivo empleado por unos y otros sujetos en función de la relevancia personal percibida de la tarea. Así en los sujetos en los que este tema no tenía una relevancia especial el modo de procesamiento sería de tipo heurístico, es decir, basado en la facilidad subjetiva de la tarea, de modo que una tarea experimentada como más fácil, como es el caso de nombrar solamente 3 factores de riesgo, tendría un impacto mayor sobre los juicios de riesgo. Por el contrario, para aquellos que este tema sí es relevante personalmente, el modo de procesamiento es sistemático o basado en la accesibilidad de la información más que en la facilidad de la tarea. Este procesamiento implica una mayor elaboración de la información a la que se accede de manera que cuando el número de factores de riesgo a los que se accede es mayor, también lo es el juicio de riesgo. Cabe señalar que el procesamiento cognitivo más elaborado solo era empleado por estos sujetos cuando la tarea implicaba estimaciones de riesgo personal no riesgo general para un hombre medio. Lo que ponen de manifiesto los resultados de este estudio es que la vulnerabilidad percibida a la enfermedad, más que una creencia estable que se puede modificar por las nuevas informaciones que se adquieren, constituye una valoración en la que influye de una manera notable los tipos de situación a los que se enfrenta la persona. Se puede plantear la hipótesis de que los hipocóndricos con altas valoraciones de riesgo personal a la enfermedad se impliquen en un modo de procesamiento elaborativo acerca de su riesgo personal con relativa facilidad ante circunstancias diversas (por ejemplo, informaciones médicas o síntomas corporales). Ello tendría el efecto de aumentar el grado de probabilidad subjetiva de la enfermedad temida.

Resumen

Son diversos los factores influyentes en la predisposición a experimentar notable ansiedad por la salud. A lo largo de este apartado de ha aludido a influencias biológicas de tipo constitucional (por ejemplo, reactividad fisiológica o umbral para el dolor) o derivadas de determinadas experiencias (por ejemplo, abusos). Otros factores tendrían

que ver con experiencias relacionadas con la enfermedad y la muerte (enfermedades graves y muertes entre allegados, experiencia de enfermedad propia) o el aprendizaje en la familia (a través del refuerzo positivo y negativo y del modelado fundamentalmente) de pautas de conducta de enfermedad anormal. También se ha destacado el posible papel predisponente de características de personalidad tales como la Afectividad negativa y la ansiedad rasgo.

Es muy probable que el modo de influencia en la predisposición a la ansiedad por la salud de los distintos factores mencionados sea variable. Por ejemplo, las influencias biológicas probablemente tengan más relación con la tendencia a experimentar molestias físicas que en la preocupación somática per se, siendo la influencia sobre esta indirecta (experimentar molestias corporales frecuentes favorecería el desarrollo de temores relacionados). Del mismo modo, la experiencia de malestar emocional habitual más que un factor específico es mejor entendido como factor general de predisposición a los problemas emocionales entre los que se incluye la ansiedad por la salud. Otras influencias razonablemente tendrían un papel más directo y específico. Por ejemplo, las experiencias de enfermedades en uno mismo o en allegados.

Aunque se han discutido por separado, es obvia la relación entre las distintas influencias. Dos ejemplos claros de tal solapamiento son los siguientes: 1) las actitudes y creencias acerca de la salud-enfermedad se derivan de acontecimientos y circunstancias particulares a lo largo de la vida relacionadas con este tema y 2) la sensibilidad a los síntomas/sensaciones corporales (amplificación somatosensorial, conciencia corporal) puede ser potenciada por la experiencia emocional negativa (afectividad negativa o neuroticismo).

Finalmente, la conceptualización de algunos de los factores no es inequívoca. Por ejemplo, en relación con la afectividad negativa, se ha entendido tanto como un rasgo general de personalidad con un origen genético (Watson, 1998) como una tendencia a responder con emocionalidad negativa a una amplia variedad de estímulos que se relaciona con historias personales de condicionamiento particulares (Staats, 1996/1997).

b) Factores desencadenantes:

1) **La experiencia de enfermedad**

Incluso las enfermedades de gravedad menor incrementan las valoraciones de vulnerabilidad percibida a las enfermedades graves, aunque sea de forma transitoria. Tal efecto puede tener que ver con la modificación del optimismo no realista típicamente mostrado por las personas respecto a los riesgos de salud (Kulik & Mahler, 1987). Weinstein (1984) aporta evidencias de la existencia de este sesgo optimista en la valoración de la susceptibilidad a las enfermedades. Tal sesgo se deriva fundamentalmente de la tendencia a considerar la propia conducta y características psicológicas en un sentido de reducción del riesgo a la enfermedad más que de aumento. Es decir, en general hay una tendencia a verse en posiciones ventajosas con respecto a los otros en lo que se refiere a riesgos basados en la conducta y por lo tanto susceptibles de control. Tal sesgo no se produce en cuanto a otros factores de riesgo como la herencia o factores ambientales. Estos últimos tienden a verse de una manera más balanceada. El propósito del estudio de Kulik y Mahler (1987) fue determinar el efecto de una enfermedad aguda sobre el optimismo no realista y sobre el grado de control percibido de enfermedades (como la úlcera de estómago, infarto coronario, cáncer de pulmón y otros tipos de cáncer) y otros sucesos negativos (como divorcio, suicidio, accidente de circulación o ser víctima de un atraco) en el futuro. Una muestra de 43 sujetos con algún problema de salud menor se comparó en estos juicios a una muestra de 67 sujetos sanos. Los resultados indicaron que las estimaciones de riesgo eran comparativamente mayores en el grupo con algún problema de salud en lo que se refería a las enfermedades pero no en cuanto a los otros sucesos negativos. Los sujetos enfermos se consideraban significativamente más vulnerables a las enfermedades graves y las veían como menos prevenibles que los sujetos del grupo de comparación. La explicación que ofrecen los autores de este cambio en la percepción de riesgo se fundamenta en lo ya apuntado por Weinstein (1984) acerca de la tendencia a verse en menos riesgo como derivada de la estimación sesgada de los factores personales de riesgo (reductores más que aumentadores). El que los sujetos enfermos valoraran su riesgo como mayor al de los sanos se produciría según esta explicación porque las personas enfermas se hacen más conscientes de las propias limitaciones para prevenir la enfermedad padecida. Esta mayor conciencia puede generalizarse a otros problemas de salud llevando a un aumento general de la percepción de riesgo.

Las consecuencias comentadas de la enfermedad no suponen, obviamente, un problema para la mayoría de las personas: la enfermedad simplemente recuerda que hay límites en el control que ilusoriamente se tiende a sobreestimar en condiciones de salud. Hay un grupo de pacientes cuya reacción a la enfermedad es de preocupaciones y temores sustanciales. La reacción de la mayoría de estos pacientes está limitada en el tiempo correspondiéndose al concepto de hipocondría transitoria de Barsky et al (1990, 1991, 1993) al que ya se ha aludido. Se comentaban entonces las características de estos pacientes con reacciones hipocondríacas al diagnóstico de alguna enfermedad que los diferenciaban de las personas que no reaccionaban con tal intensidad y de aquellos con hipocondría clínica. Por ejemplo estos sujetos habían padecido más problemas psicológicos a lo largo de su vida, manifestaban una mayor amplificación de las sensaciones corporales y había indicaciones de problemas de personalidad en mayor medida que en los pacientes sin esta reacción. En el caso de la hipocondría clínica, no circunscrita a un período relativamente breve, la experiencia de enfermedad puede ser el principal acontecimiento desencadenante o puede suponer una oportunidad de reactivación o exacerbación de los temores y sospechas de enfermedad grave. En todo caso, la comparación de pacientes con hipocondría y sin hipocondría en cuanto a morbilidad médica no revela diferencias en el número de diagnósticos médicos mayores (por ejemplo, cáncer o infarto de miocardio), moderados (por ejemplo, asma o hepatitis) y menores (por ejemplo, faringitis) (Barsky, Wyshak, Latham & Klerman, 1991).

2) La enfermedad grave de familiares y allegados

Un estudio de Epstein, Lin, Audrain, Stefanek, Rimer & Lerman (1997) entre mujeres que tenían al menos un familiar de primer grado con cáncer de mama encuentra que un 8% de estas mujeres practicaban autoexploración de mamas al menos una vez al día y que el 32% llevaban a cabo esta práctica con más frecuencia de lo recomendado (1 vez al mes). La autoexploración excesiva refleja muy probablemente el grado de preocupación experimentado y en este sentido era más común que estas mujeres se percibieran con mucho mayor riesgo y su ánimo se viera afectado por estos pensamientos. Además, las que pensaban en esta enfermedad frecuentemente o la mayor parte del tiempo era cinco veces más fácil que se implicaran excesivamente en esta conducta. Lamentablemente, en este estudio no hubo un grupo de comparación de

mujeres sin familiares de primer grado con cáncer de mama ya que el objetivo era explorar algunos de los factores que podían influir en el excesivo autoexamen entre las mujeres que tenían al menos algún familiar de primer grado con esta enfermedad. No obstante, la frecuencia de autoexploración excesiva entre estas mujeres dado lo elevado de la misma es probablemente mayor que en la población general. En este sentido, un estudio de Lerman et al (1993, cit. McCaul, Brandstetter, McDonell, Jacobson & Quinlan, 1998) indica una tendencia a la preocupación exagerada entre las mujeres con familiares de primer grado con esta enfermedad. Un 30% de estas mujeres informaban que las preocupaciones llegaban a interferir en su funcionamiento diario. McCaul et al (1998), por su parte, encuentran que las mujeres con historia familiar de cáncer de mama era significativamente más fácil que las mujeres sin tal historia que experimentaran pensamientos intrusivos acerca de la enfermedad y que el impacto emocional de tales pensamientos fuera mayor. Además, mientras que en el grupo de mujeres sin familiares con cáncer se observó un declinar en la frecuencia de los pensamientos, en el otro grupo la frecuencia se mantuvo inmodificada a lo largo del periodo de seguimiento.

Stern y Pascala (1979, cit. Turkat, 1982) informan que el 26% de las esposas de pacientes post-infarto de miocardio manifiestan síntomas similares a los de sus maridos (vértigo, dificultad respiratoria, dolor pectoral) a pesar de la ausencia de patología.

Finalmente, 4 de los 14 sujetos de la muestra de fóbicos a la enfermedad del estudio de Noyes, Wessner & Fisher (1992) señalaban la enfermedad grave de un familiar como acontecimiento desencadenante de la fobia.

3) muerte de un ser querido

La pérdida de un ser querido se relaciona con frecuencia con síntomas similares a los que precedieron a la pérdida y preocupaciones acerca de sufrir la misma enfermedad (Kenyon, 1976). Esta constatación se corresponde a observaciones clínicas habituales. El siguiente ejemplo sirve para ilustrarlo:

Se trata de una mujer de 60 años que recientemente perdió a su marido. La paciente explica que el día de su muerte poco después de acostarse este comenzó a quejarse de un fuerte dolor en el pecho,

falleciendo al poco de comenzar los síntomas de una parada cardíaca. Poco después de su muerte la paciente comienza a experimentar frecuentes dolores en el pecho especialmente cuando se siente más abrumada por su pesar y le comienza a preocupar la idea de estar enferma del corazón y sufrir un infarto ella también. En varias ocasiones ha de ir al médico y los reaseguramientos y la normalidad de las pruebas realizadas solo la tranquilizan parcialmente. Posteriormente, comienza a quejarse de un dolor en los brazos similar al que el marido frecuentemente experimentaba y que ella entiende era una señal de sus problemas coronarios...

Además de observaciones anecdóticas hay estudios que indican la frecuencia incrementada de molestias físicas médicamente inexplicadas y preocupaciones por las mismas entre personas que han sufrido la pérdida reciente de un ser querido. Kellner (1986, pag. 94) recoge algunas de estas investigaciones: En la investigación de Hill y Blendis (1967) con 31 pacientes con dolor abdominal sin causa orgánica demostrable 9 habían comenzado a experimentar el dolor coincidiendo con la muerte de uno de sus padres. En 5 de estos pacientes el padre también había sufrido de dolor abdominal antes de su muerte. Otro estudio citado es el de Burns y Howell (1969) en el que 31 pacientes con dificultades respiratorias desproporcionadas para los hallazgos médicos fueron comparados con otros 31 pacientes con la misma queja en los que sí había una alteración detectable en las pruebas pulmonares. Se encontró que había un número significativamente mayor de pacientes del primer grupo que habían sufrido en el transcurso de los últimos tres años la pérdida de un familiar de primer grado. En el estudio de Burns y Nichols (1972) con pacientes deprimidos, estos autores encuentran que 13 de los 33 pacientes deprimidos con síntomas pectorales de origen funcional habían sido testigos de la muerte de un esposo, familiar o amigo íntimo con gran impacto emocional. Solo 1 de los pacientes deprimidos sin dolor pectoral había tenido esta experiencia. Ryle (1948) informa que de 31 pacientes con fobia al cáncer a los que atendía, en el caso de 12 habían sufrido la pérdida de algún allegado a causa de esta enfermedad o habían tenido el conocimiento “íntimo” de uno o más casos. Finalmente, Bowlby (1980/1983, pag. 180) hace referencia al estudio de Parkes (1972) en el que se informa que “de once pacientes que examinó y que estaban internados en el hospital psiquiátrico a causa de síntomas hipocondríacos o histéricos que se habían manifestados a los 6 meses del luctuoso suceso, cuatro presentaban dolores semejantes a los de la trombosis coronaria, uno experimentaba un dolor parecido al del cáncer pulmonar, uno un dolor que debía asemejarse, según pensaba, al padecido por un hijo muerto en un accidente automovilístico, tres mostraban los efectos de un ataque y había un caso de

vómitos reiterados. En todos los casos, los síntomas habían aparecido después de la muerte de algún deudo íntimo, muerte producida por la enfermedad cuyos síntomas eran simulados por los del paciente”.

Horowitz (1988, pag. 62) señala que “si un ser querido cae enfermo y muere no es infrecuente que el sobreviviente tema morir de la misma manera en algún momento del periodo de duelo. La creencia en un destino idéntico está basada en esquemas ‘nosotros’, donde el self está unido a otros en una afiliación compartida. Esto sucede no solo en familias y grupos de compañeros sino como una tendencia social de los seres humanos, especialmente cuando se sienten amenazados. En un nivel patológico se puede experimentar un sentido irracional de estar fundido a la víctima”.

De un modo semejante, Raphael (1984, pag. 24) indica que “Todos los significados de la muerte personales e internalizados se evocarán por la muerte de un ser querido. Todas las vulnerabilidades personales asociadas con la muerte serán activadas por su cercanía al self”

Finalmente, en los duelos patológicos se ha señalado (Horowitz, 1993) que es habitual la experiencia de síntomas corporales que se mantienen prolongadamente y que tienen relación con la respuesta emocional a la pérdida. Las molestias persistentes pueden estar en la base del desarrollo de preocupaciones significativas por la salud.

4) Enfermedad grave o muerte de personas que comparten características significativas

Aunque no hay estudios controlados al respecto este es otro posible desencadenante de preocupaciones por la salud según señalan Mechanic, Cleary & Greensley (1982). Un ejemplo de este modo de inicio es ilustrado a continuación:

La paciente tiene 45 años, no tiene antecedentes psicopatológicos de interés. Unicamente destacan rasgos de perfeccionismo y tendencia a la preocupación por circunstancias diversas como características de personalidad más notables. Hacía tres años había fallecido su madre de cáncer de estómago. La paciente acompañó a su madre a quien se encontraba muy vinculada durante los 6 meses entre el diagnóstico y su fallecimiento. Tras este su reacción de pesar fue normal aparentemente. A los tres años recibe la noticia de que una conocida de su misma profesión, de su misma edad y con un único

hijo, también de la misma edad que el único hijo de ella, está gravemente enferma de cáncer. A partir de ese momento comienza a experimentar una intensa ansiedad acerca de sufrir ella cáncer, a experimentar síntomas interpretados catastróficamente y a acudir a distintos médicos con sus sospechas obteniendo tranquilizaciones solamente transitorias acerca de su estado de salud.

Esta influencia también se hace patente en el siguiente caso:

Se trata de una mujer de 36 años remitida a la Unidad de Salud Mental por un trastorno de pánico y Agorafobia. La paciente informa de temores a las enfermedades graves, especialmente el cáncer y con más intensidad desde que hace alrededor de 7 años enfermó de cáncer (leucemia), falleciendo al poco tiempo un amigo de su misma edad y que como ella experimentaba frecuentes estados de ansiedad por los que tomaba tratamiento ansiolítico. La paciente expresa al respecto “él también tenía crisis de ansiedad y después se deprimía como me pasa a mí”.

Bond (1953, citado por Bowlby, 1980/1983, pag. 180) al referirse a las reacciones de los pilotos de combate ante la muerte en acción de un camarada señala que en algunos casos el piloto se convencía que correría la misma suerte: “el piloto considera ahora sus vuelos desde un punto de vista totalmente diferente. El ya no es más el joven y feliz aviador a punto de obtener una gran victoria para su país, sino que simplemente es un joven que va a morir exactamente en la misma forma en que murió un amigo”.

En la base de las reacciones a la muerte o enfermedad grave de un ser querido o de otras personas que comparten características importantes con el sujeto probablemente jueguen un papel, la perturbación emocional que siga a la pérdida significativa y procesos de identificación y de comparación social.

5) **estrés**

El estrés psicológico se puede definir siguiendo a Lazarus y Folkman (1984/1986) como “una transacción particular entre el individuo y el entorno que es evaluado como amenazante o desbordante de sus recursos y que pone en peligro su bienestar”.

Una respuesta habitual al estrés es el aumento de síntomas físicos (Fink, 1992; Whitehead, 1994; Frost, Morgenthau, Riessman & Whalen, 1986) y el posible aumento

de preocupaciones por la salud seguramente tiene que ver con este hecho así como con los estados emocionales negativos inducidos. Por ejemplo, Mechanic, Cleary & Greensley (1982) plantean que el estrés alienta la búsqueda de atención médica al promover atribuciones erróneas de los síntomas que induce. No obstante, otros no han encontrado confirmación a esta hipótesis (Cameron, Leventhal & Leventhal, 1995). Ante estresores recientes no hay un incremento de las consultas médicas y, por lo general, la persona atribuye correctamente, los síntomas ambíguos experimentados al aumento de la tensión emocional. Cuando los estresores son crónicos, hay un aumento de las consultas médicas en el caso de continuar los síntomas ambíguos. Ello según Cameron et al (1995) indica que ante la falta de eficacia percibida de los esfuerzos de enfrentarse al distrés emocional y síntomas físicos relacionados el sujeto opta por buscar atención médica. La petición de consulta no supone que la persona emocionalmente afectada haga atribuciones erróneas acerca del significado de los síntomas (aunque ello, sin duda, se puede dar), sino que refleja la constatación de la necesidad de atención médica.

Pilowski (1970) considera que la hipocondría primaria puede entenderse como una reacción neurótica al estrés “en la que la preocupación con la enfermedad y la asunción del rol de enfermo representan una variedad de procesos defensivos utilizados para afrontar el estrés”. Kellner (1983) encuentra correlaciones entre acontecimientos vitales estresantes y medidas de depresión, ansiedad, síntomas somáticos funcionales e hipocondría. Este y otros estudios indican que el estrés puede favorecer el inicio del trastorno o tener un efecto sobre la tendencia a preocuparse por la salud. En todo caso, las asociaciones encontradas, indica el autor, han sido sistemáticamente bajas. En trastornos cercanos como es el caso del trastorno de pánico, sin embargo, regularmente se encuentra que la primera crisis de ansiedad viene precedida de estrés general incrementado (Barlow, 1988) o que el mantenimiento o exacerbación del problema es influido por la ocurrencia de eventos vitales estresantes (Lteif & Mavissakalian, 1995).

Algunos autores han considerado las actividades repetitivas y estereotipadas (por ejemplo, acicalamiento o rituales de construcción) observadas en animales expuestos a situaciones de conflicto o estrés como análogos de las compulsiones de personas con trastorno obsesivo compulsivo (TOC) (Marks, 1987/1991). En la hipocondría clínica como en el TOC se dan característicamente conductas de esta clase tal como la

comprobación corporal repetida. Estas conductas podrían ser influenciadas por la experiencia de estrés significativo. No obstante, no deja de ser una hipótesis y, por otra parte, aunque como se ha discutido previamente TOC e hipocondría comparten rasgos clínicos y probablemente también mecanismos psicopatológicos, ambos tipos de problemas no son equiparables.

Cabe señalar finalmente que los informes de experiencias estresantes pueden ser influenciados por una tendencia general a experimentar insatisfacción y a hacer valoraciones negativas. Es decir, esta tendencia, característica de personas altas en Afectividad Negativa, puede influir en los informes incrementados de experiencias estresantes de modo que la correlación entre estrés y otras medidas de salud tales como presencia de síntomas somáticos, preocupaciones por los mismos o la búsqueda de atención médica sea inflada por ello. Cameron, Leventhal & Leventhal (1995) aluden a este hecho del siguiente modo: “los niveles más bajos de autoestima, satisfacción vital y estado de salud percibido entre los sujetos que informan de estresores nuevos o prolongados respecto a los sujetos que informan de ausencia de estresores llamaría la atención a una variable de personalidad tal como el neuroticismo que puede promover tanto la percepción de estrés y afectar las interpretaciones de los síntomas”.

6) informaciones acerca de la enfermedad

Mechanic (1972) menciona las reacciones hipocondríacas entre estudiantes de medicina expuestos masivamente a información acerca de las enfermedades. Kellner, Wiggins & Pathak (1986) citan otros estudios en los que análogamente se encuentra que los estudiantes de medicina muestran más temores acerca de las enfermedades que estudiantes de otras carreras, no obstante en el propio estudio de Kellner no se apreciaron diferencias entre los 60 sujetos que componían la muestra de estudiantes de medicina y una muestra de 60 estudiantes de derecho. Las puntuaciones en las medidas de hipocondría utilizadas reflejaba, en general, la ausencia de preocupaciones hipocondríacas sustanciales. En un estudio reciente de Howes & Salkovskis (1998) no se encuentra tampoco que los estudiantes de medicina presenten mayor ansiedad por la salud que los estudiantes de otras carreras y que no estudiantes.

Marks (1987/1991, pag.115) señala que a principios de siglo hubo una campaña de información pública acerca de la tuberculosis que condujo a que muchas personas consultaran al médico inquietadas por la enfermedad. En la actualidad se ha señalado el aumento en el número de personas que temen o sospechan que padecen SIDA en este momento en que la enfermedad tiene una enorme difusión a través de las campañas preventivas (Lewin & Williams, 1988; Mahorney & Cavernar, 1988; Segal, 1988; Warwick, 1989). Salter (1972) incluye entre los factores influyentes en la “neurosis cardiaca” o cardiofobia, además de los ejemplos cercanos de enfermedad cardiaca, la conciencia de que estos problemas son comunes y la publicidad amplia que reciben. más recientemente, McEvedy & Basquille (1997) informan de dos casos de hipocondría relacionada con la sospecha de padecer la enfermedad de Creutzfeldt-Jakob (“enfermedad de las vacas locas”).

Pennebaker (1982), finalmente, plantea que la persona que experimenta síntomas somáticos relacionados con arousal emocional es más fácil que haga atribuciones patológicas de los mismos en vez de atribuciones emocionales u otras cuando accede a informaciones de enfermedades (por ejemplo, escuchar alguna noticia relativa a este tema o tras visitar a un amigo enfermo).

7) estados emocionales negativos

“Aunque los trastornos somatoformes se relacionan con el cuerpo, no es tanto el cuerpo tal y como es descrito en los manuales de anatomía o fisiología, sino el cuerpo tal y como es experimentado por el individuo o cuerpo subjetivo, fenoménico, sobre el que los pacientes, como en una pantalla, proyectan sus emociones y su distrés” (Ono & Janca, 1999)

-Hipocondría y perturbación emocional

Los estados de ansiedad y depresivos se han asociado sistemáticamente a la hipocondría, las actitudes hipocondríacas en general y los procesos de somatización, de la misma manera que a otras psicopatologías como los trastornos alimentarios (Mineka, Watson & Clark, 1998). Barsky (1998) cita estudios que indican que hasta tres cuartos de los pacientes atendidos en contextos médicos generales que cumplen los criterios diagnósticos para algún trastorno de ansiedad o depresivo se presentan inicialmente al

médico con molestias físicas. Junto a las molestias no es infrecuente que haya preocupaciones acerca de su significado.

La asociación trastorno emocional-preocupaciones hipocondríacas se hace especialmente notoria cuando se contemplan las conceptualizaciones, ya comentadas, que mantienen diversos autores acerca de los síntomas hipocondríacos como acompañantes de otras psicopatologías especialmente de tipo afectivo. En general, numerosos estudios encuentran asociaciones entre medidas de hipocondría y medidas de ansiedad y depresión (Kellner, Abbott, Winslow & Pathakl, 1989; Kellner, Hernández & Pathak, 1992; Fava et al, 1982; Martínez Narvaez & Belloch, 1993; Fdez Martínez & Fdez Rodriguez, 1998; Hollifield, Tuttle, Paine & Kellner, 1999b).

En formas circunscritas de hipocondría como la cardiofobia se ha señalado una alta frecuencia de psicopatología asociada. Eifert, Hodson, Tracey, Seville & Gunawardane (1996) informa que el 65% de pacientes con ansiedad focalizada en el funcionamiento cardiaco tienen al menos un trastorno del eje I del DSM-III-R. 40% cumplían los criterios diagnósticos para trastorno de pánico, 20% para depresión mayor o distimia y 15% para trastorno de ansiedad generalizada e hipocondría general.

En un estudio de seguimiento, Barsky, Cleary, Sarnie & Ruskin (1993) encuentran que hasta tres cuartos de los pacientes que habían reaccionado con síntomas hipocondríacos de intensidad suficiente para justificar el diagnóstico de hipocondría (con excepción del criterio temporal de 6 meses de duración) habían sufrido durante el seguimiento algún otro trastorno del eje I. Además, la sintomatología hipocondríaca aunque, en general, había disminuído con el tiempo continuaba siendo sustancial.

También Barsky, Wyshak & Klerman (1992) informa de una frecuencia de trastorno de ansiedad generalizada del 24,1% y de depresión mayor del 35% cuando se consideraban diagnósticos presentes en la actualidad en una muestra de 60 pacientes que cumplían los criterios diagnósticos DSM-III-R para hipocondría. Cuando se consideraban diagnósticos presentes en algún momento de la vida pero no en la actualidad los porcentajes fueron de 47% para depresión mayor frente a 21% en la muestra de comparación, 73% frente a 29% para Trastorno de Ansiedad Generalizada y 40% frente a 13% para trastorno distímico.

En el estudio de Gureje, Ustun & Simon (1997) se encontró que el 21,5% de los pacientes de atención primaria con síntomas hipocondríacos también cumplían los criterios diagnósticos de Trastorno de Ansiedad Generalizada en comparación con el 7,5% de los pacientes del grupo control (compuesto de pacientes de atención primaria sin rasgos hipocondríacos significativos). El porcentaje de problemas depresivos también difería sustancialmente: 36,9% vs 9,8%. Además, el 57,4% de los pacientes del grupo de hipocondríacos eran identificados por los médicos como casos psiquiátricos frente al 23,3% de los del grupo de comparación.

Garyfallos, Adamopoulou, Karastergiou et al (1999) informan que la prevalencia “lifetime” de trastornos de ansiedad o depresivos en los 23 pacientes hipocondríacos de la muestra fue muy similar para ambos diagnósticos, situándose alrededor del 52%.

En el estudio de Mabe, Hobson, Jones y Jarvis (1988) con una muestra de 100 pacientes ingresados las variables de malestar emocional eran moderadamente altas en la predicción de actitudes hipocondríacas, explicando un 34% de la varianza.

En otra investigación se encontró que aquellos con puntuaciones más altas en una medida de malestar emocional (derivada del GHQ de Godberg) también se valoraban a sí mismos como más vulnerables a sufrir infecciones víricas y más indefensos frente a las mismas (Cope, David & Mann, 1994).

Bridges, Goldberg, Evans y Sharpe (1991) no encuentran diferencias significativas en el grado de actitudes hipocondríacas (medidas con el Whiteley Index de Pilowsky) entre pacientes con trastornos psicológicos con presentación propiamente psicológica o presentación somática. Ambos grupos de pacientes tenían puntuaciones significativamente más altas que los pacientes sin trastorno psicológico.

Cabe señalar también el hallazgo de Kirmayer, Robbins, Dworkind & Yaffe (1993) acerca de la influencia de la presencia de preocupaciones significativas por la salud en el reconocimiento por parte de médicos de atención primaria de síndromes emocionales. La presencia de hipocondría, en comparación con otras presentaciones somáticas de malestar emocional, incrementaba el reconocimiento 2,2 veces

inicialmente y hasta 3,2 veces a lo largo de los 12 meses de la presentación del paciente con las molestias. Además los pacientes con puntuaciones más altas en una escala de preocupaciones por la enfermedad e historia de síntomas somáticos inexplicados eran aquellos con mayor perturbación emocional reconocida por el médico.

Los estados emocionales negativos no solo parecen influir sobre la experiencia de síntomas y las actitudes respecto a ellos. Hay pruebas también de que afectan al grado de incapacidad producido por problemas de salud. Por ejemplo Salaffi et al (1991, cit. Sobel, 1995) informan que entre pacientes con osteoartritis de rodilla, con el mismo grado de daño anatómico evidenciado por los estudios radiológicos, había diferencias sustanciales en el grado de incapacidad y dolor informados. El mejor predictor de ello era el nivel de sintomatología de ansiedad y depresiva. Walker, Gelfand & Gelfand (1996, cit. Katon & Walker, 1998) demuestran que entre pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal, aquellos con un trastorno de ansiedad o depresivo comórbido (criterios DSM-IV) tienen más síntomas gastrointestinales y no gastrointestinales que aquellos con la misma enfermedad sin trastorno psiquiátrico. Entre ambos grupos no había diferencias objetivas en la severidad de la enfermedad intestinal.

-Hipocondría y estados depresivos

Ya en el siglo pasado Jolly y Hitzig (cit. Dorfman, 1975) hicieron referencia al estado emocional disfórico del paciente hipocondríaco y Lewis en 1934 (cit. Kellner, 1986, pag. 24) informó que el 41% de una muestra de 61 pacientes deprimidos tenían preocupaciones hipocondríacas. En concreto Lewis describió a estos pacientes así: “todos ellos estaban exageradamente preocupados acerca de cambios en sus cuerpos; algunos temían que pudiera darse tal cambio, otros estaban seguros de él...la cuestión central era que (la preocupación) era claramente mórbida y centrada sobre el cuerpo”. Kurt Schneider (cit. López Ibor, 1977) señala que entre los pacientes con depresión con ideación delirante, los temas de tal ideación tienen relación con tres temores básicos: la transgresión de normas (delirios de culpa), la penuria o falta de recursos (delirios de ruína) y la pérdida de la salud (delirios hipocondríacos). Como señala López Ibor, estos temores reflejarían el ansia de seguridad en las esferas de la moral, de la subsistencia en el mundo y de la salud.

Diversos estudios ilustran la relación entre depresión y síntomas somáticos funcionales y temores hipocondríacos (Katon, Kleinman & Rosen, 1982, Lipowski, 1990). Por ejemplo, Barsky, Wyshak & Klerman (1986) informan que una medida de depresión (BDI: Beck Depression Inventory) es un predictor significativo de las puntuaciones en una medida de actitudes hipocondríacas (Whiteley Index), explicando el 33% de la varianza. Jacobs et al (1968, cit. Noyes, Kathol, Fisher, Phillips, Suelzer & Holt, 1994) encuentran que dos tercios de los pacientes hipocondríacos puntuaban en el rango de depresión en la escala de depresión de Zung. La revisión de Taylor & Brown (1988) pone de manifiesto la influencia del estado de ánimo general, los problemas depresivos y la baja autoestima sobre la percepción de riesgo. La principal conclusión es que este tipo de problemas reduce el sesgo optimista a considerar más improbables para uno mismo la ocurrencia futura de acontecimientos negativos. más específicamente, varios estudios han demostrado la influencia del estado de ánimo en la percepción del estado de salud. Por ejemplo Croyle & Uretsky (1987) encuentran que la inducción de ánimo negativo se asocia a una peor valoración del estado de salud actual. Salovey & Birnbaum (1989) llevaron a cabo una serie de estudios experimentales acerca de la influencia del estado de ánimo sobre la percepción de síntomas y cogniciones relativas a la salud. En uno de estos estudios se indujo un estado de ánimo negativo a estudiantes universitarios que pasaban por un problema de salud menor (resfriado común). Los resultados indicaron que esta inducción influía en el número de síntomas informados y el grado de malestar experimentado por los mismos. En otro de los estudios la inducción de ánimo negativo en sujetos sin problemas de salud daba lugar a una reducción en el sesgo optimista respecto a los riesgos graves para la salud. Sánchez Vallejo, Rubio, Paez & Blanco (1998) encuentran en una muestra de 137 estudiantes que el afecto negativo se asocia a una estimación aumentada de la probabilidad de sufrir diversas enfermedades en el futuro así como otros acontecimientos negativos. Finalmente, un estudio reciente de Murphy, Dickens, Creed & Bernstein (1999) indica que en pacientes con artritis reumatoide, aquellos con síntomas depresivos significativos (puntuación de más de 10 en la escala de depresión del Hospital Anxiety and Depression Scale) veían como más graves las consecuencias de su enfermedad y consideraban que tenían menos control sobre la misma que los que no informaban de sintomatología depresiva o que era de menor intensidad. Los dos grupos de comparación eran similares en variables como edad y sexo, tiempo desde el inicio de la artritis y la mayoría de las medidas de enfermedad.

Weinstein (1984) argumenta acerca del modo en que el ánimo negativo influye sobre las preocupaciones por la salud: la percepción sesgada acerca de los riesgos (minimización) a padecer una enfermedad grave en el futuro que se derivan de la propia conducta y características personales puede estar al servicio del mantenimiento de la autoestima. Señala este autor que llevar una vida de riesgo elevado puede significar ignorancia o escasa capacidad de autocontrol. Ambas posibilidades son socialmente indeseables y el reconocimiento abierto de ello puede suponer una amenaza a la autovaloración. La motivación a proteger la autoestima está disminuída en personas deprimidas y ello se traduce en juicios más balanceados acerca del riesgo basado en la conducta. Este punto también ha sido destacado por Avia (1993, pag. 92) quien escribe “Para funcionar adecuada y eficazmente parecen necesarias ciertas ilusiones cognitivas que amortiguen las innumerables amenazas que pueden dañar nuestra integridad física y psíquica. Así, uno parte de la idea de que tiene menos riesgo que otros de estar en el futuro seriamente enfermo (es irracionalmente optimista), pero si se pone triste o preocupado, este sesgo hacia lo positivo desaparece, a la vez que se empiezan a percibir signos internos que pueden indicar que quizá lo físico tampoco funcione bien. Este proceso parece equivalente a los diferentes sesgos que se dan en condiciones de normalidad y depresión”.

Por otra parte, hay datos que indican que el ánimo negativo se asocia a una mayor accesibilidad e inaceptabilidad de intrusiones cognitivas indeseadas (Reynolds & Salkovskis, 1992). Los pensamientos intrusivos relativos a amenazas a la salud o sospechas de enfermedad pueden, por tanto, verse favorecidos, al igual que otros pensamientos indeseados, por un estado de ánimo disfórico (Rachman & De Silva, 1978) y llevar a intentos de supresión de los mismos dado su carácter perturbador. Al mismo tiempo, los intentos de supresión (“luchar” contra los pensamientos) se asocian a un incremento paradójico de los mismos (por ej. Wegner, Shortt, Blake & Page, 1990; Wegner, Carter, White, & Schneider, 1987) que favorece la continuidad o exacerbación del ánimo disfórico.

-Hipocondría y problemas de ansiedad

Diversos estudios documentan la relación entre actitudes hipocondríacas y trastornos de ansiedad (especialmente trastorno de pánico) (Starcevic, Kellner, Uhlenhuth & Pathak, 1992; Starcevic, Fallon, Uhlenhuth & Pathak, 1994; Noyes, Kathol, Fisher, Phillips, Suelzer & Woodman, 1994; Bach, Nutzinger & Hartl, 1996, Benedetti, Perugi, Toni, Simonetti, Mata & Cassano, 1997, Schmidt y Telch, 1997, Furer, Walker, Chartier & Stein, 1997, Barsky, Barnett & Cleary, 1994).

Kellner, Hernández & Pathak (1992) encontraron que las medidas de ansiedad y síntomas somáticos eran predictivas de medidas de fobia a la enfermedad y creencias de enfermedad. La medida de depresión no era un predictor significativo. Estos resultados sugieren, según los autores, que la asociación depresión-hipocondría que se ha señalado repetidamente en la literatura sobre el tema puede tener relación con la tendencia a la covariación de depresión y ansiedad más que a una asociación independiente de la depresión y las manifestaciones hipocondríacas.

Hsu & Folstein (1997) consideran que la experiencia de síntomas puede conducir a una “cascada” de atención selectiva sobre los mismos, amplificación y atribuciones de enfermedad grave cuando surge la perturbación emocional. Citan en apoyo de esta visión el estudio de Jacob et al (1996) quienes encuentran que a igual grado de disfunción vestibular, los pacientes con trastorno de pánico tendían a focalizarse y alarmarse ante síntomas como sensación de mareo o vértigo (provocados por la disfunción vestibular) mientras que los sujetos sin trastorno de pánico no. Además, señalan que aquellos con trastorno de pánico que respondían al tratamiento psicofarmacológico instaurado aunque seguían experimentando los síntomas vestibulares dejaban de sentirse alarmados por ellos. Del mismo modo, Noyes, Reich, Clancy & O’Gorman (1986) y Wesner & Noyes (1991) informan de reducción de la ansiedad por la salud con el tratamiento del trastorno de pánico. Fava, Kellner, Zielezny & Grandi (1988), sin embargo encuentran que el tratamiento del trastorno de pánico no se acompaña de una reducción en las puntuaciones en las subescalas de preocupación acerca de la enfermedad y de preocupación corporal de la Escala de Actitudes ante la enfermedad de Kellner.

Sobre el modo que la ansiedad influye sobre las preocupaciones por la salud, Marks (1987/1991, pag. 115), haciéndose eco de un estudio de Mechanic (1962), señala

el papel de la ansiedad generalizada y el malestar emocional general en la conducta de enfermedad en el sentido de reducción del umbral de inquietud que mueve a la persona a buscar atención médica. Hay estudios que sugieren que el nivel de ansiedad general influye en la percepción de probabilidad de ocurrencia de sucesos negativos tanto para los relacionados con el origen de la ansiedad como para sucesos en principio no relacionados (Butler & Mathews, 1983, 1986; Lucock & Salkovskis, 1988, cit. Warwick & Salkovskis, 1990). Hay también evidencia experimental de un sesgo en los procesos atencionales vinculado a los estados de ansiedad. En las personas con alto nivel de ansiedad habría una orientación hacia la detección de amenazas (Mogg, Mathews & Weinman, 1989; Mathews & McKintosh, 1998). En este sentido, Mathews & McKintosh (1998) señalan que las personas con problemas de ansiedad “tienen su atención capturada por indicios y significados relacionados con amenazas”. Por otra parte, los estados de ansiedad favorecen la emergencia de intrusiones cognitivas negativas (por ejemplo relativas a amenazas para la salud) y el ánimo depresivo, que frecuentemente co-existe, puede ampliar el rango de estímulos (por ejemplo, síntomas somáticos) que provocan intrusiones así como el rango de intrusiones que dan lugar a pensamientos automáticos negativos y el nivel de actividad del esquema disfuncional preexistente (por ejemplo, relativo a la vulnerabilidad física) (Reynolds y Salkovskis, 1992). Asimismo, el arousal emocional puede tener un impacto no solo sobre la valoración de los síntomas físicos sino también sobre la capacidad percibida de control y de evitación de la amenaza (Esterling & Leventhal, 1989).

-Conclusiones

Mabe, Hobson, Jones & Jarvis (1988) han señalado que “el distrés emocional puede precipitar actitudes hipocondríacas a través de la producción de cambios fisiológicos que son construidos equivocadamente como evidencia de enfermedad. Además, el distrés emocional puede llevar a intolerancia al disconfort y preocupaciones con síntomas previamente ignorados. Las personas afectadas emocionalmente se ha encontrado que tienen más dificultad en enfrentarse a los síntomas y los perciben como más amenazantes”.

La conclusión más importante que se puede extraer acerca de la relación estado emocional-hipocondría es que la aprensión ansiosa e hipervigilancia propia de la

persona que experimenta ansiedad o el sesgo cognitivo negativo característico de la persona deprimida influyen en la percepción de la salud del mismo modo que influye en otras percepciones (Kellner, 1986). De un modo general, Williams, Stiles & Shapiro (1999), basándose en el trabajo de Tversky & Kaneman (1982), señalan que la perturbación emocional está implicada en la facilidad con la que la persona hace juicios acerca de consecuencias futuras negativas o imagina escenarios negativos futuros (heurístico de simulación). La misma facilidad de generación imaginada de consecuencias negativas inducida emocionalmente hace que la ocurrencia de las mismas sea juzgada como más plausible (heurístico de disponibilidad), lo que, a su vez, tendría una repercusión negativa sobre el estado emocional.

Desde esta perspectiva, las preocupaciones por la salud (facilidad para imaginar “escenarios” de enfermedad y juicios inflados acerca de la probabilidad de ocurrencia asociados) se derivarían de la perturbación emocional. La atenuación de esta se asociaría, por tanto, a una disminución de aquellas. También, desde esta misma perspectiva, se pueden concebir las actitudes hipocondríacas como fenómenos tipo rasgo caracterizados por creencias y actitudes estables acerca de la enfermedad que se refuerzan y exacerban por la experiencia de ansiedad y depresión (Demopoulos, Fava, McLean, Alpert, Nierenberg & Rosenbaum, 1996).

Una cuestión importante que puede explicar en parte porqué unas personas ante los síntomas físicos provocados por la perturbación emocional reaccionan con preocupación acerca de los mismos o no, más allá de las tendencias cognitivas relacionadas con estos estados (interpretaciones alarmistas o pesimismo), es la capacidad de reconocimiento de la persona del malestar emocional como relacionado con los síntomas. En otras palabras, la adhesión a un modelo estrictamente somático de los síntomas físicos, en contraste con el reconocimiento de la participación emocional, favorece el desarrollo de preocupaciones hipocondríacas (Katon, Kleinman & Rosen, 1982). En este mismo sentido Tyrer (1973) indica que el fracaso en reconocer el componente psicológico de los estados emocionales está implicado en la somatización e hipocondría. Por otra parte, puede ser en ocasiones difícil relacionar los estado emocionales con las condiciones de la vida, y esta dificultad estar en la base de las preocupaciones del paciente. Este aspecto ha sido señalado por Staats (1996/1997) quien escribe: “Los estímulos que determinan la continuidad de los estados emocionales

tienden a ser generales, de clases omnipresentes (como una situación de trabajo negativa). Estos estímulos tienden también a ser menos explícitos debido al número total, de manera que el individuo frecuentemente no puede ser consciente de cuales son. Debido a que los estímulos causativos son desconocidos, al individuo le puede quedar una experiencia emocional que no puede explicarse, que puede llevar a una interpretación de que hay procesos mentales inconscientes, que los estados emocionales son inexplicables o que son debidos a algún *problema personal (biológico)*”.

Como es obvio, además de la influencia del estado emocional sobre las actitudes hipocondríacas, la relación en sentido contrario también se pueden dar (la percepción de riesgo o de enfermedad conducir a ansiedad o la indefensión y desesperanza en relación con las sospechas o temores de enfermedad a un estado de disforia). La covariación de ambas dimensiones podría reflejar, por otra parte, una manifestación general de distrés propia de sujetos altos en afectividad negativa o neuroticismo.

Kellner (1985) resume los hallazgos de los estudios que han abordado esta cuestión indicando que “sugieren (los hallazgos) una relación compleja entre ansiedad, depresión, síntomas somáticos, dolor, temor a la enfermedad y creencia falsa de enfermedad. Cualquiera de estos rasgos puede estar completamente ausente, puede jugar solo un papel pequeño y pasajero o puede dominar el cuadro clínico. El orden de importancia y el interjuego de estos fenómenos varía de persona a persona y parece variar con el paso del tiempo en la misma persona”.

Resumen

Se revisan en este apartado estudios acerca de factores relacionados con la emergencia de ansiedad por el estado de salud o con su intensificación en personas con actitudes hipocondríacas previas. En concreto, se comentan estudios que indican el papel de la propia experiencia de enfermedad como inductor de un cambio en la percepción (o esquema) de uno mismo. Es decir, la confrontación a la enfermedad obligaría a la revisión de la valoración del riesgo a enfermar que en condiciones normales de salud tiende a ser ilusoriamente optimista. En personas con actitudes hipocondríacas, tales experiencias pueden ser ocasión de fortalecimiento del sentido de inseguridad o en palabras de Starcevic (1988) de “incertidumbre somática”. Otras

circunstancias asociadas se relacionan con las enfermedades graves y/o muertes de seres queridos o de personas que comparten características significativas. Del mismo modo que la enfermedad en uno mismo, acontecimientos como estos desafían el sentimiento de seguridad o protección dando lugar, en ocasiones, a valoraciones más realistas acerca del riesgo pero también pueden conducir a estimaciones infladas acerca de la propia vulnerabilidad o a creencias de enfermedad grave basadas en interpretaciones de sensaciones corporales que en otros momentos no atraerían la atención.

El estrés y los estados emocionales negativos pueden influir indirectamente sobre la preocupación somática al dar lugar a cambios psicofisiológicos interpretables como señales de enfermedades amenazantes. Además, los estados emocionales negativos (especialmente ansiedad y depresión) implican cambios cognitivos que alientan valoraciones de los síntomas en un sentido de amenaza.

Cabe señalar que, como en el caso de los factores de predisposición, la influencia de los factores mencionados puede no ser independiente. Por ejemplo, la enfermedad grave y/o muerte de allegados no solo aumenta la conciencia del riesgo a la enfermedad sino que también puede inducir perturbaciones emocionales que favorecen las interpretaciones alarmantes de los síntomas corporales.

c) Factores de mantenimiento

Un estado de notable ansiedad por la salud puede mantenerse establemente, pese a la ausencia de problemas médicos que la justifiquen y pese a las informaciones repetidas en ese sentido. La ansiedad por la salud llega en ocasiones a ser un problema que puede afectar considerablemente al bienestar personal, jugar un papel importante en el mantenimiento de síntomas somáticos funcionales y conducir a un uso desproporcionado de los servicios de salud.

Varios factores se han implicado en el mantenimiento de las creencias de enfermedad no justificadas y en la ansiedad por la salud en general. Se revisarán ahora los factores de mantenimiento considerados más importantes.

1) experiencia mantenida de síntomas somáticos

“Los hallazgos sugieren que los pacientes con síntomas somáticos persistentes sobreestiman su gravedad, lo que en ocasiones puede inducir una auto-observación incrementada...Estos procesos parecen ser componentes importantes de la psicopatología de la hipocondría” (Kellner, 1986, pag. 101).

Ansiedad por la salud y síntomas somáticos funcionales forman parte de un proceso interactivo en el que se produce una clara influencia recíproca como las palabras de Kellner sugieren. Tanto la ansiedad por la salud es un factor de peso en el mantenimiento o intensificación de síntomas a través de varios mecanismos como los propios síntomas corporales son uno de los principales estímulos que desencadenan episodios de preocupación hipocondríaca. La importancia de la experiencia somática en los problemas de ansiedad por la salud, por tanto, justifica la amplitud de este apartado.

-Dimensionalidad de la experiencia somática

La experiencia de síntomas físicos (por ejemplo, cansancio, cefaleas o dolor de espalda) es un fenómeno habitual (Pennebaker, 1982; Kellner & Sheffield, 1973) generalmente de carácter pasajero, benigno y que no conduce a consultar al médico. Señalan Barsky & Borus (1995) que hay estudios que indican que un adulto sano experimenta algún síntoma somático cada 4-6 días. En determinadas ocasiones, por circunstancias diversas como la prolongación de las molestias, la valoración de las mismas como graves, la presencia de malestar emocional o las indicaciones de allegados, el sujeto decide consultar. En un número significativo de pacientes no se encuentra patología médica en la base de los síntomas (Peveler, 1998). En la mayor parte de estos pacientes las molestias y preocupaciones (de haberlas) son de corta duración y remiten pronto tras la consulta médica, incluso sin ninguna clase de tratamiento. Por ejemplo, Thomas (1974) encuentra que en un 43% de los pacientes de una consulta médica general no se podía establecer un diagnóstico claro. La consulta en este grupo de pacientes consistió en la recogida de los datos más relevantes de la historia clínica, un examen físico, información de que no había ningún problema de salud serio e indicación de que volvieran a la semana si no experimentaban mejoría. Este grupo de pacientes no recibía ningún tratamiento físico efectivo: a la mayoría se les daba un placebo y a unos pocos no se les daba nada. El 71,9% de los pacientes de este grupo no volvió a consultar al menos en el mes que siguió a la consulta. El seguimiento

posterior puso de manifiesto que el 82% de estos pacientes que Thomas clasifica como “Exitosamente no tratados” habían mejorado de los síntomas y 11%, pese a no haberse encontrado mejor, no pidieron nueva consulta lo que, según el autor, indica que la preocupación, de existir, no debía ser grande. Asimismo, Speckens, Van Hemert, Bolk, Rooijmans & Hengeveld, (1996) informan que hasta tres cuartos de una muestra de pacientes con síntomas médicos inexplicados se habían recuperado en el seguimiento alrededor de 15 meses después y la mejoría ocurría pronto tras la consulta en la mayoría de los casos, no obstante, en una minoría continuaban crónicamente. De un modo parecido Kroenke & Jackson (1998) encuentran ,en una muestra de 500 pacientes con molestias físicas diversas, que el 70% mejoraban significativamente en el transcurso de las dos semanas posteriores a la consulta. Esta tasa de mejoría se amplió al 79% cuando se consideró un intervalo temporal mayor (3 meses).

Por otra parte, puede haber diferencias entre sexos en la valoración inicial de los síntomas, en el caso de los pacientes en los que no se halla explicación médica subyacente para los mismos. Por ejemplo, Scicchitano, Lovell, Pearce, Marley & Pilowski (1996) informan de una mayor convicción de enfermedad en el caso de pacientes varones con nuevos síntomas de este tipo en comparación con las mujeres. No obstante, cuando las molestias se mantienen continuadamente, tanto hombres como mujeres somatizadores tienden a estar más focalizados somáticamente y más firmemente convencidos de la presencia de una enfermedad física.

La mejoría experimentada por muchos pacientes tras acudir al servicio de salud, independientemente de recibir tratamiento o no, puede tener que ver, entre otras influencias, con lo que se ha denominado “el impacto del lugar de salud” o “la respuesta a los símbolos de cuidado competente” (Kellner, 1986), con su repercusión en el alivio del malestar emocional y los síntomas físicos acompañantes (Kellner & Sheffield, 1971).

Se podría hablar, por tanto, de un continuo en la experiencia de síntomas físicos que va desde los síntomas leves y transitorios a síntomas crónicos, extremadamente molestos e incapacitantes (Katon, Lin, Von Korff, Russo, Lipscomb & Buss, 1991). Además de los cambios físicos objetivos, en esta variabilidad influyen otros factores como la percepción, los estados emocionales o el contexto psicosocial. El contraste

entre el paciente que acude repetidamente al médico con molestias para las que no se haya explicación y el paciente que tiene un problema de salud serio, que apenas expresa malestar y es reacio a ir al médico pese a la presencia de signos o síntomas que para la mayoría serían alarmantes ilustra la variabilidad señalada. También es ilustrada por Guthrie (1827, cit. Kellner, 1986, pag. 92) del siguiente modo: “En dos personas que sufren aparentemente el mismo tipo de daño, uno se retorcerá con agonía y el otro sonreirá con indiferencia”

-Clasificación de los síntomas somáticos medicamente inexplicados

El tipo de molestias somáticas crónicas y medicamente inexplicadas recorre todo el campo de la Medicina. Deary (1999) da algunos ejemplos de síndromes y síntomas somáticos funcionales en una variedad de especialidades médicas:

Especialidad Médica	Síntoma o Síndrome Inexplicado Medicamente
-Gastroenterología	-Síndrome de colon irritable
-OTL	-Globo faríngeo, disfonía
-Neurología	-Cefalea, mareos
-Enfermedades infecciosas	-Síndromes de fatiga crónica
-Reumatología	-Fibromialgia
-Odontología	-Síndrome de disfunción mandibular
-Cardiología	-Dolor pectoral no-cardíaco, síncope
-Ortopedia	-Dolor de espalda
-Anestesia	-Varios síndromes de dolor

Robbins, Kirmayer & Hemani (1997), por su parte, agrupan la sintomatología medicamente inexplicada en cinco categorías: 1) El síndrome fibromiálgico, 2) el síndrome de fatiga crónica, 3) la depresión somatizada, 4) la ansiedad somatizada y 5) el síndrome de colon irritable. Pese a su separación, en base a la existencia de síntomas más característicos de cada uno de estos tipos, también es cierto que se ha encontrado repetidamente un marcado solapamiento sintomatológico. De hecho, Robbins et al (1997) encuentran correlaciones entre estos cinco síndromes que van desde 0,21 (Fibromialgia-depresión somatizada) hasta 0,84 (síndrome de fatiga crónica-ansiedad

somática). Así pues, junto a la especificidad hay generalidad en el malestar somático de tipo funcional. Deary (1999) plantea la existencia de tres fuentes de varianza que es necesario considerar cuando se analiza la sintomatología somática inexplicada:

- 1) Una varianza general que dispone a la gente hacia este universo de síntomas.
- 2) Familias de síntomas que, aunque universales y correlacionadas positivamente, son separables.
- 3) Es necesario preguntarse también porqué, dentro de un síndrome determinado, las personas tienden a informar de síntomas particulares.

-Hipocondría y somatización

“Creemos que si el médico conoce la hipocondría, comprenderá la naturaleza de muchas quejas corporales” (Brown y Valliant, 1981)

“Pocos pacientes con una enfermedad real piensan la mitad del tiempo sobre sus molestias que aquellos cuyos sistemas nerviosos simulan aquellas enfermedades” (Pager, 1868, cit. Kellner, 1986, pag. 7)

En la definición de somatización como “la propensión a experimentar e informar de síntomas somáticos que no tienen una explicación patofisiológica, atribuirlos erróneamente a enfermedad y buscar atención médica por ellos” (Barsky & Borus (1995), se recoge la idea de enfermedad como característica de la somatización. Sin embargo, esta atribución no tiene por que referirse a una enfermedad grave como es el caso de la hipocondría.

Por otra parte, aunque la hipocondría viene regularmente acompañada por molestias corporales diversas, la persistencia de síntomas físicos inexplicados no puede equipararse a la hipocondría. Una variedad de condiciones pueden relacionarse con los mismos. Por ejemplo, Slavney & Teitelbaun (1985) encuentran en una muestra de 100 pacientes con este tipo de molestias que en solo un 3% se podía justificar el diagnóstico de hipocondría. Los problemas más frecuentemente asociados eran el trastorno por somatización (8%), factores psicológicos que afectan al estado físico (14%), trastorno por dolor psicógeno (8%), trastorno de ansiedad (7%), trastorno de adaptación (8%) y trastorno de conversión (11%). más recientemente, Aigner & Bach (1999) encuentran en una muestra de pacientes con dolor crónico (n=59) que solamente el 6% cumplían

los criterios diagnósticos del DSM-IV para hipocondría. Por otra parte, el 56% de estos pacientes tenían otros trastornos psiquiátricos comórbidos. Cabe comentar que los resultados de ambos estudios se referían exclusivamente a diagnósticos concretos sin tener en consideración la dimensión de ansiedad por la salud que aunque sin ser de la intensidad vista en el trastorno hipocondríaco puede ser significativa. Muy probablemente el porcentaje de preocupaciones en este grupo de pacientes con diagnósticos diversos y molestias corporales inexplicadas si se hubiese evaluado habría sido elevado. Palsson (1988), por ejemplo, encuentra que dos tercios de los pacientes de atención primaria con síntomas físicos funcionales tenían puntuaciones elevadas en una medida de actitudes hipocondríacas (Whiteley Index). Oxman & Barret (1985) informan que 6 de los 13 pacientes con trastorno por somatización de su muestra indicaban que creían que tenían los síntomas de una enfermedad grave y la puntuación media en el WI era de 8,23 sobre 14, una puntuación tan elevada como la hallada por Pilowski en un grupo de pacientes con hipocondría (Pilowski, 1967). Los autores hacen notar, no obstante, que varios de los items del WI se refieren a la experiencia somática (por ejemplo, el item nº 2: “¿Le molestan dolores diversos?” o el nº 3: “¿Es consciente con frecuencia de las diversas sensaciones que ocurren en su cuerpo?”). En parte, por tanto, la asociación encontrada puede derivarse de la varianza compartida. Otros autores informan de porcentajes mayores de hipocondría clínica entre pacientes con molestias inexplicadas a los referidos por Slavney & Teitelbaum (1985) o Aigner & Bach (1999). Por ejemplo Escobar, Gara, Waitzkin, Silver, Holman & Comptom (1998) que un 15% de los 320 pacientes con trastorno por somatización abreviada (4 síntomas para los hombres y 6 para las mujeres) cumplían también los criterios para hipocondría y el 38% de los 8 sujetos que cumplían los criterios diagnósticos DSM-IV para trastorno por somatización (al menos 8 síntomas inexplicados médicamente de al menos 4 sistemas orgánicos) también cumplían los de hipocondría. Finalmente, se ha informado de características cognitivas semejantes en pacientes hipocondríacos y con trastorno por somatización (Rief, Hiller & Margraf, 1998).

Entre pacientes con diagnósticos psiquiátricos la expresión de quejas físicas se asocia con frecuencia a preocupaciones notables por la salud. Por ejemplo, en el estudio de Stenback (1961, cit. Stenback & Jalava, 1962) de 122 pacientes psiquiátricos con quejas físicas, 54 tenían un diagnóstico de hipocondría añadido, frente a solo 4 de 78 sin molestias físicas. En este mismo estudio Stenback también encuentra que de los

pacientes con diagnóstico de trastorno depresivo los que informaban de síntomas corporales era significativamente más fácil que tuvieran hipocondría asociada que aquellos sin síntomas corporales asociados (29,4% vs 7,4%). Estos datos le llevaron a concluir que los síntomas somáticos son un factor importante en la inducción de preocupaciones hipocondríacas.

Por otra parte, como ya se ha comentado, las molestias corporales son muy frecuentes entre los hipocondríacos. En el estudio de Escobar et al (1998) se informa que el 20% (4 de 20) de estos pacientes cumplían los criterios diagnósticos para el trastorno por somatización y el 49% para el trastorno por somatización abreviado y Faravelli, Salvatori, Galass, Arazzi, Drei & Cabras (1997) informan de una media de 6,1 síntomas somáticos inexplicados entre los pacientes hipocondríacos.

La exclusión de enfermedad, sin embargo, no se puede equiparar a ausencia de una causa física en la base de las molestias. Como Kellner (1990) ha señalado “puede ser difícil y a veces imposible apreciar una causa física a través de los medios diagnósticos convencionales sin el uso de pruebas que pueden ser de interés para la investigación pero que no se usan rutinariamente en la práctica médica”. más adelante, en este mismo apartado, se hace referencia a algunos de los mecanismos fisiológicos que están en la base de una amplia variedad de síntomas somáticos para los que no se identifica un origen a través de las exploraciones médicas rutinarias pero que muy probablemente otros procedimientos de evaluación podrían identificar (por ejemplo, medida de la contracción intestinal o de la tensión en la musculatura estriada).

-Factores influyentes en la experiencia de síntomas somáticos funcionales

Además del input sensorial objetivo, otras influencias pueden ser importantes en la experiencia somática. Se revisan a continuación las más relevantes.

a) La atribución que se haga de los síntomas influye en la experiencia y la persistencia de los mismos. Es decir, tanto los síntomas corporales pueden concebirse como variable independiente que potencian las creencias de enfermedad como estas últimas potenciar los síntomas corporales. Ya en 1941 Wood (cit. Lloyd, 1983) señaló que en el denominado síndrome de Da Costa (caracterizado por palpaciones, dolor

pectoral, pulso rápido, dificultad respiratoria y fatigabilidad anormal) era fundamental el establecimiento de una conexión entre una reacción emocional y el esfuerzo a través de varios mecanismos entre los que se incluirían la interpretación errónea de los síntomas emocionales, la convicción de la presencia de una enfermedad cardíaca y un temor a la muerte repentina en caso de esfuerzo. En otros estudios como el de Valins & Nisbett (1971, cit. Barsky y Klerman, 1983) se pone de relieve que los sujetos experimentales tenían una mayor tolerancia al dolor cuando era atribuido a una medicación administrada previamente que cuando era atribuido al estímulo doloroso mismo. En otro estudio (Sullivan, Rouse, Bishop & Johnston, 1997) los pensamientos catastrofizadores de la experiencia de dolor (evaluados con la escala Pain Catastrophizing Scale) fueron predictivos de la intensidad informada del dolor inducido experimentalmente en una tarea de inmersión de la mano en agua helada (cold pressor task). En un estudio de Spiegel & Bloom (1983) (cit. Flor, Birbaumer & Turk, 1990) la severidad del dolor del paciente con cáncer se podía predecir por el uso de analgésicos, el estado afectivo así como por la interpretación del dolor. Los que atribuían el dolor a un empeoramiento del proceso de enfermedad experimentaban más dolor en comparación a los pacientes que hacían atribuciones del dolor más benignas a pesar del hecho de haber el mismo grado de progresión de la enfermedad. Joyce, Bushnell, Walshe & Morton (1986) encuentran que las respuestas afirmativas a los items del cuestionario de conducta de enfermedad de Pilowski (IBQ) referidos al temor a caer repentinamente enfermo y a la creencia en la presencia de algún problema de salud grave, entre otros, era significativamente más frecuente entre aquellos pacientes ingresados por dolor abdominal agudo en los que no se apreció evidencia alguna de alteraciones orgánicas que en los que sí. Finalmente, en un estudio de Pilowsky, Smith & Katsikitis (1987) se hicieron dos grupos de pacientes de un servicio de Atención Primaria según hubiera o no evidencia de patología subyacente a las molestias expresadas. Se encontró que los pacientes del grupo sin patología médica puntuaban más alto entre otras en la escala de convicción de enfermedad del cuestionario de conducta de enfermedad de Pilowski (IBQ: Illness Behavior Questionnaire).

Además de la influencia de la ansiedad por la salud en la experiencia de malestar somático, hay evidencia de su influencia también en la persistencia del mismo. Por ejemplo, los resultados del estudio de Wielgosz & Earp (1986) fueron indicativos de que pacientes con dolor pectoral y angiografía coronaria normal que se perciben

vulnerables a la enfermedad cardíaca es significativamente más fácil que al cabo de un año continúen con las molestias en el pecho que aquellos que no se consideran más propensos. De un modo parecido, Cope, David, Pelosi & Mann (1994) encuentran que pacientes que a los 6 meses de sufrir una enfermedad vírica continuaban experimentando fatiga frecuentemente, en contraste con los que no, era más fácil que hicieran atribuciones de tipo somático de los síntomas. Bass (1992), por otra parte, informa que entre pacientes con dolor pectoral mantenido de origen no cardíaco hasta tres cuartos describen además de limitaciones en las actividades diarias e insatisfacción con la atención médica, preocupaciones por el funcionamiento cardíaco. Otro estudio (Gureje y Simon, 1999) indica que uno de los predictores significativos de la persistencia al cabo de un año de molestias corporales era la valoración subjetiva del estado de salud, cuanto más negativamente era valorada más probabilidad había que las molestias continuaran en el seguimiento. Palsson (1988) informa que los pacientes con síntomas somáticos funcionales y actitudes hipocondríacas asociadas (operacionalmente definidas como una puntuación de 6 o más en el Índice Whiteley de hipocondría), en contraste con los pacientes con síntomas funcionales sin hipocondría asociada, consultaban a sus médicos cerca del doble a lo largo de un periodo de seguimiento de 3 años. Cabe señalar, además, que hasta dos tercios de los pacientes con síntomas somáticos funcionales de este estudio tenían hipocondría asociada. Finalmente, Kroenke & Jackson (1998) informan que entre pacientes con distintas molestias aquellos en los que estas remitían en el curso de las dos semanas posteriores a la consulta médica, expresaban preocupación por una enfermedad grave con una frecuencia significativamente menor que los que continuaban con las molestias pasado este intervalo. En concreto el 27% de los primeros frente al 43% de los segundos manifestaban esta preocupación.

No solo las atribuciones influyen en la intensidad subjetiva y en la continuidad de los síntomas. Hay pruebas de que influyen también en los cambios fisiológicos mismos. Por ejemplo Browlec, Leventhal & Balaban (1992) encuentran que los sujetos con tendencia a la hipervigilancia y preocupación por el funcionamiento corporal mostraban una mayor reactividad autonómica en una tarea que implicaba la imaginación de escenas de enfermedad presentadas auditivamente. En concreto la tasa cardíaca estaba incrementada con respecto a los sujetos control y la vuelta a la línea base en este parámetro fisiológico era más lenta.

Además del papel de las atribuciones de enfermedad en el mantenimiento del dolor en pacientes con dolor crónico (Turk, & Rudy, 1987; Hadjistravopoulos & Asmundson, 1998) se ha señalado su influencia en otros problemas somáticos funcionales como el síndrome de fatiga crónica (Moss Morris & Petrie, 1997; Schweitzer, Robertson, Kelly & Whiting, 1994; Manu, Affeck, Tennen, Morse & Escobar, 1996; Heijmans, 1998), la fibromialgia (Epstein, Kay, Chauw, Heaton et al, 1999) o el dolor pectoral de origen no-cardíaco (Mayou, 1998).

En otros estudios se matiza la influencia de las creencias de enfermedad en los síndromes somáticos funcionales, por ejemplo Herschbach, Henrich & Von Rad (1999) compararon un grupo de pacientes con trastornos gastrointestinales funcionales (síndrome de colon irritable y dispepsia funcional) con un grupo de control sin problemas de salud. Aunque hubo diferencias en cuanto a somatización, calidad de vida, emocionalidad negativa o valoración de la salud, los pacientes con trastornos gastrointestinales funcionales que no habían consultado a un médico por los síntomas (41,4% de este grupo) no diferían de la población general en medidas de depresión, preocupaciones por la salud o sucesos vitales estresantes. Por el contrario, los pacientes que sí habían consultado diferían sustancialmente de los otros dos grupos en estas variables. En el análisis de regresión utilizando como variable dependiente el número de consultas médicas, la visión que el paciente tenía acerca de las causas de los síntomas fue, entre otras, una variable predictora significativa de las mismas.

La hipocondría o actitudes hipocondríacas reflejan atribuciones o sospechas de enfermedad no justificadas y en este sentido pueden concebirse como un potente mecanismo de mantenimiento de las molestias corporales no relacionados con patología física y probablemente también en aquellas condiciones en las que se estima que el problema físico es influido (en su inicio o curso) por factores psicológicos. En este sentido, Salkovskis (1988) o Creed & Guthrie (1993) entre otros, señalan que una de las primeras tareas en el tratamiento psicológico de cualquier condición somática no provocada por enfermedad médica es evaluar el grado en que la ansiedad por la salud está contribuyendo directa o indirectamente al malestar somático del paciente y al problema somático mismo. La interpretación de los síntomas como señales de que se padece una enfermedad grave genera ansiedad y síntomas físicos asociados así como

atención autofocalizada y otros cambios conductuales que los intensifica y que favorece su continuidad (Warwick & Salkovskis, 1990). Por ejemplo atribuir, un dolor de cabeza a un tumor cerebral tiene consecuencias bien distintas que atribuirlo a haber dormido mal o a exceso de trabajo. La primera interpretación del síntoma, si tiene credibilidad para el sujeto, provocará ansiedad y probablemente también autofocalización en el síntoma que tienen como efecto su intensificación.

Además de los programas de tratamiento propuestos por Salkovskis (1988) y Creed & Guthrie (1993) otros ejemplos de tratamientos psicológicos de los síntomas somáticos funcionales que enfatizan el cambio atribucional como un componente básico de la terapia son los propuestos por Sharpe, Peveler & Mayou (1992), Goldberg, Gask & O'Dowd (1989) o Barsky (1996).

Las preocupaciones por la salud no solo implican atribuciones acerca de las causas de los síntomas sino también consecuencias esperadas (por ejemplo, deterioro físico y dolor) en relación con tales atribuciones. Las expectativas de ocurrencia de sucesos aversivos pueden amplificar la experiencia somática. Este aspecto es ilustrado en el estudio de Cioffi (1991): Se establecieron dos grupos de sujetos a los que se les indicaba que mientras realizaban la tarea experimental (pedaleo) atendieran a las sensaciones corporales. A uno de los grupos se les dijo que en el transcurso del experimento se les aplicaría un estímulo doloroso (shock eléctrico). Es decir, los sujetos de este grupo anticipaban una amenaza (que en realidad no se llegaría a concretar) mientras que los del otro grupo no. Al final de la tarea se les pidió que valoraran las sensaciones corporales que habían tenido durante la misma. Los resultados indicaron que los sujetos del grupo de "anticipación de la amenaza" informaban de más síntomas y los valoraban como más desagradables. Otro estudio que ilustra este mecanismo es el de Marván & Escobedo (1999) acerca de la sintomatología física y psicológica autoinformada durante los períodos menstruales en mujeres con conocimiento del denominado "síndrome premenstrual" o sin tal conocimiento. El tener conocimiento de este síndrome y, por tanto esperar sufrir los síntomas, influía significativamente en el auto-informe de malestar físico y psicológico en la dirección predicha.

Salkovskis (1988) resume las influencias recíprocas de las preocupaciones por la salud y experiencia mantenida de síntomas somáticos del siguiente modo:

- 1) Comúnmente se hacen atribuciones físicas de los síntomas experimentados. Esta percepción puede ser adecuada, exagerada o completamente inapropiada. No obstante, cuando hay una distorsión de la experiencia somática que es interpretada como evidencia de que se padece una enfermedad grave que tendrá como consecuencia un progresivo deterioro, ello es fuente de dificultad y ansiedad.
- 2) Las creencias distorsionadas acerca de la enfermedad se basan en observaciones que al paciente le convencen de su adecuación. Por ejemplo, signos y síntomas corporales que se interpretan como indicación de deterioro corporal o comprensión errónea de comunicaciones médicas.
- 3) Los síntomas somáticos son amenazantes de dos maneras principales: a) por el grado de hándicap o limitación a que conducen y b) por las reacciones emocionales a la experiencia de síntomas, especialmente ansiedad acerca de sus causas y consecuencias.
- 4) La reacción al deterioro percibido o a las consecuencias anticipadas puede incluir cambios en el ánimo, cogniciones, conducta y funcionamiento fisiológico. Tales cambios pueden estar implicados en el mantenimiento de los síntomas
- 5) Problemas somáticos con una base inicial física pueden posteriormente ser mantenidos por factores psicológicos (a través de mecanismos como los mencionados en los puntos anteriores)

Además de la influencia de las actitudes hipocondríacas en el malestar somático, hay evidencia de su asociación también con otra faceta de la conducta de enfermedad: la frecuencia de los contactos médicos. Por ejemplo, en el estudio de Jyvasjarvi, Joukamaa, Larivaara, Kivela & Kiukaanniemi (1999), los altos frecuentadores de un centro de atención primaria (8 o más consultas en un año) tenían puntuaciones más altas en la escala de hipocondría Whiteley Index. Por otra parte, la puntuación en esta escala

fue el único predictor significativo de la frecuencia de consultas. No obstante, las diferencias y capacidad predictiva solo se observó en el caso de los sujetos varones.

b) influencias socioculturales. Kellner (1986, pag. 80) resume estudios como los de Zborowski (1952), Croog (1969) o Lerner & Noy (1968) que indican una mayor tendencia a la expresión de molestias corporales entre las personas de clase social más baja y con menos años de formación académica. En el segundo de los estudios citados (Croog, 1969) también se encontraron diferencias en el número de síntomas informados y la expresividad emocional ante los mismos dependiendo del origen cultural, así, los pacientes de origen italiano y judío eran más expresivos y dramáticos en sus informes de síntomas que los de origen germano o británico. También cita Kellner el estudio de Kleiman (1976) que indica que en la cultura china los síndromes depresivos se expresan de un modo más somatizado y con más rasgos hipocondríacos que en la cultura occidental. Ello tendría relación según el autor de la mayor estigmatización del trastorno psiquiátrico en la cultura china.

Diferencias culturales en la expresión de síntomas físicos también se ponen de manifiesto en el trabajo de Escobar, Rubio-Stipec, Canino & Karno (1989) que encuentran diferencias significativas en la prevalencia de síntomas somáticos médicamente no explicados al comparar una muestra de pacientes de Puerto Rico con una muestra de Los Angeles. También Escobar (1987) informa de mayor presencia de somatización acompañando a un trastorno depresivo entre pacientes colombianos que entre pacientes estadounidenses. Lazarus (1991b) informa de los estudios de Levy en Tahití. Este autor encontró que los tahitianos, aunque reconocen su pesar, debido al escaso vocabulario disponible para expresar la experiencia de tristeza y soledad la tienden a comunicar como fatiga, enfermedad u otras clases de malestar físico.

Barsky & Borus (1995) señalan que determinadas “fuerzas” socioculturales podrían llevar a la amplificación de los síntomas individuales. Aluden, en concreto, a la “medicalización” de la cultura occidental contemporánea. La medicalización se refiere a “la invocación de un diagnóstico médico para explicar el malestar físico no causado por una enfermedad y la aplicación de una intervención médica para tratarlo”. Hay evidencia, señalan, de que en el transcurso de los últimos 30-40 años ha aumentado la

atención médica, la preocupación y las limitaciones a causa de molestias que en el pasado se valoraban como menos importantes y menos dignas de atención médica.

Katon, Kleinman & Rosen (1982) al referirse al papel de la cultura en la experiencia de síntomas y actitudes hacia los mismos señalan que: “la cultura proporciona a la persona creencias sobre la enfermedad, visiones sobre como funciona el cuerpo, metáforas dominantes e idiomas que organizan la interpretación del cambio corporal”. También Mechanic (1979) llama la atención sobre el papel de la vida familiar y el fondo sociocultural en los significados atribuidos al dolor. Este autor señala que “cuando los síntomas no son fácilmente comprensibles por las explicaciones convencionales y habitualmente disponibles, los indicios externos se convierten en importantes en establecer el significado. Tales indicios pueden ser accidentales o ser una consecuencia de la experiencia previa única o aprendizaje cultural”. Finalmente, Kirmayer & Young (1998) indican que procesos como la amplificación somática, la focalización atencional en el cuerpo o las atribuciones somáticas no pueden dissociarse del contexto sociocultural en el que surgen. Estos autores señalan que “los procesos sociales y culturales que contribuyen a los modos somáticos de expresar el estrés pueden comprenderse no simplemente como patrones de refuerzo sino como modos de discurso o lenguajes del sufrimiento” y también “Como un idioma culturalmente disponible, los síntomas somáticos expresan el malestar y el estrés de maneras inteligibles dentro del contexto social del individuo pero que pueden tener significados diferentes para los observadores externos”. Un ejemplo ofrecido por Kirmayer & Young (1998) es el del “estrés cardíaco” entre los iraníes. Los síntomas de esta manifestación son comprendidos como una manera de comunicación prescrita culturalmente acerca de una variedad de preocupaciones, especialmente las que tienen que ver con la pérdida y el pesar.

La cultura o subcultura puede influir no solo modelando actitudes y creencias o la manera en que se expresa el malestar. Kellner (1985) cita estudios que indican que los factores culturales podrían estar también implicados en los tipos de respuestas fisiológicas al dolor inducido experimentalmente.

c) Estrés. La experiencia de síntomas corporales es una respuesta habitual al

estrés (Fink, 1992). Estudios diversos ponen de manifiesto la clara relación entre síntomas corporales médicamente inexplicados y acontecimientos vitales estresantes (por ejemplo, Greene, Walker, Hickson & Thompson, 1985) así como entre este tipo de acontecimientos y problemas de salud (Sandín, Chorot, Santed & Jiménez, 1995). La relevancia del estrés en el malestar somático también lo indica el que se haya estimado que hasta un 50% de los pacientes de Atención Primaria tienen precipitantes psicosociales y no biomédicos como la causa principal de sus consultas (Katon, Kleinman & Rosen, 1982) o que hasta un 85% de los pacientes con síndrome de colon irritable informen que los sucesos estresantes exacerban los síntomas (Drossman et al, 1982, cit. Whitehead, 1994).

Por otra parte, la tendencia a la recurrencia del mismo tipo de molestias se ha explicado en base a la existencia de patrones característicos de respuesta fisiológica al estrés (estereotipia de respuesta). Por ejemplo, los sujetos con cefaleas tensionales muestran respuestas más intensas en musculatura facial y del cuello (evaluadas a través de electromiograma) durante tareas experimentales estresantes que los sujetos controles (Flor & Turk, 1989, cit. Steptoe, 1991).

Pennebaker, Burnam, Schaeffer & Harper (1977) informan de aumento de síntomas físicos en relación con la percepción de falta de control (una dimensión importante de la experiencia de estrés). En su estudio, los sujetos sometidos a una tarea experimental en la que tenían escaso control informaban de un número significativamente mayor de síntomas que los que sí tenían control. En un sentido parecido, en pacientes con problemas de salud crónicos, la misma percepción de falta de control sobre los síntomas puede influir en la experiencia de los mismos. Por ejemplo, en el estudio de Lenker, Lorig & Gallagher (1984) se encuentra que aquellos pacientes con artritis reumatoide que consideraban que tenían más control sobre los síntomas de la artritis también informaban de menos dolor, menos limitación funcional y menos consultas médicas relacionadas con la artritis. Cabe recordar asimismo el análisis de Mineka & Kihlstron (1978) de las neurosis experimentales inducidas en animales como posibles modelos para la comprensión de varias manifestaciones psicopatológicas en los seres humanos (síntomatología de ansiedad y depresiva). La revisión de estudios lleva a los autores a considerar la impredecibilidad de sucesos aversivos y la falta de controlabilidad sobre los mismos como parámetros críticos directamente vinculados a

las manifestaciones conductuales, emocionales y *somáticas* características de la denominada neurosis experimental en los animales.

Un estudio de Koss, Koss & Woodruff (1991) pone de relieve el impacto de sufrir un tipo particular de experiencia estresante (ser víctima de un delito) sobre la presencia de molestias corporales y el número de consultas médicas en Atención Primaria. En este estudio se compararon 316 mujeres víctimas de delitos clasificados según su gravedad con 74 mujeres que no habían sufrido este tipo de experiencia. Los resultados reflejaron que la severidad de la victimización tenía un efecto claro sobre el estado de salud subjetivo y en el número de síntomas físicos informados. Estos informes venían acompañados de un número incrementado de consultas médicas en los 3 años posteriores a la experiencia, especialmente en el año posterior. El análisis de regresión sugirió que el conocimiento de la severidad de la victimización añade sustancial poder a la predicción de utilización de servicios. Los autores indican que en la práctica médica rutinaria tiende a no considerarse este tipo de acontecimientos como influyentes en el malestar físico y en el patrón de uso de servicios. Este olvido impide una orientación terapéutica apropiada al focalizarse las intervenciones sobre el malestar físico exclusivamente y ello, como después se comentará en el apartado dedicado a factores iatrogénicos, puede influir en la continuidad de las molestias.

Walker & Katon (1996) indican que aunque la sofisticación metodológica es variable en esta área de investigación, se encuentra consistentemente que las mujeres con experiencias de victimización son más propensas a tener múltiples síntomas físicos médicamente inexplicados, una mayor utilización de servicios médicos, una percepción más pobre del estado de salud, mayor discapacidad en el funcionamiento psicosocial y más conductas de riesgo para la salud. En todo caso, señalan que la respuesta a este tipo de experiencia es variable e influida por factores diversos. Entre los más evidentes se incluyen: la severidad objetiva, la violencia asociada, la amenaza para la vida, las experiencias de victimización previas, la calidad del apoyo sociofamiliar, el significado del trauma o la resistencia y capacidad de afrontamiento.

d) los estados emocionales negativos juegan un papel importante en la presencia de molestias no explicadas médicamente. Esta asociación malestar somático-malestar emocional no está circunscrita a la cultura occidental sino que es un fenómeno

universal (Gureje, Simon, Ustun & Goldberg, 1997; Kirmayer & Young, 1998). De hecho, se ha señalado que la somatización es el modo más común de presentación del trastorno psiquiátrico (Murphy, 1989). Hay que señalar, sin embargo, que el malestar emocional en una proporción alta de pacientes es transitorio y por tanto difícilmente puede dar lugar a la experiencia mantenida de síntomas somáticos. Probablemente el papel del estado emocional en el malestar somático crónico tenga relación con los problemas emocionales de tipo también crónico y que se asocian con rasgos de personalidad como el neuroticismo o Afectividad Negativa (Watson & Pennebaker, 1989).

La presentación predominantemente física de los problemas emocionales ha sido interpretado por algunos como una forma particular de expresar este malestar (Katon, Ries & Kleinman, 1984). Desde un punto de vista biomédico, los síntomas físicos se consideran parte integral de los síndromes psiquiátricos y se relacionan como los otros síntomas con anomalías neurobiológicas. De un modo complementario, se ha enfatizado el impacto del malestar psicológico sobre la percepción e interpretación de sucesos corporales comunes. Así, en momentos de malestar emocional puede incrementarse la percepción de las sensaciones somáticas y la interpretación hacerse más pesimista o alarmante (Simon, Gater, Kisely & Piccinelli, 1996). Por otra parte, los diagnósticos más comunes en los pacientes con manifestaciones somáticas no explicadas médicamente en atención primaria son los trastornos de adaptación, los de ansiedad y depresivos más que los trastornos somatoformes (Bass y Murphy, 1995).

Se revisan a continuación algunos estudios acerca de la asociación síntomas somáticos-malestar emocional:

La correlación encontrada entre síntomas de somatización y síntomas de ansiedad y de depresión en el estudio internacional de la OMS acerca de problemas psicológicos en Atención Primaria (Gureje, Simon, Ustun & Goldberg, 1997) fue respectivamente de 0,54 y 0,46. En este mismo estudio, el 40% de los pacientes con el síndrome de somatización abreviado cumplían los criterios diagnósticos de la CIE-10 para trastorno depresivo o trastorno de ansiedad generalizada.

Wittchen & Ahmoy (1990) indican que las personas con trastornos mentales hacen entre 83% y 100% más visitas médicas que aquellos sin trastornos mentales y los primeros se quejan de más síntomas físicos y problemas de salud crónicos aunque no haya evidencia de una prevalencia mayor de problemas médicos graves.

Lipowski (1988) menciona la encuesta nacional de asistencia médica hospitalaria en Estados Unidos del año 1980/1981 en la que se informa que el 72% de los pacientes a los que se les diagnosticaba algún trastorno psicológico expresaban una o más molestias somáticas como la queja principal.

Escobar, Waitzkin, Silver, Gara & Holman (1998) informan que solo un tercio de los pacientes con síntomas funcionales no presentan psicopatología asociada, mientras que los restantes pacientes cumplían los criterios diagnósticos para algún trastorno del eje I (DSM-IV), especialmente para trastornos de ansiedad y depresión.

Katon, Kies & Kleinman (1984) citan los estudios de Widmer entre pacientes de atención primaria que revelaron que en los 7 meses que precedían al diagnóstico de depresión mayor los pacientes a) presentaban un número incrementado de visitas médicas, b) un mayor número de hospitalizaciones y c) un mayor número de quejas de tres tipos: 1. Molestias funcionales inespecíficas, 2. Dolor de etiología indeterminada en una amplia variedad de zonas corporales tales como la cabeza, pecho, abdomen y extremidades y 3. Quejas de sentimientos de tensión y ansiedad.

La importancia del malestar emocional en la experiencia de síntomas es ilustrado también por el estudio de Kisely, Goldberg & Simon (1997) en el que se encuentra que mientras que solo el 4% de los pacientes sin síntomas somáticos inexplicados padecían algún trastorno psicológico (evaluado con una entrevista diagnóstica estructurada: CIDI), el 18% de aquellos con entre 1 y 4 síntomas sufrían algún trastorno psicológico. Esta cifra se incrementaba hasta un 69% entre los pacientes con más de 5 síntomas.

Van Hemert, Hengeveld, Bolk, Rooijmans & Vanderbrouke (1993) encuentran que un 42% de los pacientes con síntomas médicos inexplicados sufren algún trastorno

psicológico lo que contrasta con un 15% de aquellos en los que se encuentra una causa médica clara para los síntomas.

También ilustra esta relación los resultados del estudio de Bass & Wade (1984): dos tercios de los pacientes con dolor pectoral medicamente no explicado padecían algún trastorno psicológico frente a un cuarto de los que tenían patología cardíaca o el de Katon, Lin, Von Korff, Russo, Lipscomb & Bush (1991). En este 119 pacientes de atención primaria que utilizaban con frecuencia elevada los servicios de salud y que en medidas de autoinforme daban muestras de distrés emocional significativo fueron divididos en 4 grupos en base al número de síntomas somáticos inexplicados encontrados en la sección de somatización (consistente en 37 posibles síntomas) de una entrevista psiquiátrica estructurada (DIS: Diagnostic Interview Schedule). El primer grupo estaba compuesto por mujeres con menos de 6 síntomas y hombres con menos de 4, el segundo grupo por mujeres con entre 6 y 8 síntomas y hombres con entre 4 y 8, el tercero por mujeres y hombres entre 9 y 12 y finalmente en el cuarto grupo se incluyeron a los que tenían 13 o más síntomas. El número de diagnósticos DSM-III (depresión mayor, distimia, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de pánico y abuso/dependencia del alcohol) actuales y “lifetime” difería significativamente entre los 4 grupos. El grupo 4 difería significativamente de los otros tres grupos en el número de diagnósticos psicopatológicos en la actualidad y en el pasado. Los sujetos de este grupo eran los que presentaban mayor nivel de psicopatología. El grupo 1, por otra parte, difería de los otros en la presencia de sintomatología depresiva y de pánico a lo largo de la vida. Entre los sujetos de este grupo la presencia de estos problemas era menor. En general, los resultados son compatibles con una consideración dimensional de la somatización. Es decir, el incremento del malestar emocional se asocia a un incremento de los síntomas físicos médicamente no explicados (así como mayor nivel de limitación funcional y conducta de enfermedad más desadaptativa).

Walker et al (1995, cit. Blanchard & Turner, 1996) encuentra que entre pacientes con síndrome de colon irritable, el 94% cumplían los criterios diagnósticos para algún trastorno del eje I del DSM-III-R comparado con el 64% de pacientes con enfermedad intestinal inflamatoria (enfermedad de Crohn y colitis ulcerosa). Por otra parte, en el estudio de Blanchard & Turner (1996) también se informa de que el 27% de los

pacientes con depresión mayor sufren de colon irritable frente al 2,5% de pacientes médicos externos.

Joyce, Bushnell, Walshe & Morton (1986) informan de puntuaciones más elevadas en ansiedad actual (Escala estado del Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo de Spielberger; STAI) en los pacientes con dolor abdominal agudo no orgánico que en los que si había evidencia de alguna alteración orgánica.

Recientemente, Epstein, Kay, Clauw, Heaton et al (1999) encuentran entre pacientes (n=73) de 4 centros de atención terciaria de Estados Unidos con diagnóstico de fibromialgia que el 68% cumplían los criterios diagnósticos DSM-III-R para depresión mayor “lifetime” y 22% actual y que el 16% los cumplían para trastorno de pánico “lifetime” y 12% actual.

Kouyanou, Pither, Rabe-Hesketh & Wessely (1998) compararon dos grupos de sujetos con dolor crónico. En el primero (n=58) no se había determinado la existencia de una base orgánica para el dolor mientras que en el segundo (n=45) si. Entre otras variables se comparó la prevalencia de depresión mayor actual y lifetime. Los resultados indicaron que un porcentaje significativamente mayor de los sujetos del primer grupo tenían historia de depresión mayor (55,2% vs 24,4%, $p=0,001$) aunque la diferencia entre grupos en depresión mayor actual no fue significativa (13,8% vs 6,7%, $p=0,34$).

Finalmente, la relación síntomas somáticos funcionales y problemas de tipo emocional también la evidencia el hecho de que medicaciones psicofarmacológicas con efecto terapéutico sobre los trastornos emocionales reducen la experiencia de síntomas físicos. Por ejemplo, Glass, Uhlenhuth & Kellner (1986, cit, Kellner, 1986) revisan estudios del uso de benzodiazepinas en pacientes con trastornos de ansiedad en los que se encuentra consistentemente una reducción de la ansiedad psíquica y de los síntomas corporales acompañantes.

Algunos resultados de investigación adicionales en esta área son recogidos por Katon y Walker (1998):

<i>Síntoma</i>	<i>Depresión Mayor Actual</i>	<i>Depresión “Lifetime” Mayor</i>
Dolor pectoral sin EAC (1)	35%	64%
Dolor pectoral con EAC	3%	16%
Fatiga	15%	77%
Controles con artritis reumatoide	3%	42%
Síndrome de colon irritable	21%	61%
Enfermedad inflamatoria intestinal	6%	17%
Fibromialgia	14%	86%
Artritis reumatoide	6%	31%
Mareo sin enfermedad vestibular	12%	42%
Controles	5%	18%

(1) Enfermedad Arterias Coronarias

El hecho de que en la mayoría de los estudios citados se utilizaran grupos de comparación con patología médica hace que la hipótesis del malestar psicológico como consecuencia de la experiencia de síntomas físicos sea poco plausible o, cuanto menos, el alcance explicativo de tal hipótesis limitado. Con otras palabras, el malestar psicológico parece tener una influencia directa y clara sobre el malestar físico.

Además de la asociación transversal de problemas psicológicos y malestar físico, la presencia de trastornos psicológicos parece ser también un factor predictivo del mantenimiento de los síntomas físicos. Por ejemplo, en el estudio de seguimiento (media de 15 meses) de Speckens, Van Hemert, Bolk, Rooijmans & Hengeveld (1996) encuentran que hasta un 65% de los pacientes con síntomas físicos médicamente no explicados y algún trastorno psicológico continuaban experimentando los síntomas físicos en el seguimiento. Por otra parte, el número de síntomas era significativamente mayor así como las limitaciones informadas en el funcionamiento diario cuando se comparaba este grupo con el de sujetos con síntomas físicos inexplicados médicamente sin trastorno psicológico concurrente. En el estudio de seguimiento de Gureje y Simon (1999), por otra parte, también se señala como predictor significativo de molestias

físicas sustanciales el distrés psicológico evaluado con el GHQ (Goldberg Health Questionnaire) en la línea base. También se encontró que entre los pacientes que no cumplían los criterios diagnósticos para somatización abreviada en la línea base, la emergencia de episodios de somatización más que su persistencia en el seguimiento se relacionaba con la presencia de depresión en la línea base. Los autores especulan acerca de este hallazgo: “mientras que la depresión predispone a un nuevo foco sobre las sensaciones corporales, una vez que las preocupaciones somáticas se desarrollan, su persistencia depende de otros problemas psicológicos y funcionales distintos a la depresión”.

La experiencia de malestar emocional puede asimismo intensificar los síntomas de problemas de salud o influir en el grado de limitación producido por la enfermedad. Barsky, Goodson, Lane & Cleary (1988) encontraron entre pacientes con infección de las vías respiratorias superiores que la intensidad referida de los síntomas y el grado de incapacidad asociado era predicho por una medida de perturbación emocional (ansiedad, depresión y hostilidad) más que por el grado de patología objetivo. De un modo semejante, Walker et al (1997, cit. Katon & Walker, 1998) encuentran que los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal con un diagnóstico comórbido DSM-IV de trastorno de ansiedad o depresivo tienen significativamente más síntomas gastrointestinales así como otros síntomas que los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal sin trastorno psiquiátrico. La patología médica era equivalente en ambos grupos.

Se ha distinguido entre aquellas personas que expresan el malestar emocional de un modo predominantemente somático y que minimizan la influencia del malestar psicológico sobre los mismos (somatizadores puros) y aquellas que aunque presentan como queja principal uno o más síntomas físicos, si se les da la oportunidad, están dispuestos fácilmente a reconocer la influencia emocional (somatizadores facultativos). Finalmente en otros pacientes la queja que expresan en primer término es de naturaleza psicológica (psicologizadores). Un porcentaje alto de personas con síntomas físicos derivados de un trastorno psicológico reconocen con relativa facilidad el papel de las emociones o estrés. En concreto, en el estudio de Bridges & Goldberg (1985) hasta un 24% de los pacientes con problemas psicológicos en Atención Primaria podían clasificarse como “somatizadores facultativos”, un 32% como somatizadores puros y el

17% tenían una presentación predominantemente psicológica. El 27% restante de pacientes con problemas psicológicos habían consultado por una enfermedad médica concurrente. A pesar de esta disposición al reconocimiento de la influencia psicológica, hay evidencia que la detección al menos en Atención Primaria del problema psicológico subyacente en los pacientes somatizadores es bajo. Por ejemplo, Goldberg & Bridges (1988) encontraron en el estudio de somatización de Manchester que solamente el 48% de los pacientes con problemas psicológicos que se presentaban somáticamente eran clasificados como “casos psiquiátricos”. Ello refleja, la orientación preponderante hacia la problemática de tipo somático en los sistemas de salud. Este mismo hecho podría alentar atribuciones de tipo somático en los pacientes o reforzar las interpretaciones de este tipo ya mantenidas. La orientación referida en el sistema sanitario, así, es un mecanismo de potencial mantenimiento de los síntomas somáticos sin patología médica subyacente al fallar en reconocer el problema emocional, sugerir al paciente tal impresión (ofreciendo una explicación de los síntomas en términos psicofisiológicos que en muchos casos, como se dijo, se ajusta a la experiencia del paciente y, por tanto, no tiene dificultad en aceptar) y actuar de un modo terapéutico (ya sea a través de tratamiento psicofarmacológico u otras formas de intervención) (Goldberg & Bridges, 1988; Bridges & Goldberg, 1985).

La influencia de los estados emocionales negativos sobre los síntomas somáticos no es unidireccional. La propia experiencia de síntomas puede constituir una circunstancia en si misma perturbadora, interferir con áreas importantes del funcionamiento (como el ocio o el trabajo) y en general, afectar negativamente la calidad de vida. No es arriesgado suponer que ello tiene implicaciones para el bienestar emocional. En un estudio reciente (Hotopf, Mayou, Wardswooth & Wessely, 1998) se valoraron transversal y longitudinalmente molestias y síntomas psiquiátricos. La evaluación en el seguimiento a los 7 años tuvo por finalidad determinar las relaciones entre síntomas psiquiátricos y somáticos. Además de encontrar evidencias claras del papel de los problemas psicológicos en el inicio de las molestias también se observó una relación inversa. Es decir, varios de los síntomas somáticos (dolor de espalda, abdominal y pectoral) evaluados en la línea base se relacionaban con el inicio de nuevos síntomas psiquiátricos durante el periodo de seguimiento. En otro estudio (Rief, Hiller, Geissner & Fichter, 1995) se encuentra que en la mayoría de los pacientes con trastornos emocionales asociados (trastornos del estado de ánimo y de ansiedad), estos

problemas comenzaban con posterioridad al inicio del trastorno somatoforme. Por otra parte, en el seguimiento a los dos años se observó que aquellos pacientes con problemas emocionales asociados tenían un peor pronóstico en cuanto a mantenimiento de las molestias físicas. Los resultados de este estudio revelan dos hechos, por una parte que la experiencia de molestias físicas como las que experimentan las personas con trastornos somatoformes puede inducir problemas emocionales pero, al mismo tiempo, estos mismos problemas emocionales favorecen el inicio y continuidad de los síntomas físicos.

Kellner (1986, 1990, 1991) señala algunos de los mecanismos a través de los que se producen síntomas corporales durante los estados emocionales negativos: contracción de la musculatura lisa (por ejemplo, la motilidad intestinal anormal puede producir dispepsia no ulcerosa o las contracciones del colon, dolor abdominal), de la musculatura estriada (por ejemplo el nivel de tensión muscular en las zonas en las que se experimenta dolor es característicamente más alto) o cambios en el flujo sanguíneo y en la secreción endocrina que ocurren durante el arousal emocional. Otros cambios fisiológicos pueden ser inducidos conductualmente como es el caso de la hiperventilación y la aerofagia. Acerca de la hiperventilación Rof Carballo (1984, pag. 34) ha considerado que es uno de los mecanismos más importantes de la somatización. Señala este autor que durante los estados de ansiedad tiende a aumentar la frecuencia respiratoria generando esta una variedad de síntomas físicos (sensación de mareo, parestesias, sensación de ahogo) que pueden incrementar la ansiedad (en base a la valoración de los mismos) cerrándose así un círculo vicioso. La interinfluencia de mecanismos conductuales, emocionales, cognitivos y psicofisiológicos es, en este caso, patente. De un modo más específico Serlie, Duivenvoorden, Passchier, Ten Cate, Deckers & Erdman (1996) encuentran que la hiperventilación y la ansiedad son los predictores más significativos de dolor pectoral en ausencia de patología. La influencia de este mecanismo fisiológico en la producción de síntomas es también ilustrada por la eficacia de los ejercicios dirigidos a la modificación de las pautas anómalas de respiración en la reducción de los síntomas. Por ejemplo, Lum (1975) informan de la desaparición de los síntomas en el 70% de una muestra de 640 sujetos con evidencia de hiperventilación que habían erróneamente sido diagnosticados en principio de isquemia cardíaca o embolia pulmonar recurrente. Solamente el 5% de los pacientes no se beneficiaron del tratamiento. En cuanto a la aerofagia (consistente en “tragar” una

cantidad excesiva de aire), se ha implicado en la dispepsia no ulcerosa así como en molestias tales como distensión abdominal y flatulencia excesiva (Kellner, 1990). También se ha relacionado con el dolor pectoral de origen no cardíaco a través de la distensión gástrica que induce (Chambers & Bass, 1990). Otra manera en que el trastorno emocional puede influir sobre los síntomas físicos es a través del deterioro en la calidad del sueño que se produce en un número elevado de personas con problemas psicológicos. Katon & Walker (1998), por ejemplo, citan el trabajo de Muldovsky y Scarisbrick (1976) que demuestra que la privación de la fase 4 del sueño se asocia al desarrollo de síntomas similares a los de la fibromialgia.

e) Experiencias de enfermedad en la familia y en uno mismo.

Este tipo de experiencias se consideran un antecedente significativo de tanto preocupaciones hipocondríacas como de síntomas somáticos funcionales. Previamente, en el apartado dedicado a estas experiencias como antecedentes de características hipocondríacas, se han comentado varios estudios que, dada la asociación síntomas hipocondríacos y síntomas somáticos funcionales, son pertinentes también aquí. Baste citar ahora dos estudios. En el primero (Murphy & Bass, cit. Bass & Murphy, 1995) se encontró que la mitad de los pacientes con trastorno por somatización informaban de exposición prolongada a discapacidad física en uno o ambos padres. Estas limitaciones, al mismo tiempo, interferían con la capacidad parental para proporcionar cuidados a los hijos. Por otra parte, hasta un 20% de los sujetos de la muestra habían padecido antes de los 16 años enfermedades que implicaban un contacto prolongado y regular con el sistema de salud (por ejemplo, fiebre reumática, diabetes o asma). En comparación con los sujetos del grupo control, compuesto de pacientes con otros trastornos psicológicos, los pacientes somatizadores informaban en mayor medida de haber sido golpeados por los padres a lo largo de la infancia. Los autores concluyen que “la conducta somatizadora frecuentemente comienza en el contexto de una familia perturbada o emocionalmente empobrecida en el que los síntomas físicos tienen significados establecidos y valor en la vida cotidiana”.

También es ilustrativo el estudio prospectivo de Hotopf, Mayou, Wadsworth & Wessely (1999). En él se observó una fuerte relación entre la experiencia de múltiples síntomas físicos médicamente inexplicados a la edad de 36 años y problemas de salud en los padres a la edad de 15. Esta relación se mantuvo tras controlar la presencia de

trastornos psicológicos. No se observó relación entre la experiencia de enfermedades en la infancia y síntomas en la adultez, no obstante, el dolor abdominal recurrente en la infancia, que no implicaba la presencia de una enfermedad clara, sí se asoció a este resultado en el seguimiento.

f) Abusos físicos y sexuales. Aunque este tipo de experiencias también se han relacionado con la hipocondría, dado que la gran mayoría de estudios se refieren a su influencia a largo plazo sobre la tendencia a experimentar e informar de síntomas somáticos funcionales, se decidió su inclusión en este apartado.

Entre los estudios que valoraron la asociación entre ambas variables cabe mencionar el de Salmon & Calterbank (1996) cuya principal conclusión fue que los sujetos con historia de abusos en la infancia tienen puntuaciones más altas en medidas de somatización y de hipocondría. Barsky, Wool, Barnett & Cleary (1994), por su parte, encuentran una mayor frecuencia de experiencias sexuales traumáticas (28,6% vs 7,3%) y ser víctima de violencia (32,1% vs 7,3%) a lo largo de la infancia (hasta los 17 años) entre los pacientes hipocondríacos en comparación con los no hipocondríacos de un clínica de medicina general. También Eifert (1992, 1996a) incluye entre los factores de predisposición psicológica a la cardiofobia, una forma de hipocondría focalizada en el funcionamiento coronario, experiencias de separación y pérdida, de abandono y de abuso físico y sexual.

Con respecto a los estudios que relacionan estas experiencias y somatización, recientemente Romans, Martin, Morris & Herbison (1999), utilizando un cuestionario de mecanismos de defensa (Defense Style Questionnaire), encuentran una frecuencia mayor entre mujeres con historia de abusos sexuales en el uso de defensas clasificadas como inmaduras entre las que se incluía la somatización.

Drossman (1990, cit. Blanchard & Turner, 1996) informan de una alta asociación entre historia de abuso físico y sexual en la infancia y presencia de trastornos gastrointestinales funcionales especialmente síndrome de colon irritable (53% de los pacientes con trastornos gastrointestinales funcionales informaban de historia de abusos sexuales en la infancia frente al 37% de los pacientes con trastornos gastrointestinales

con causa médica objetivada) y Walker, Katon, Hansom, Harroth-Griffiths et al (1995) que entre mujeres con dolor pélvico crónico, en comparación con mujeres sin dolor, además de existir una mayor carga de problemas emocionales y sintomatología médicamente inexplicada había una tasa significativamente mayor de abusos sexuales informados a lo largo de la vida. El 64% de las mujeres con dolor pélvico crónico que informaban de abusos sexuales cumplían los criterios para el síndrome de somatización abreviado, en comparación con el 12% de las mujeres que no informaban de este tipo de suceso.

Bass, Bond, Gill & Sharpe (1999) informan que en una muestra de 35 mujeres con alto uso de un servicio especializado de enfermedades del sistema digestivo (4 o más consultas en los pasados 12 meses) en las que no se objetivó una causa orgánica para las quejas expresadas, en 7 casos (21%) informaban de historia de abuso sexual en la infancia que implicaba penetración. Estas pacientes con historia de abuso informaron significativamente de más síntomas somáticos médicamente inexplicados a lo largo de la vida.

En otro estudio (Leserman, Drossman, Zhiming, Toomey, Nachman & Glogau, 1996) con una muestra de 239 mujeres remitidas a una consulta de digestivo, el 38,5% tenían problemas digestivos de origen funcional (por ejemplo, síndrome de colon irritable) y el 61,5% un diagnóstico orgánico (por ejemplo, colitis ulcerosa). Se investigó la influencia de las experiencias de abusos físicos y/o sexuales (definido de una manera clara) a lo largo de la vida y una serie de medidas relativas al estado de salud actual. En primer lugar, se encontró que un 60,5% de la muestra había sufrido en alguna ocasión este tipo de experiencia. En el 41,4% habían sufrido de abusos sexuales que implicaban tocamientos o violación y en el 48,5% abusos físicos. En segundo lugar no se apreciaron diferencias en la frecuencia de estas experiencias entre el grupo de trastornos funcionales y trastornos orgánicos y en tercer lugar, aquellas mujeres con esta clase de experiencias, en comparación con el grupo que no las tenía, informaban significativamente de más dolor, más síntomas somáticos no gastrointestinales, más días pasados en la cama por enfermedad en los últimos tres meses, más intervenciones quirúrgicas a lo largo de la vida, mayor distrés psicológico y mayor limitación funcional general. No hubo diferencias, por otra parte, entre aquellas que informaban de estas

experiencias como un hecho aislado de aquellas que las habían sufrido en más de una ocasión ni tampoco influía la edad de ocurrencia (antes o después de los 14 años).

Van der Kolk, Pelkovitz, Roth, Mandel, McFarlane & Herman (1996) citan el trabajo de Pribor et al (1993) quienes encuentran en una muestra de 100 mujeres con trastorno por somatización que el 90% informaban de haber sufrido de algún tipo de abuso, el 80% de la muestra mencionaba abusos sexuales. En este porcentaje se incluían los abusos independientemente de la edad de ocurrencia (infancia o adultez). En otro estudio, Morrison (1989) encuentra que el 55% de las 60 mujeres con trastorno por somatización habían sufrido algún tipo de abuso sexual (definido como cualquier contacto sexual indeseado) antes de los 18 años en comparación con el 16% de las mujeres del grupo de comparación (con diagnóstico de trastorno afectivo). En el grupo de mujeres con trastorno por somatización había comparativamente una mayor frecuencia de abusos que implicaban penetración vaginal. Este mismo autor informa del estudio de Bryer et al (1987) en el que las mujeres con trastornos psiquiátricos que informaban de abusos físicos y sexuales en la infancia tenían puntuaciones elevadas en la escala de somatización del SCL-90 y en la subescala de problemas somatoformes del Inventario Clínico Multiaxial de Millon (MCMI).

Un estudio reciente de McCauley, Kern, Kolodner, Dill, Schroeder, DeChant, Ryden, Derogatis & Bass (1997) comparó un grupo de mujeres que habían sufrido alguna experiencia de abusos (físicos o sexuales) únicamente durante la infancia (hasta los 18 años) con un grupo de mujeres que nunca había sufrido esta clase de experiencia. De modo similar a los estudios citados previamente, se encontró que las medidas de somatización y de malestar psicológico eran significativamente mayores en el primer grupo. Por otra parte, las mujeres que informaban de 6 o más síntomas somáticos era 4 veces más fácil que pertenecieran al grupo de abusos en la infancia que las que informaban entre 0 y 2 síntomas. Las mujeres del grupo de abusos en la infancia tenían puntuaciones similares en síntomas físicos que las que informaban de abusos en la actualidad.

El estudio de Van der Kolk et al (1996) aporta datos que apoyan el papel de las experiencias traumáticas en la somatización como una influencia a largo plazo junto a otros efectos como las alteraciones en la regulación de la intensidad de las respuestas

afectivas o las experiencias disociativas. Estos tres conjuntos de síntomas tienden a darse asociados representando “los complejos efectos somáticos, cognitivos, afectivos y conductuales del trauma psicológico, particularmente del que ocurre tempranamente en la vida”. En el estudio participaron 395 sujetos que buscaron tratamiento en cinco centros con programas de tratamiento para víctimas de traumas psicológicos así como otros 125 que informaban de haber sufrido algún acontecimiento estresante de gran magnitud y que fueron reclutados de una muestra comunitaria. Algunos de los sucesos estresantes considerados fueron los siguientes: violación, otros ataques sexuales, ataque físico, homicidio de familiares o amigos íntimos, accidentes graves, desastres naturales o provocados y combate militar. En lo que se refiere a la somatización, el 84% de los 182 pacientes con sintomatología de estrés post-traumático actual informaban de este tipo de síntomas, entre los 71 sujetos con historia pasada de trastorno de estrés post-traumático (TEPT) pero no en la actualidad un 52% informaban de somatización. Es decir, en estos, aunque los síntomas del TEPT habían desaparecido, quedaban rasgos asociados a la experiencia de traumas como es la somatización. En el grupo de sujetos que nunca habían sufrido de TEPT (n=139), el porcentaje de somatización era de 27%. Por otra parte, cuando se considero el tipo de trauma y la edad de ocurrencia se encontró que los traumas relacionados con los abusos eran especialmente perturbadores: De los 148 sujetos expuestos a abusos antes de los 14 años de edad, el 76% sufrían en la actualidad síntomas somáticos funcionales, la cifra era algo menor entre aquellos (n=87) que sufrieron los abusos después de los 14 años (69%). La experiencia de traumas de tipo interpersonal a edades tempranas estaba, en general, asociada a una psicopatología de estrés post-traumático más compleja. En las víctimas de desastres la sintomatología somática se daba en el 29%.

Rogers, Weinschenker, Warshaw, Goisman, Villa, Fierman & Keller (1996) encuentran en una muestra de pacientes con trastornos de ansiedad (n=654) que aquellos con trastornos somatoformes asociados (n=36) de los que el 44% (n=16) eran hipocondríacos informaban de historias de trastorno de estrés post-traumático y de experiencias traumáticas previas en un porcentaje significativamente mayor que los otros sujetos de la muestra (22% vs 8% y 36% vs 24% respectivamente).

En el estudio de Davison, Sharpe, Wade & Bass (1999) citado previamente se encontró que de los diez sujetos con distintos diagnósticos somatoformes y con un

grado de incapacidad severo, solo uno informaba de ausencia de experiencia en la infancia de abusos físicos o sexuales (6 pacientes informaron de abusos sexuales, 6 de abusos físicos y en el caso de 3 de ambos). Los autores de este estudio destacan que ninguno de los 6 pacientes que habían sufrido abusos sexuales habían hablado nunca de la/s experiencia/s traumática/s. Esta inhibición en la comunicación, como después se indicará, se ha relacionado con una mayor facilidad de que la respuesta emocional a la experiencia traumática siga un curso desfavorable.

Finalmente Escobar, Waitzkin, Silver, Gara & Holman (1998) informan de varios estudios que examinaron la relación entre acontecimientos traumáticos y síndrome de somatización abreviada (al menos 4 síntomas físicos médicamente inexplicados para los hombres y 6 para las mujeres). Por ejemplo en uno de ellos (Golding, 1994) se encontró que el constructo de somatización abreviada discriminaba bien entre sujetos que habían experimentado abusos físicos o sexuales de aquellos que no.

Los resultados de los estudios citados aunque sugerentes deben tomarse con cautela dado que en ocasiones la propia definición de abuso no es clara. Por ejemplo, en el estudio de McCauley et al (1997) se incluía en el grupo de abusos en la infancia a las mujeres que respondían “sí” a alguna de las siguientes cuestiones “¿ha sufrido en alguna ocasión abusos físicos antes de los 18 años?” y “¿ha sufrido en alguna ocasión abusos sexuales antes de los 18 años?”. Como es comprensible, tales preguntas dejan un margen amplio a la subjetividad a la hora de decidir si se ha sufrido o no abusos. Otros, por el contrario, han tenido especial cuidado en la definición de abuso. Los hallazgos en unos y otros han sido consistentes en sus resultados. Otra limitación metodológica se deriva del carácter retrospectivo de estos estudios. En concreto, Lesserman et al (1996) indican que “es posible que sesgos en el recuerdo afecten o amplifiquen esta relación (*Abusos-síntomas somáticos*), de modo que las mujeres que es más fácil que recuerden abusos sean también las que informen de mayor distrés psicológico y conductas de enfermedad”. Por otra parte, la relación encontrada puede derivarse de otras variables asociadas más que de la que se hipotetiza. Por ejemplo, es posible que las mujeres que informan de abusos sean también aquellas que han sufrido en mayor medida otras clases de experiencia tales como falta de atención o dinámicas familiares patológicas y que sean estas experiencias, más que las primeras, especialmente influyentes en la

predisposición a la somatización (Stuart & Noyes, 1999). Es decir, como plantea Rutter (1984, cit. Bass & Murphy, 1995), los modelos simples que vinculan los trastornos de la adultez a experiencias aisladas en la infancia son inadecuados. Algunos autores, por otra parte, consideran que la asociación entre experiencias de abusos y síntomas somáticos funcionales es inespecífica. Por ejemplo, Talley, Boyce & Jones (1998, cit. Reid & Wessely, 1999) encuentran que esta asociación no se mantuvo en pacientes con síndrome de colon irritable cuando se controló la influencia del neuroticismo.

En todo caso, y pese a la existencia de evidencias contradictorias en esta área de investigación, Pennebaker (1982) considera que las experiencias que suponen una activación fisiológica intensa están en la base de la formación de esquemas orientados hacia el funcionamiento corporal que determinan una mayor tendencia a percibir y a informar de síntomas. Experiencias como las citadas (abusos, enfermedades) según esta explicación influyen en la percepción e información de síntomas a través de la formación del esquema corporal particular y/o de la activación de procesos atencionales a largo plazo que implican una observación del estado interno más focalizada.

En el caso específico de los abusos sexuales se han ofrecido explicaciones de tipo fisiológico para dar cuenta de la relación con la presencia incrementada de síntomas somáticos. En concreto se señala que la estimulación genital traumática podría disminuir los umbrales sensoriales de los nociceptores viscerales, aumentando así la sensibilidad al dolor pélvico/abdominal u otros síntomas intestinales (Mayer & Gebhart, 1994, cit. Lesserman et al, 1996)

g) Evitación cognitiva. Pennebaker, Kecolt-Glaser & Glaser (1988) aluden al posible papel de la evitación de confrontarse al recuerdo y elaboración de las experiencias traumáticas en la presencia de molestias físicas y eventualmente en el desarrollo problemas de salud. En concreto señalan que “la inhibición o la exclusión activa de pensamientos, emociones o conductas está asociada a un trabajo físico que con el tiempo puede conducir a la enfermedad” y que “confrontar un trauma puede ser beneficioso desde al menos dos perspectivas: 1) la persona ya no necesita inhibir activamente o mantener aparte unos pensamientos o sentimientos...Confrontar el trauma puede reducir, así, el trabajo a largo plazo de inhibición y 2) al confrontar el trauma se puede asimilar, reenmarcar o hallar significado en el suceso”. En el estudio que se está

comentando se examinaron los efectos que el escribir acerca de experiencias traumáticas tiene sobre el estado físico y medidas de malestar emocional. Los 50 participantes del estudio (estudiantes universitarios) se dividieron en dos grupos. En uno las instrucciones eran escribir 4 días durante 20 minutos diarios acerca de experiencias pasadas perturbadoras. Al otro grupo se le indicaba que escribieran sobre experiencias triviales. Algunos de los tópicos sobre los que escribieron los sujetos del primer grupo eran experiencias de pérdida y soledad, violencia familiar, humillación pública o abusos. Dentro de este grupo se distinguió entre aquellos que informaban que el tema sobre el que habían escrito lo habían revelado en el pasado y los que informaban de que era la primera vez que se expresaban acerca de lo ocurrido. Los resultados indicaron que entre estos últimos aunque la revelación a corto plazo inducía elevado malestar emocional y activación autonómica, posteriormente se relacionaba con reducciones notables en ambos. El ejercicio también tuvo efectos beneficiosos sobre la función inmunológica. Además, los sujetos del grupo que escribió acerca de acontecimientos perturbadores valoraban el ejercicio como más útil y significativo para ellos (media de 4,35 vs 2,33 en una escala 0-7). En un estudio posterior (Pennebaker, 1993) se encontró que un componente crítico para el efecto beneficioso de esta experiencia era la medida en que los escritos reflejaban aceptación e integración del suceso en la propia historia personal. Por otra parte, los que mejoraban más eran aquellos en los que el análisis de los escritos indicaba una progresión hacia una mejor organización en el relato y grado de aceptación y optimismo. La principal conclusión de los estudios de Pennebaker y colaboradores es que “aunque a corto plazo confrontar experiencias perturbadoras puede ser psicológicamente doloroso y activador fisiológicamente. A largo plazo, sin embargo, ...está asociado a una mejora en la salud física y psicológica”.

También Blumer y Heilbronn (1981) aluden al papel de la evitación de la confrontación de “conflictos” personales en la experiencia continuada de molestias físicas.

Kellner (1986, 1990) incluye entre los factores que afectan la experiencia de síntomas físicos la “inhibición, represión y falta de confianza”. Considera Kellner que uno de los modos en que las relaciones personales íntimas pueden tener un efecto de mejora del bienestar no solo psicológico sino también físico es a través de la oportunidad de auto-revelación que implican.

Eifert (1990) en las consideraciones de tratamiento de la cardiofobia incluye como elemento importante la confrontación de experiencias traumáticas vinculadas al inicio de las molestias pectorales provocadoras de respuestas de ansiedad.

Finalmente, Horowitz (1993) señala el mantenimiento de síntomas corporales e incluso desarrollo de síndromes psicósomáticos como una de las indicaciones de dificultad significativa en completamiento del proceso de duelo tras la pérdida de un ser querido. Para el autor, uno de los factores importantes que impiden un curso favorable en la respuesta emocional a la pérdida es “la evitación de la contemplación en el pensamiento, comunicación o acciones de algunos tópicos importantes relacionados con la pérdida”.

h) En el mantenimiento de síntomas físicos pueden estar implicados procesos de aprendizaje como el condicionamiento clásico. Por ejemplo, tras padecer una enfermedad grave u otra experiencia relacionada con la enfermedad con carga emocional y fuerte activación fisiológica, se pueden adquirir respuestas fisiológicas condicionadas ante determinados estímulos que evocan la experiencia. Es decir, estímulos, tanto internos como externos previamente neutrales, pueden a partir de entonces provocar una respuesta emocional (por ejemplo, aumento de la tensión muscular y de la actividad del sistema nervioso simpático) que intensifica las sensaciones corporales (Kellner, 1986; Chambers y Bass, 1990).

Kellner (1985) hace referencia al papel del condicionamiento clásico en la experiencia de síntomas del modo siguiente: “La ansiedad y los cambios fisiológicos concomitantes que dan lugar a síntomas somáticos pueden condicionarse a estímulos ambientales y probablemente también a estímulos internos, tales como cambios corporales percibidos y quizás también pensamientos sobre la enfermedad. Estos procesos pueden formar los constituyentes de un círculo vicioso de ansiedad, sensaciones somáticas y más ansiedad. Las repeticiones frecuentes de este círculo pueden llevar a un sobreaprendizaje y a una secuencia rápida y predecible”.

El papel del condicionamiento clásico ha sido enfatizado por Wolpe & Rowan (1988) en el trastorno de pánico, que en algunos casos bien pudiera concebirse como

una forma de hipocondría centrada en síntomas autonómicos de la ansiedad tales como las palpitaciones o la sensación de mareo (Schmidt, 1994) tal y como se ha argumentado previamente. Consideran los autores que tras sufrir un ataque de pánico inesperado, la experiencia de síntomas de menor intensidad que evocan los del ataque puede disparar automáticamente un nuevo episodio de pánico con toda la sintomatología neurovegetativa característica. Por otra parte, en los pacientes con trastorno de pánico situaciones en las que han experimentado crisis es más fácil que den lugar a un nuevo episodio, lo que en muchos casos conduce a la evitación de tales situaciones. Es decir, tanto estímulos internos como externos en principio emocionalmente neutrales pueden convertirse por su asociación con estímulos incondicionados (ataque de pánico) en estímulos condicionados generadores de respuestas condicionadas de ansiedad.

i) También se han implicado procesos de condicionamiento operante en el mantenimiento de síntomas somáticos médicamente inexplicados. En varios de los estudios citados en este apartado se propone como mecanismo de mantenimiento importante la ocurrencia de consecuencias positivas contingentemente a la expresión de síntomas y “conductas hipocondríacas” sin que se distinga con claridad ambos conceptos. La experiencia y expresión de síntomas y la preocupación mórbida por la salud son fenómenos relacionados pero no equiparables. Leonhard (1961, cit. House, 1989) en tal sentido señala que “las quejas hipocondríacas tienen su origen en el miedo genuino a estar enfermo más que en el deseo de estarlo”. Es posible que la expresión de síntomas crónicos y la asunción del rol de enfermo de modos injustificados no venga acompañado de preocupación notable por la salud. Por esta razón se ha optado por incluir en este apartado aquellos estudios centrados en la expresión/experiencia de síntomas aunque los autores se refieran a ello como “conducta hipocondríaca”.

El condicionamiento operante hace referencia a la tendencia al aumento de aquellas conductas que van seguidas contingentemente de consecuencias positivas y a disminuir las que lo hacen de consecuencias negativas. En el caso de la conducta de enfermedad anormal, la expresión de quejas acerca del dolor o malestar sería seguida de consecuencias positivas que alentarían su continuidad e influirían la propia experiencia somática, probablemente a través del fomento de la atención selectiva de las sensaciones o del descenso del umbral para juzgar los estímulos corporales como dolorosos e informar de ellos (Kellner, 1986). Por ejemplo, Flor, Birbaumer & Turk,

(1990) citan los estudios de Whitehead (1980) y Ritchie (1973) en los que se demuestra que los pacientes que sufrían del síndrome de colon irritable informaban de dolor a niveles muy bajos de distensión abdominal en comparación con los sujetos de los grupos control.

Phillips (1988/1991, pag. 117) alude al papel del refuerzo social en la conducta de queja del modo siguiente: “Inicialmente puede producirse un incremento marcado de la atención de los demás y de la demostración de ofrecimientos de ayuda de múltiples maneras. A corto plazo puede resultar placentero conversar con los otros y aceptar sus ofrecimientos. Desgraciadamente, cuando el dolor persiste los demás comienzan a aburrirse y empiezan a alejarse del paciente. Algunas veces esto provoca demandas más vigorosas de ayuda y atención, con incremento de las conversaciones sobre el dolor y las demostraciones de incapacidad....Muchas veces, cuando los individuos hablan de su dolor es más para obtener algún tipo de simpatía y comprensión que para informar directamente de cualquier aspecto de su problema...Después de algunos años se desarrolla el hábito de hablar indirectamente de las necesidades y deseos y de remarcar el dolor y la incapacidad como una manera de alcanzar tales deseos. Estos cambios son sutiles y lentos, como los del desarrollo de cualquier hábito”.

Así pues, consecuencias positivas de la expresión de molestias corporales como son la atención incrementada o simpatía de otros pueden alentar la continuidad de las conductas de dolor como quejas verbales, suspirar o determinados gestos que reflejan malestar. La intensidad informada de la experiencia de dolor es asimismo más alta entre aquellos pacientes cuya conducta de dolor es seguida habitualmente por consecuencias sociales favorables (Kerns, Haythornthwaite, Soutwick & Giller, 1990). En definitiva, como señalan Katon, Kleinman & Rosen (1982) “las quejas físicas son señales legítimas para obtener cuidado, atención, simpatía y tiempo. Poseen eficacia social”.

La conducta de queja, además, puede verse favorecida por características de personalidad particulares. Por ejemplo, Millon (1979), en su análisis de los patrones histriónicos de la personalidad comenta: “Verse colmado de cuidados y atenciones es un refuerzo para la mayoría de las personas. En los histriónicos es como una droga que necesitan para seguir adelante. Cuando sienten un estado de vacío y aislamiento, buscan desesperadamente proveerse de atención y apoyo. Estar enfermo es una solución

sencilla porque requiere poco esfuerzo y es garantía de atención”. Por otra parte, en los problemas de somatización en la infancia se ha señalado la influencia del perfeccionismo como un factor de riesgo. Garralda (1992) hace referencia a niños (especialmente niñas) que tienen en común “ser buenos en todo” y estar implicados en muchas actividades. Indica Garralda que debajo de esta fachada se esconden niños con altas expectativas para si mismos “que odian ser cualquier cosa menos los mejores”. Esta actitud trae consigo una alta carga de presión. Una enfermedad particular puede suponer la liberación transitoria de las presiones y dificultar el retorno a las altas expectativas. Ambas consecuencias podrían estar implicadas en la persistencia de las quejas físicas.

Además del refuerzo social, otras contingencias positivas pueden favorecer el mantenimiento de la conducta y la experiencia de dolor en ausencia de patología. Por ejemplo, los pacientes con pensiones de incapacidad permanecen más tiempo incapacitados que quienes no las tienen, aspecto que se ha considerado relevante, por ejemplo, en el síndrome post-concusional (Lishman, 1988).

Parsons (1951, cit. Ballester, 1993) describió algunas de las consecuencias de la asunción del rol de enfermo: a) el paciente está exento de muchas de las responsabilidades sociales habituales, b) se espera de él que quiera recuperarse y c) debe mostrar que desea ayuda médica y que coopera con el tratamiento, no esperándose que mejore con sus propias habilidades o fuerza de voluntad. Así, el papel de enfermo tiene sus ventajas y desventajas. Las circunstancias del paciente o sus características de personalidad pueden hacer del rol de enfermo especialmente ventajoso y aferrarse a él por razones como las señaladas (Carnwath & Miller, 1986/1989, pag. 265). La conducta de enfermedad anómala y en concreto al expresión de molestias sin base médica discernible y las consecuencias que estas tienen en la limitación de las actividades vitales ha sido considerado por algunos como una forma de eludir la responsabilidad en el afrontamiento de las circunstancias de la vida. El somatizador, desde esta perspectiva, se acomodaría al rol de enfermo con un propósito: evitar la responsabilidad teniendo al mismo tiempo una excusa que le permite salvar su autovaloración. Al actuar de este modo engaña a los demás pero también a si mismo, a diferencia del simulador que mientras que engaña a los demás no se engaña a si mismo (Waldman, 1968).

Por otra parte, el énfasis en el malestar somático y la asunción del rol de enfermo puede servir a una función de evitación de una etiqueta psiquiática indeseada o descargar de responsabilidad al paciente acerca de su sufrimiento en aquellos pacientes en los que el problema subyacente es de tipo psicológico. Es decir, los problemas psicológicos fácilmente se asocian subjetivamente a la noción de ausencia de voluntad para superarlos cosa que no ocurre con los problemas físicos que se experimentan como algo que simplemente ocurre y que está más allá de la propia voluntad. También se ha señalado que la expresión somática de los problemas psicológicos puede ser menos amenazante para la cohesividad familiar que la expresión propiamente psicológica. Estas “ventajas” podrían concebirse como consecuencias positivas de la expresión predominantemente somática del malestar psicológico (Goldberg & Bridges, 1988; Taylor & Mann, 1999).

La teoría sistémica ha descrito varios patrones de funcionamiento familiar cuando alguno de los miembros manifiesta síntomas. Tales patrones potenciarían el mantenimiento de la conducta sintomática. Por ejemplo, la manifestación de síntomas provocados por una perturbación física real puede dar lugar a una respuesta del sistema familiar al síntoma que favorece su continuidad a través de la reorganización de la conducta de la familia alrededor del mismo aun después de que el trastorno original haya desaparecido. Otro patrón sería aquel en el que la presencia de un miembro crónicamente enfermo sirve como foco de redoblada atención cuando surgen problemas en otras áreas como un medio de desviarla de las mismas. En ambos patrones, la organización de la conducta familiar alrededor del síntoma se convierte en una solución para la inestabilidad sistémica de la familia, sobreimponiendo un nuevo cuadro sintomático sobre el original. Con el tiempo, la participación en esta clase de transacciones puede llevar a la persona a la utilización de la conducta sintomática en la regulación de sus relaciones interpersonales (Griffith, Griffith & Slovik, 1989).

Algunos ejemplos adicionales de consecuencias ventajosas que pueden estar implicadas en la expresión de quejas y atribuciones somáticas son:

-La justificación ante los fracasos de manera que la propia autovaloración y la valoración por parte de otros no sea desfavorable (Jones y Berglas, 1978; Smith, Snyder & Perkins, 1983; Waldman, 1968)

-Protegerse del estigma asociado con frecuencia al diagnóstico de un trastorno psicológico (Powell, Dolan & Wessely, 1990)

-Desviación de la atención hacia el cuerpo para no enfrentarse a la baja autoestima (Sullivan, cit. Arieti, 1975) o pensamientos perturbadores (Pilowski 1967, Kellner, 1986, pag. 102)

-Manejo de las relaciones interpersonales problemáticas (Berne, cit. Avia, 1993, Griffith, Griffith & Slovik, 1989)

-Comunicar malestar psicológico de una manera indirecta y obtener de este modo una respuesta de los otros al propio malestar (Szasz, cit. Bayer, 1985; Henderson, 1974; Balint, 1957, cit. Bass & Murphy, 1995; Stuart & Noyes, 1999)

-Evitar enfrentarse a conflictos irresolubles (Kellner, 1991, pag. 205), comunicar encubiertamente un reproche (Vaillant & Perry, 1982)

-Constituir un modo de protesta indirecta (que evita así las potenciales consecuencias negativas de la protesta o confrontación directa) derivada de las frustraciones por las propias condiciones de vida, por ejemplo, en víctimas de explotación o humillación basada en desventajas económicas, étnicas o de género (Kirmayer & Young, 1998).

Beecher (1956, cit. Kellner, 1986, pag. 92) ejemplifica así las diferencias individuales en la experiencia de dolor influida por contingencias ambientales: “en una situación en la que una lesión conlleva una gran ventaja y significa poder escapar del miedo y ansiedad abrumadores de la muerte en el campo de batalla (las heridas de guerra finalizan el servicio militar), las heridas extensas se asocian con poco dolor comparativamente. En una situación en la que la lesión connota desastre (cirujía mayor en la vida civil), lesiones menores se asocian con mucho más dolor que en la situación primera. La diferencia esencial parece deberse al nivel de ansiedad en los dos casos, en la actitud del paciente y en la reacción a su herida”.

Otro ejemplo lo ofrecen Feuerstein, Labbé & Kuczmieczyk (1986): “un hombre joven al que le resulta difícil relacionarse con mujeres podría sentir que es más cómodo

quedar en casa con dolor de espalda persistente que salir con los amigos por temor a encontrarse con una mujer y verse obligado a relacionarse con ella”.

Es posible también que más allá de las potenciales ventajas de asumir el papel de enfermo, en el mantenimiento de la conducta de enfermedad anormal estén implicados otros mecanismos. En concreto, Bayer (1985) llama la atención sobre las teorías de la disonancia cognitiva, de la auto-presentación y del manejo de la impresión como potencialmente útiles en la comprensión del mantenimiento de las conductas de enfermedad anormal caracterizadas por un informe exagerado de síntomas, rechazo del papel de los factores psicológicos en la experiencia de síntomas y creencias de enfermedad. Señala este autor que la persona por motivos diversos (por ejemplo, evitación de actividades desagradables) puede verse inducida a implicarse en una conducta de enfermedad anormal (por ejemplo, exageración de los síntomas físicos experimentados). En un segundo momento, sin embargo, pueden entrar en juego otros procesos como los contemplados en las teorías citadas. Estas teorías aluden a la reducción, a través de la autojustificación, de la disonancia cognitiva cuando se pone en marcha una conducta que es discrepante de lo valorado como correcto (la información exagerada de síntomas de cuya exageración la persona se da cuenta es un ejemplo de ello). Es decir, la persona ante su conducta discrepante estará motivada a reducir el malestar que este hecho le produce autojustificando su conducta como proporcionada al grado de dolor. Tal autojustificación puede significar representar erróneamente los síntomas como más intensos (o más graves) de lo que en realidad son. Podría, así, “autoconvencerse” de la realidad de su malestar. La motivación a la autojustificación puede deberse, más que a la necesidad de reducir el malestar provocado por el estado de disonancia cognitiva, a la necesidad de mantener una buena opinión de uno mismo. La finalidad sería entonces el mantenimiento de la autoestima ante la amenaza que supone actuar de una manera engañosa (teoría de la autopresentación). Finalmente, la motivación podría tener relación con el intento de evitar una mala opinión de los otros (teoría del manejo de la impresión). La impresión clínica de que la persona con quejas somáticas médicamente inexplicadas parece muchas veces más deseoso de “lograr” una etiqueta diagnóstica para sus síntomas que su alivio apoyaría el papel de este mecanismo en el mantenimiento de la expresión de molestias.

Una de los aspectos que se ha destacado en los problemas hipocondríacos es la facilidad para que la relación médico-paciente se deteriore y se haga difícil (Nemiah, 1982). Es comprensible que la expresión de molestias para las que no se haya una explicación clara y que son resistentes a los intentos terapéuticos generen en el médico frustración y que eventualmente conduzcan a afirmaciones que subrayan el carácter inauténtico de los síntomas (por ejemplo, sugerencia de que el dolor es imaginado o está en la cabeza). La actitud escéptica del médico puede conducir en el paciente a una intensificación de la expresión sintomática como una manera de obtener la atención y reconocimiento hacia sus síntomas que siente que ha perdido (Kouyanou, Pither, Rabe-Hesketh & Wessely (1998). A partir de aquí podrían operar otros procesos como los señalados por las teorías comentadas.

j) Cambios de conducta en respuesta a la enfermedad que son adaptativos en un primer momento pueden, si se hacen habituales, conducir a un empeoramiento del estado físico general y continuidad de las molestias a la larga. Por ejemplo la evitación de la actividad que se asocia a un aumento de dolor, tras la recuperación del problema físico que motivó la experiencia de dolor, puede continuar alentando la percepción de mala salud y la presencia de síntomas relacionados con la inactividad. Otras conductas como el autochequeo corporal para asegurarse de la ausencia de alteraciones físicas puede inducir, si tal conducta se hace repetidamente, molestias en la zona corporal objeto de comprobación (Phillips, 1988/1991; Salkovskis, 1989). Marks (1987/1991, pag. 115) menciona el caso de una mujer con fobia al cáncer de mama que se autoinspeccionaba repetidamente los pechos, con el tiempo esta conducta provocó cambios y molestias que intensificaron los temores. Finalmente, determinados cambios conductuales pueden tener efectos menos directos en la somatización. Por ejemplo, la reducción de actividades gratificantes influye negativamente en el tono anímico lo que en si mismo favorece la experiencia de síntomas.

k) La focalización somática ha sido repetidamente señalada como un factor importante en la continuidad de las molestias. Ya en el siglo pasado Holland (cit. Lipowski, 1989) señaló el papel de la atención sobre la percepción corporal: “entre los fenómenos que atestiguan las diversas influencias de la mente sobre los órganos corporales, ¿se ha reparado suficientemente en los efectos que dependen del simple acto

de concentrar la atención sobre ellos?” y Jaspers (1966. Pag. 513) hace referencia a la influencia en la experiencia somática de la auto-observación ansiosa del cuerpo y las funciones corporales del siguiente modo: “Es anormal que el cuerpo del hombre juegue un papel para el hombre. El sano vive su cuerpo, pero no piensa en él; no lo advierte. El cúmulo de sufrimientos físicos no es causado en una parte muy difícilmente delimitable por enfermedades fisiológicas palpables, sino por la reflexión del alma. Cuando se intenta delimitar lo que podría estar fundamentado en un cuerpo lábil (astenia), lo que son típicas manifestaciones corporales concomitantes de los procesos psíquicos, queda un campo de sufrimiento físico que tiene su fuente en la auto-observación y en la inquietud y que crece en la medida que el individuo hace de su cuerpo un contenido vital. La auto-observación, la espera, el temor llevan al desorden de las funciones fisiológicas, hacen nacer dolores, provocan insomnio. La angustia de estar enfermo, y el deseo de estar enfermo, ambos transforman, en la reflexión sobre el cuerpo, la vida consciente en una vida con un cuerpo enfermo”. Ortega (1924, cit. Sarró, 1975), por su parte, se expresa al respecto del siguiente modo: “El neurasténico (*valdría decir hipocondríaco*) suele padecer pequeños trastornos circulatorios, desórdenes vasculares, que suscitan en el interior del cuerpo sensaciones insólitas. Al llevar cada cual su intracuerpo consigo, en perenne compañía, no solemos parar mientes en él. Es el personaje invariable que interviene en todas las escenas de la vida, y, por lo mismo, no atrae la atención. más cuando en él se producen esas insólitas sensaciones, la atención comienza a retraerse del mundo externo y a fijarse con frecuencia e insistencia anormales en la interioridad de nuestro cuerpo. Esta inversión hacia adentro de la atención es característica de todo neurasténico. Empieza a ser problema para él lo que para el hombre saludable no lo es nunca: su cuerpo interior. Y llega, con el hábito, a ser un virtuoso del escucharse a si mismo. Normalmente no sentimos, por ejemplo, este terrible, pavoroso acontecimiento que es el fluir de la sangre por las venas; el sentirla llegar, tal vez con esfuerzo, al extremo de los dedos de las manos y de los pies; el notar el martilleo fatídico de la pulsación en las sienas. Pues bien; he aquí uno de los síntomas más característicos de la neurastenia: sentir la circulación de la sangre. Al poco tiempo, esta función, tan inadvertida por el sano, se convierte en el hecho de más bulto y más de primer plano en la perspectiva del enfermo. El resto del mundo parece alejarse borroso, perder realidad, y en su lugar se instala, gigantesco, formidable, el líquido drama de la sangre circulante, el golpe rítmico del corazón, que da su mágica pulsación, sostén de la vida -su mágica pulsación-, que siempre parece que va a ser la última. ¿Cómo puede

parecer extravagante ni patológico que a tan insólitas sensaciones reales, auténticas, reaccione el enfermo con pánicos terrores y lamentables angustias?”.

A través de la atención se hacen más notorias sensaciones que de otra manera pasarían desapercibidas (Pennebaker, 1982; Haenen, Schmidt, Kroeze & Van der Hout, 1996; Schmidt, Wolfs-Takens, Oosterlaan & Van der Hout, 1994). Ejemplo de ello es que las instrucciones a fijarse en determinadas sensaciones influyen en la experiencia de las mismas. Por ejemplo, Pennebaker (1982) instruyó a sujetos a prestar atención a la sensación de bloqueo nasal mientras que a otros se les dió la instrucción de que se fijaran en como el aire pasaba libremente. Los primeros informaron significativamente de más dificultades respiratorias. Este mismo autor informa que es más fácil que los sujetos informen de síntomas de gripe si previamente se señala la existencia de una epidemia de gripe. La inducción de expectativas acerca de síntomas físicos puede dirigir la atención hacia los mismos de modo que se hacen más salientes. En el siguiente estudio de Pennebaker & Skelton (1981, Avia, 1993, pag. 98) se ilustra este mecanismo: a dos grupos de sujetos se les hizo a creer que un hipotético sonido ultrasónico provocaría aumento o disminución de la temperatura de los dedos de las manos relacionada con la supuesta dilatación o constricción arterial. De acuerdo con lo esperado los sujetos de uno y otro grupo informaban de más sensaciones anticipadas. Otro ejemplo del papel de la atención en la experiencia somática es ofrecido por Levine et al (1982, cit. Barsky, 1992) que observan que cuanto más frecuentemente se les solicitaba que valoraran el grado de dolor a pacientes que habían sido sometidos a una intervención quirúrgica más intenso lo valoraban. La frecuente observación de que los síntomas corporales aumentan por la noche, al disminuir la estimulación externa, es probable que tenga que ver con que la atención entonces se vuelca hacia el cuerpo al disminuir los estímulos externos distractores. Los pacientes con dolor crónico es frecuente que restrinjan notablemente las actividades en las que previamente estaban implicados y que ello influya en la probabilidad de atender, detectar y evaluar las sensaciones corporales. Hay pruebas de que las tendencias estables hacia la conciencia corporal influyen en la experiencia somática. Por ejemplo, en un estudio con 144 pacientes con dolor crónico (cefalea, fibromialgia, artritis reumatoide y dolor de espalda) se encontró que aquellos con puntuaciones más altas en una medida de conciencia corporal informaban de mayor frecuencia e intensidad del dolor (Ferguson & Ahles, 1998). Con entrenamiento se puede aprender a discriminar con más precisión las

sensaciones corporales, lo que probablemente influya en que la atención autofocalizada tenga como consecuencia una mejora en la habilidad para percibir sensaciones o detectar cambios en las áreas corporales implicadas. Los hipocondríacos, con su tendencia a la focalización corporal, podrían convertirse de este modo en expertos en la detección de los cambios internos (Kellner, 1987, 1990).

El papel de la atención en la experiencia de síntomas y preocupaciones somáticas es documentado en un estudio de tratamiento con una técnica denominada “Entrenamiento Atencional” aplicada a tres sujetos que cumplieran los criterios diagnósticos para hipocondría (Papageorgiou & Wells, 1998). La aplicación de esta técnica, que consistía básicamente en sesiones de práctica de distracción de las sensaciones corporales en la clínica y como tarea para casa, condujo a decrementos significativos en la experiencia de síntomas, preocupaciones por la salud y conductas relacionadas (por ejemplo, comprobaciones corporales o visitas médicas en busca de reaseguramiento). Los autores avanzan la hipótesis de que la distracción practicada da lugar a los cambios referidos a través de un cambio en la atribución de los síntomas. La experiencia de capacidad para influir sobre los síntomas puede convencer al paciente de la importancia de la atención en la sintomatología física y esta interpretación benigna de los síntomas llevar a una reducción de las preocupaciones.

Resumen y conclusiones

Como resumen de lo expuesto en este apartado se puede decir que la experiencia de síntomas somáticos funcionales es un fenómeno complejo en el que además de mecanismos biosensoriales (magnitud relativa de la estimulación en el receptor interno) influyen otros factores tales como la atención, interpretación de los síntomas y sensaciones corporales, estado emocional o procesos de aprendizaje (Cioffi, 1991; Pauli, Schwenger, Brody, Rau & Birbaumer, 1993; Flor, Birbaumer & Turk, 1990; Pennebaker, 1982; Lloyd, 1983). El papel y peso de cada uno de ellos es variable entre pacientes y en los mismos pacientes en distintos momentos. Tal variabilidad puede ir desde la ausencia de relevancia hasta jugar un papel predominante en el malestar físico. Por otra parte, difícilmente estas influencias operan de una manera independiente unas de otras. La interinfluencia probablemente refleja mejor la realidad. En este último sentido Kellner (1990) comenta que “Un mecanismo común en la somatización, así

como en la hipocondría, parece ser un trastorno afectivo que induce síntomas físicos que se sigue de percepción selectiva de los mismos motivada por el miedo a la enfermedad u otras preocupaciones, con un subsecuente incremento de la ansiedad y síntomas somáticos, encadenándose estos elementos en un círculo vicioso”.

Katon y Walker (1998) resumen en 6 puntos los hallazgos principales en esta área de investigación:

1. Un alto porcentaje de los síntomas físicos de los pacientes de Atención Primaria no están asociados a un proceso de enfermedad orgánico. En concreto, un 40% de las visitas médicas se deben a alguno de 14 síntomas habituales como dolor pectoral, abdominal, de espalda o sensación de mareo. Kroenke et al (1989) informan que solamente a entre el 10 y el 15% de los pacientes que se presentan al médico con uno o más de estos síntomas se les detecta alguna enfermedad que subyace a la/s molestia/s con un periodo de seguimiento de 1 año.
2. La presencia de distrés psicológico o trastorno psiquiátrico aumenta la utilización de los servicios médicos, haya o no enfermedad.
3. Factores tales como el ambiente familiar temprano, experiencias de enfermedad previas y rasgos de personalidad específicos (como el neuroticismo) predisponen a la persona al desarrollo de síntomas somáticos médicamente inexplicados.
4. Hay asociación entre el número de síntomas inexplicados y riesgo a lo largo de la vida de malestar psicológico significativo y trastornos psiquiátricos y la fuerza de tal asociación aumenta en contextos de atención sanitaria especializada.
5. Los síntomas somáticos inexplicados constituyen un porcentaje significativo de los costos sanitarios (consultas, pruebas diagnósticas y otras intervenciones sanitarias).
6. Estos síntomas son predictivos de mayor dificultad en la relación médico-paciente.

Finalmente, debe recordarse que aunque el énfasis se ha puesto en los factores influyentes sobre la denominada sintomatología somática funcional y en la conducta de

enfermedad, es muy probable que factores como los descritos jueguen un papel en el inicio y/o curso de problemas de salud objetivables médicamente como ponen de relieve por ejemplo los estudios acerca de la relación estrés-salud, estado emocional-salud o, de un modo más general, personalidad-salud (por ejemplo, Cohen & Williamson, 1991, Brown & Moskowitz, 1997, Lazarus, 1991; Contrada, Leventhal & O'Leary, 1990). El reconocimiento de la influencia de las emociones sobre la salud se remonta a Galeno en el siglo segundo quien consideró “pasiones” como la ira y el miedo como causas importantes de enfermedad (cit. Salkovskis, 1988). En la actualidad este reconocimiento se plasma en la inclusión en las clasificaciones psicopatológicas de la categoría de “factores psicológicos que afectan al estado físico”. Los datos de que se dispone en la actualidad al respecto son, en palabras de Lazarus (1991), sugestivos más que definitivos. Por otra parte, como señala este autor “la salud es un resultado multivariado, afectado por un gran número de factores como los genes..., accidentes de la vida, toxinas ambientales y variables del estilo de vida. Cuando se ha tenido en cuenta la varianza producida por estas variables, lo que permanece como varianza sujeta a la influencia del proceso emocional es probablemente modesta”. Sandín, Chorot, Santed & Jiménez (1995), Friedman & Booth-Kewley, (1987) y Steptoe (1991) ofrecen elaboraciones teóricas y revisiones de estudios que abordan este campo. En el trabajo de Sandín et al (1995), por ejemplo, se recogen evidencias del papel de los factores psicológicos, entre los que se incluyen los problemas de tipo emocional sobre problemas médicos asociados al sistema inmune (como el cáncer, las enfermedades infecciosas, y problemas de alergia y piel), los problemas cardiovasculares, gastrointestinales, respiratorios, diabetes y dolor crónico. Estos autores, asimismo, caracterizan el estado actual de la investigación psicosomática en los siguientes cinco puntos:

- a) Aplicación al campo de la psicosomática de los principios del aprendizaje instrumental de respuestas autónomas.
- b) Desarrollo del modelo psicosocial del estrés basado en la relevancia de los sucesos vitales sobre la enfermedad.
- c) Énfasis en la interacción estímulo-cognición-emoción y en sus implicaciones sobre una nueva conceptualización de la conexión entre el estrés y la enfermedad.
- d) Consideración de la importancia de factores de tipo psicológico (tales como

estilos personales de reacción al estrés, estrategias de afrontamiento, apoyo social o hábitos de conducta) en la modulación, mediación y riesgo respecto a la enfermedad.

e) Ampliación del campo de estudio a nuevos problemas de salud. Ejemplo de esta ampliación es el área de la psico-neuro-inmunología.

2) interpretaciones de los síntomas

Kirmayer, Robbins & Paris (1994) señalan que más que el malestar físico, experiencia que es habitual, lo que caracteriza a los pacientes con trastornos somatoformes es la dificultad para enfrentarse al mismo. Ello incluye la tendencia a realizar atribuciones patológicas o catastrofizar acerca del significado de los síntomas.

El papel de las atribuciones de enfermedad de los síntomas somáticos en las tendencias hipocondríacas es puesto de manifiesto en el estudio de McLeod, Haynes & Sensky (1998) en el que se compararon sujetos con puntuaciones elevadas en ansiedad y bajas en hipocondría (escala de creencias de enfermedad de la Escala de Actitudes ante la Enfermedad de Kellner) con sujetos con puntuaciones altas en ambas (ansiedad e hipocondría). Se utilizó para evaluar las atribuciones un cuestionario en el que el sujeto elegía ante 10 sensaciones físicas comunes una atribución particular (relacionada con el estado emocional, de enfermedad o, finalmente, normalizadora). Los resultados indicaron que la tendencia a hacer atribuciones de enfermedad estaba vinculada específicamente con la hipocondría. En otro estudio (Hitchcock & Mathews, 1992) también se encontró que los sujetos con puntuaciones altas en la Escala de Actitudes ante la Enfermedad (EAE) hacían atribuciones de enfermedad grave en tareas explícitas como elegir una de entre varias posibles interpretaciones de una situación ambigua. No obstante, la tendencia a elegir la interpretación de amenaza no se circunscribía al tema de enfermedad sino que también se observó para situaciones de tipo social. Es decir el sesgo más que específico era general. Cuando la tarea implicaba la elección de la frase (con un significado concreto y claro) que mejor se correspondía a una frase presentada previamente cuyo significado era ambiguo, los que tenían puntuaciones altas en el EAE tendían a elegir aquellas que implicaban amenaza para la salud pero también, al igual que en el primer experimento, las que implicaban una amenaza de tipo social. En el tercer experimento, se solicitó que decidieran si una palabra con contenido de amenaza estaba presente en una frase presentada con anterioridad. En este caso se midió el

tiempo de latencia de la respuesta. La hipótesis de la que se partió era que los altos en hipocondría tardarían más en responder “no” cuando en la frase no apareciera la palabra ya que tal respuesta iría en contra del significado atribuido que obstaculizaría la toma de decisión. También se predijo que el tiempo de latencia sería menor cuando la palabra si apareciera. Los resultados de este tercer experimento indicaron que no había diferencias significativas en el tiempo de latencia para las frases relacionadas con amenazas de enfermedad o sociales cuando de lo que se trataba era de decidir que la palabra no había aparecido. Los altos en hipocondría tenían latencias más altas que los el grupo de comparación con puntuaciones bajas en hipocondría lo que refleja un sesgo hacia la amenaza pero más general que específico. Sí se observó que había especificidad en la velocidad de respuesta cuando la tarea consistió en reconocer la presencia de la palabra presentada previamente en la frase con un significado de amenaza (enfermedad grave). En este caso los altos en hipocondría mostraban una latencia menor (estadísticamente significativa) no solo con respecto a los otros sujetos sino también con respecto al otro tema (amenaza social), lo que sugiere una sensibilidad alta y específica. Los resultados del estudio de Hithcock & Mathews (1992) reflejan un hecho constatado: la tendencia a la asociación tendencias hipocondríacas y ansiedad rasgo. Las personas altas en ansiedad rasgo muestran una orientación cognitiva hacia las amenazas que se observa en sus ejecuciones en pruebas experimentales del tipo de las utilizadas por estos autores. No es extraño, pues, que si la ansiedad rasgo es mayor en los sujetos con tendencias hipocondríacas los sesgos cognitivos no se circunscriban a un área de amenaza en particular como es la enfermedad.

En un estudio reciente de Brown, Kosslyn, Delamater, Fama & Barsky (1999) se encontró, en contra de lo esperado, que los sujetos hipocondríacos (de acuerdo con los criterios diagnósticos del DSM-III-R) o con actitudes hipocondríacas marcadas (evaluadas a través de cuestionarios de autoinforme) no solo no reconocían con más facilidad palabras relativas a la salud que se habían degradado para dificultar su reconocimiento sino que mostraban una peor ejecución que los sujetos del grupo control. Ello podría reflejar, según los autores, el papel de una defensa perceptual frente a estímulos con carga emocional. Sin embargo, cuando la tarea implicaba el recuerdo de una serie de palabras tanto relativas a la salud como a otros temas, los sujetos del grupo de hipocondría recordaban más palabras de la primera categoría que los sujetos control.

Ello refleja una mayor elaboración cognitiva de las mismas en el grupo de hipocondríacos.

En otro estudio (Hadjistavropoulos, Craig & Hadjistavropoulos, 1998) también se documenta que los sujetos que puntuaban alto en una medida de ansiedad por la salud (EAE de Kellner) tienden, en contraste con sujetos con puntuaciones normales, a valorar de un modo más amenazante informaciones relacionadas con la salud (en este caso informaciones diagnósticas y síntomas de dolor inducidos experimentalmente). De manera parecida, en el estudio de Markus (1999) se encuentra que los sujetos con puntuaciones elevadas en esta misma medida (Escala de Actitudes ante la Enfermedad) era más fácil que los del grupo control que consideraran que determinados síntomas ambiguos eran indicativos de enfermedades graves.

Skinner en su obra de 1974 “sobre el conductismo” (cit. Pérez Alvarez, 1999, pag. 730) alude a la influencia del estado emocional en la percepción de los estímulos del siguiente modo: “Cuando un estímulo es débil o vago, hay otras condiciones que afectan la probabilidad de que una persona vea una cosa de determinada manera. El enamorado cree ver a su amada en medio de una multitud solamente cuando el estímulo es fugaz u oscuro (este efecto se estudia en el laboratorio, por ejemplo, exponiendo el estímulo durante un tiempo muy breve, o cerca del campo visual, o con poca luz). Las personas que responden vigorosamente a los ladrones o a los ratones oyen como si fuese hecho por ladrones o por ratones cualquier ruido leve en la noche”. Y también señala que “La percepción tiene un propósito o una intención. La persona no es un espectador indiferente que absorbe el mundo como una esponja...Nosotros no somos simplemente ‘captadores’ del mundo que nos rodea; respondemos a él de maneras peculiares debidas a lo que ha sucedido cuando hemos estado en contacto con él”. Las sensaciones físicas en muchas ocasiones no tienen en principio un significado inequívoco tal y como señalan autores como Cioffi o Pennebaker. En estas condiciones es más fácil que la percepción de las mismas sea influida por disposiciones generales como es la ansiedad por la salud.

Las interpretaciones patologizadoras de los síntomas y sensaciones corporales, rasgo central de la hipocondría, son importantes en su mantenimiento. Se intentará aclarar este punto: De un modo característico la persona con ansiedad marcada por la

salud tiende a interpretar las sensaciones físicas y otros estímulos (por ejemplo comentarios de los médicos u otros, informaciones acerca de enfermedades etc) de manera alarmante, es decir sesgada hacia la confirmación de la sospecha de enfermedad o riesgo elevado. A su vez, las interpretaciones ponen en marcha un conjunto de cambios a nivel emocional (por ejemplo, aumento de la ansiedad), conductual (por ejemplo, autocomprobación corporal, consultas repetidas o lectura de información médica), fisiológico (arousal) y cognitivo (atención focalizada en evidencias a favor de la interpretación, ignorancia selectiva o descrédito de evidencia indicativa de buena salud) importantes en el mantenimiento de la preocupación mórbida por la salud. Estos elementos se influyen recíprocamente, por ejemplo, las conductas derivadas de las interpretaciones de enfermedad favorecen el mantenimiento porque mantienen la atención de la persona focalizada en sus temores y síntomas resultando en una mayor elaboración de los temores y una ampliación del rango de estas interpretaciones. Asimismo las conductas pueden inducir cambios corporales que son valorados como indicaciones de la enfermedad temida (por ejemplo la autoexploración de una zona corporal determinada repetitiva induce molestias que se convierten en objeto de preocupación).

3) Los estados emocionales negativos

En el apartado de factores desencadenantes de la ansiedad por el estado de salud se comentaron estudios indicativos del papel de los estados emocionales negativos y del modo de influencia que es aplicable aquí: La continuidad de la perturbación emocional favorece la continuidad de las actitudes hipocondríacas a través de mecanismos como los señalados.

4) refuerzo positivo

En el análisis de Kowalski (1996) acerca de la conducta de queja se señalan dos elementos principales: El umbral de insatisfacción y el umbral de queja. Es decir se distingue la facilidad de experimentar insatisfacción y de expresarla. La insatisfacción se produce cuando se percibe discrepancia entre estados actuales y los estándares individuales acerca de esos estados y la queja cuando se considera que esta puede conducir a una reducción de la discrepancia y malestar emocional asociado o cuando se

anticipa que la expresión de la queja es instrumental en el logro de determinadas metas sin que conlleve consecuencias indeseadas. En lo que se refiere a la salud una percepción de esta como peor de lo valorado como normal da lugar a insatisfacción. Hay diferencias individuales en la facilidad de experimentar insatisfacción, por ejemplo la autofocalización influye en la más fácil detección de discrepancias y la emocionalidad negativa en la valoración de las mismas. Otros factores individuales que influyen en la facilidad de experimentar insatisfacción tendrían que ver con los propios estándares de comparación. Por ejemplo, Barsky, Coyeteaux, Sarnie & Cleary (1993) encuentra que en pacientes hipocondríacos los criterios de valoración de la salud como apropiada son más exigentes que en los no hipocondríacos, es decir, los primeros consideran menos síntomas como compatibles con un buen estado de salud que los segundos. Kowalski señala que no es necesaria la percepción de discrepancias para quejarse. La conducta de queja puede dar lugar a consecuencias positivas que la hacen más probable como las muestras de simpatía y atención, alterar la conducta de otros o salir de una situación aversiva. Del mismo modo, puede haber un estado de discrepancia y de insatisfacción no acompañado de queja si se considera que esta va a conllevar consecuencias negativas o si las ventajas potenciales son menores que las desventajas.

Por supuesto, no se justifica una equiparación hipocondría-quejas somáticas. Lo que es importante destacar aquí es que una conducta de queja habitual que es seguida contingentemente de consecuencias positivas puede estar implicada en el intensificación de la tendencia a la focalización y experiencia somática que, a su vez, que podría ser una influencia en el desarrollo o fortalecimiento de ansiedad por la salud. En todo caso, y aunque no es incompatible con lo anterior, conviene recordar que el hipocondríaco o el fóbico a la enfermedad más que beneficiarse sufre por su problema.

5) Evitación

Marks (1987, pag. 117) considera central en la comprensión del mantenimiento de la ansiedad por la salud la evitación de “un pensamiento que todos tenemos que soportar: que podemos caer enfermos y morir. Los fóbicos a la enfermedad evitan esta idea en vez de afrontarla de forma realista. Si su preocupación acerca de la enfermedad no es mitigada inmediatamente tranquilizándoles, tienen entonces que aprender a tolerarla como lo hace el resto de la gente”.

Las conductas de evitación posibles son variadas. Una clasificación de las mismas es la siguiente:

a) Conductas de Evitación Activas Abiertas: el sujeto con alta ansiedad por su salud puede implicarse en una diversidad de conductas que reducen las preocupaciones transitoriamente o que considera que maximizan su seguridad de un modo ilusorio. Salkovskis (1996) se refiere a estas pautas de conducta como “conducta de búsqueda de seguridad” y la define así: “Una conducta que se realiza con el objetivo de prevenir o minimizar la catástrofe temida”. Cuando son repetitivas, guardan similitudes con los rituales compulsivos abiertos del trastorno obsesivo compulsivo (Warwick & Salkovskis, 1990; Barsky, 1992). Algunos ejemplos son la discusión detallada de los síntomas con familiares y amigos, realizar consultas médicas frecuentes, solicitar exploraciones y pruebas no justificadas por el estado de salud, comprobar repetidamente alguna zona o función corporal para asegurarse de la ausencia de anomalías (por ejemplo, palparse alguna zona corporal, mirarse en el espejo, pesarse, tomarse el pulso, tragar repetidamente para comprobar la deglución, centrar la atención en las distintas sensaciones corporales), o actuar de maneras que se considera que previenen la catástrofe temida (por ejemplo, ante las palpitaciones, cesar en la actividad entre manos por considerar que de no hacerlo se podría desencadenar un infarto). La reducción transitoria de la ansiedad que sigue a la conducta actuaría como refuerzo negativo fomentando su continuidad así como la continuidad de las preocupaciones y temores cuando surgen nuevos síntomas en los pacientes que tienden a sentirse ansiosos por su salud. No se puede pasar por alto tampoco el papel de tales conductas en la amplificación de los síntomas corporales temidos (por ejemplo, cambios físicos objetivos inducidos por la manipulación de determinada area corporal o aumento de la intensidad de las sensaciones al focalizar la atención sobre ellas).

En lo que se refiere a una de estas conductas, el reaseguramiento por parte del médico de ausencia de enfermedad, en la mayoría tal intervención es suficiente para alejar los temores establemente (Kellner & Sheffield, 1971; Thomas, 1974). No obstante, en una minoría de pacientes (aquellos que experimentan una elevada ansiedad por su salud) el reaseguramiento médico solo proporciona un alivio transitorio. Aunque Por ejemplo, Lucock, Morley, White & Peake (1997) informan que la ansiedad por la

salud notable evaluada con un cuestionario de auto-informe (Health Anxiety Questionnaire) era predictiva de una pobre respuesta al reaseguramiento médico aunque este llevara a una reducción muy significativa de la ansiedad inmediatamente tras la consulta. La constatación del papel del reaseguramiento médico en el mantenimiento de las preocupaciones entre personas con ansiedad por la salud, lleva a Salkovskis & Warwick (1986) a indicar que el criterio del DSM-IV: “el temor o creencia no realistas a tener una enfermedad persiste *a pesar* del reaseguramiento médico” podría reescribirse del siguiente modo para enfatizar el papel señalado: “el temor o creencia no realistas a tener una enfermedad persiste *a causa* del reaseguramiento médico”. El propio estudio de estos autores pone de manifiesto la atenuación progresiva de la intensidad de la ansiedad por la salud cuando se retiraron las peticiones de reaseguramiento (prevención de respuesta). También documenta este hecho el estudio de Warwick & Marks (1988). Otros autores han considerado la provisión de reaseguramientos como una estrategia terapéutica útil en los casos de ansiedad por la salud (Starcevic, 1990, 1991; Kellner, 1982). Esta disparidad de criterios probablemente se derive de la propia definición de reaseguramiento. Lo que plantean Salkovskis & Warwick (1986) es que es la provisión de *información médica repetitiva e irrelevante* lo que contribuye al mantenimiento de la ansiedad por la salud. Realizar nuevas pruebas para mitigar el temor o repetir una y otra vez que no se ha descubierto ninguna enfermedad difícilmente ayuda a interpretar de una manera alternativa (a la de la enfermedad grave) y benigna los síntomas que inquietan. Así, las estrategias terapéuticas dirigidas al cambio de atribuciones del origen de los síntomas, al contrario que el reaseguramiento repetido, ayudan en los momentos en que surgen a valorarlos de una manera no amenazante y, por tanto, a la reducción a la larga de la ansiedad por la salud.

b) Conductas de Evitación Pasivas Abiertas: Implican la evitación de estímulos que evocan los temores (por ejemplo, programas de Televisión, esquelas o personas enfermas). Dentro de esta categoría se podría incluir también el cese de actividades que se asocian a la ocurrencia de sensaciones corporales temidas. A diferencia de otras fobias en las que las evitaciones pasivas abiertas son suficientes para eludir la experiencia de ansiedad, la frecuente naturaleza interna de los estímulos fóbicos (sensaciones corporales) en el caso de los pacientes hipocondríacos hace que raramente tengan esta opción por lo que no es de extrañar que, de la misma manera que

los pacientes obsesivo-compulsivos, recurran a estrategias de evitación activas como las comentadas en el punto anterior.

c) Conductas de Evitación Activas Encubiertas: En este caso, ante las ideas de enfermedad perturbadoras se intentaría su supresión a través de estrategias como la distracción o a través de neutralizaciones cognitivas (por ejemplo, decirse a uno mismo alguna palabra o frase que reduce subjetivamente el riesgo o “neutraliza” el pensamiento o imagen perturbador, del mismo modo que en los rituales compulsivos encubiertos). Wells & Hackman (1993) ofrecen algunos ejemplos de este mecanismo en pacientes hipocondríacos.

d) Conductas de Evitación Pasiva Encubiertas: Se eludiría el acceso a la conciencia de los contenidos cognitivos generadores de ansiedad.

En lo que se refiere a la evitación encubierta, existen pruebas que los intentos de evitar o suprimir determinadas ideas se asocia a una mayor frecuencia en la ocurrencia y a mayor activación psicofisiológica en las recurrencias (Wegner, Shortt, Blake & Page, 1990; Wegner, Carter, White & Schneider, 1987; Salkovskis & Campbell, 1994). Las ideas de enfermedad grave del hipocondríaco probablemente sean frecuentes pero también probablemente, la falta de habituación (es decir, de reducción de la ansiedad ante la misma) tenga que ver con la rapidez con que la persona “escapa” de ellas. Salkovskis (1988) hace referencia al papel de la evitación cognitiva en el mantenimiento de la ansiedad por la salud del siguiente modo: “En este tipo de evitación cognitiva los intentos de suprimir pensamientos de desastre (a veces a través de la búsqueda de reaseguramiento insistente acerca de los síntomas experimentados) puede resultar en instantes frecuentes y desagradables de pensamientos e imágenes aterradores. Los efectos de la evitación cognitiva dan lugar, por tanto, a un incremento paradójico de la preocupación con temores vagos de ‘lo peor’”. De hecho, algunos (Warwick & Salkovskis, 1989) comentan que la autoabsorción en el cuerpo y otras conductas como hablar incesantemente acerca de las sensaciones puede ser una manera de intentar alejar la atención de las ideas de enfermedad. En este sentido, pueden concebirse como conductas de evitación. Cabría, pues, diferenciar entre la atención al componente sensorial de los síntomas de la atención al componente conceptual o de significado. Lo que señalan Warwick & Salkovskis (1989) es que la atención al

componente sensorial puede ocupar la mayor parte del tiempo, estando salpicada de momentos breves de ansiedad intensa en que surgen las ideas o imágenes altamente perturbadoras que se pretenden evitar.

También Rachman & De Silva (1978) en su análisis de los contenidos cognitivos obsesivos proponen que el material obsesivo podría concebirse como estímulos en gran medida internos a los que la persona no se ha podido habituar. Entre los obstáculos a la habituación, además de la evitación, señalan factores como las perturbaciones en el ánimo, una hipersensibilidad predisponente así como la ocurrencia de determinados sucesos desencadenantes relacionados con el tema objeto de la obsesión y un arousal emocional incrementado.

Por otra parte, hay evidencias de que las personas con tendencia a la preocupación (por ejemplo, pacientes con trastorno de ansiedad generalizada) las caracteriza un modo de pensamiento en el que predomina el componente verbal más que el imaginativo durante los estados de preocupación (Borkovec & Inz, 1990, Borkovec, Ray & Stober, 1998). Se ha especulado acerca del posible papel que el uso predominante de este modo de pensamiento puede tener en el mantenimiento de la ansiedad clínica y aunque las investigaciones en esta área se han realizado con muestras de pacientes con Trastorno de Ansiedad Generalizada, los resultados, como indican Borkovec et al (1998) son relevantes para otros trastornos emocionales en los que esta actividad cognitiva es predominante. Citan como ejemplos el Trastorno Obsesivo-Compulsivo y el Trastorno de Pánico. Este mecanismo puede ser también importante en un número significativo de pacientes hipocondríacos. Foa & Kozak (1986, 1998), basándose en la teoría bioinformacional de las emociones de Lang, indican que la habituación o reducción significativa de la ansiedad solo se produce cuando se accede a las estructuras cognitivo-afectivas de temor, es decir, cuando hay un procesamiento emocional de la información relevante para los temores. Este acceso viene acompañado por activación psicofisiológica, lo que se considera una indicación de procesamiento emocional. Para estos autores la eficacia de los tratamientos psicológicos basados en la exposición tendría que ver con tal procesamiento emocional. Otros critican la inclusión de variables cognitivas para explicar el efecto de la exposición. Por ejemplo Wolpe (1993) dice al respecto: “es innecesario recurrir a una explicación cognitiva de los efectos negativos de la distracción durante la exposición en la producción de cambio a

largo plazo. Si los efectos de la exposición dependen del impacto continuado de los estímulos evocadores de ansiedad, la distracción significará una interrupción del input efectivo. Esto es fácilmente comprensible en términos fisiológicos”.

Independientemente de cual es el mecanismo de cambio (procesamiento emocional versus extinción de respuestas condicionadas por contacto continuado con los estímulos evocadores), hay pruebas de que el pensamiento conceptual o verbal al contrario de lo que ocurre con el pensamiento en el que predominan las imágenes mentales se asocia a escasa activación fisiológica cuando se piensa en temas con carga emocional. Sobre la base de esta constatación se ha considerado que el pensamiento verbal característico de las preocupaciones tiene una función de evitación de la activación emocional impidiendo así la reducción de la ansiedad ante los estímulos evocadores (Borkovec & Inz, 1990, Richards et al, 1995, cit. Wells & Mathews, 1996). En palabras de Borkovec e Inz: “Si la imaginación es un vehículo primario para la activación somática de la emoción, entonces una manera de aprender a evitar la ansiedad somática es evitar la imaginación incrementando la generación de, o el foco atencional sobre, la actividad conceptual”. En lo que se refiere a la ansiedad por la salud, las preocupaciones vagas acerca de las enfermedades podrían estar jugando un papel en el mantenimiento si su función es la evitación. De este modo, debido a las consecuencias positivas de la preocupación (evitar la activación emocional), esta puede resultar reforzada negativamente.

También se ha considerado que la no concreción de la catástrofe temida, que el paciente anticipa y sobre la que se preocupa, puede resultar en un refuerzo de esta actividad cognitiva al atribuirse ilusoriamente la ausencia de las ocurrencias temidas a la misma, lo que constituye un modo de pensamiento supersticioso. Como indican Borkovec et al (1998) “esta contingencia ambiental puede ser la base de los informes de la gente de que se preocupa porque siente que al preocuparse se hace más difícil la ocurrencia de los sucesos temidos, aunque admitan la ausencia de una conexión lógica”. Cabe recoger aquí también lo señalado por Marino Pérez (1999, pag. 221) respecto a “formas neuróticas asentadas en la causalidad aparente”: “...ciertos estilos de vida pueden estar más o menos configurados por determinado carácter supersticioso (mágico también se podría decir), como es en la neurosis obsesivo-compulsiva (no en vano se habla de rituales) y, en general, en las emociones por lo que tengan de apre(he)nsión,

esto es, por la experiencia de sentirse sobre-cogido, impresionado, aprensado de súbito (de in-mediató) y de pretender sobre-ponerse a ello, aprehender la situación, de igual modo, inmediatamente (mágicamente, sin los medios utensilios, sin mediación)". Como se ha señalado previamente, la "causalidad aparente" tiene relevancia no solo en las preocupaciones abstractas sino también en otras conductas característicamente hipocondríacas, por ejemplo ir al médico o comprobar el estado físico repetidamente o conductas como guardar cama o tomar vitaminas. Tales conductas podrían asociarse sin base a la no ocurrencia de la enfermedad, manteniéndose así la ilusión de que son eficaces en la prevención. Como señala Avia (1993, pag. 122) "Como ocurre en los rituales, los comportamientos instrumentales ayudan a mantener la ilusión de que son parcialmente eficaces (no se puede demostrar que el reposo o la dieta hayan sido irrelevantes y no hayan impedido un 'accidente' o un dolor más preocupante".

Stober (1998), finalmente, hace referencia a algunos mecanismos a través de los que las preocupaciones vagas y con escasa concreción tienden a su autoperpetuación. Señala el autor que la preocupación no patológica se caracteriza por su concreción en la definición, los riesgos o antecedentes significativos y las consecuencias negativas del problema. La elaboración de los problemas con alto grado de concreción, es decir, que contienen riesgos y consecuencias detallados y específicos, hace más fácil encontrar soluciones potenciales al problema. En palabras del autor "las elaboraciones concretas del problema pueden no solo motivar a la persona a intentar minimizar los riesgos percibidos (prevención) o prepararse para las consecuencias negativas esperadas (enfrentamiento anticipatorio) sino que pueden orientar también en las maneras de enfrentar el problema". Por el contrario, la preocupación crónica se caracteriza por la falta de concreción lo que supone que, además de evitar contenidos cognitivos en forma de imágenes mentales e impedirse, por tanto, el procesamiento emocional al que antes se aludió, existen obstáculos derivados de la no valoración de estrategias de afrontamiento de la amenaza potencialmente útiles, de modo que la percepción de riesgo y la preocupación continúan.

En resumen, la evitación de la ideación perturbadora acerca de la enfermedad o muerte (a través de la focalización sensorial, de las preocupaciones abstractas o de la simple distracción) sería reforzada negativamente al asociarse a una reducción de la ansiedad del mismo modo que ocurre en el caso de la conducta abierta de evitación.

Este efecto puede basarse en tres mecanismos que, siguiendo a Borkovec et al (1998), serían: a) la atenuación de las reacciones somáticas a las imágenes aversivas, b) la asociación supersticiosa con la no ocurrencia de los resultados temidos y c) su posible servicio como distractor de material emocional más perturbador.

Las imágenes e ideación generadora de ansiedad del hipocondríaco se seguirían de estos modos de actuación (entre otros posibles) que aunque la alivian en el momento impiden el procesamiento emocional (o habituación) de modo que las recurrencias de los estímulos evocadores de ansiedad (tanto internos como externos) conservan la capacidad para producir respuestas emocionales intensas. Cabe señalar aquí que desde el conductismo radical se ha enfatizado recientemente la importancia, además de la evitación abierta también, en muchos casos, de la evitación de determinados “eventos privados” (como estímulos corporales o estímulos verbales encubiertos) en el mantenimiento de los problemas de ansiedad (Friman, Hayes & Wilson, 1998). Este reconocimiento lleva implícito el reconocimiento de la importancia, en el tratamiento psicológico de los problemas de ansiedad, de que la exposición no se circunscriba (cuando sea el caso) a los estímulos externos que se asocian a activación emocional. En el apartado anterior, se aludió a estudios que ponen de manifiesto el papel como desencadenantes de ansiedad por el estado de salud de experiencias de enfermedades graves y muertes entre allegados así como de enfermedades en uno mismo. Es posible que la frecuente evitación inicial o rechazo de recuerdos o estímulos que tiene relación con el suceso refleje la respuesta natural ante experiencias problemáticas en la medida que la confrontación con las mismas se asocia a activación emocional intensa. Hay, por otra parte, una tendencia a completar un proceso de asimilación de las “experiencias problemáticas” (Williams, Stiles & Shapiro, 1999). Este proceso culmina con la integración de las mismas en los esquemas existentes de modo que los viejos esquemas se modifican dando cabida a la realidad discrepante nueva. Por ejemplo, el sujeto que es testigo del deterioro progresivo hasta la muerte de un ser querido se ve obligado a reconsiderar, entre otras cosas, el riesgo a la enfermedad grave que normalmente tiende a minimizarse (optimismo ilusorio). Este proceso de revisión y elaboración puede verse obstaculizado si más allá de la reacción inicial de evitación, se rechazan persistentemente los recuerdos emocionalmente perturbadores, a lo que Bowlby (1981/1983) se ha referido como “exclusión defensiva”. Los pensamientos e imágenes intrusivos relacionados con la experiencia, que continúan crónicamente, reflejarían tanto

el no completamiento del proceso de asimilación mencionado como la tendencia natural a completarlo. Es posible, siguiendo este análisis, que los fenómenos cognitivos de este tipo de que informan muchos pacientes con ansiedad severa acerca de su salud reflejen un fracaso en el proceso de asimilación de experiencias problemáticas relativas a la enfermedad o la muerte.

6) Factores iatrogénicos

Ya Ryle en 1948 o Katzenelbogen en 1949 (cit. Hollifield, 1999) llamaron la atención del papel importante de los factores ambientales entre los que destacaron la iatrogenia en las preocupaciones exageradas acerca de la salud.

Experiencias como comunicaciones ambiguas por parte del médico, errores diagnósticos, efectos secundarios de los tratamientos médicos, hallazgos de anomalías menores tras investigaciones repetidas en las que el paciente se implica en su ánimo de descartar la patología que teme o comunicaciones contradictorias entre los médicos a los que consulta el paciente, son algunas de las posibles consecuencias desafortunadas del contacto con los servicios médicos. Experiencias de este tipo pueden potenciar preocupaciones y temores por el estado de salud.

Las informaciones ambiguas o contradictorias del médico (por ejemplo “No hay ningún problema de salud pero para estar seguro haremos otra prueba” o “no hay nada malo en su corazón pero le daré un tratamiento por si acaso”) pueden ser tomadas por el paciente como evidencias que apoyan sus preocupaciones. Mayou (1993) lo plantea así: “los síntomas persistentes son frecuentemente reacciones comprensibles a la incertidumbre que se ha incrementado por las reacciones de los otros y la incertidumbre y falta de explicación de los médicos. En muchos casos las interpretaciones erróneas no solo se derivan de las concepciones erróneas del paciente sino también del hecho de que el médico no ha proporcionado una explicación alternativa (*de los síntomas*) o una respuesta a las ansiedades particulares del paciente y por tanto puede haber contribuido a la comprensión equivocada a través de la conducta y los planteamientos inconsistentes o ambiguos”. Por otra parte, la propia ansiedad del paciente por su estado de salud puede hacer que ambigüedades menores en las comunicaciones del médico sean tomadas por el primero como confirmaciones de sus temores (sesgo confirmatorio).

Marks (1987, pag. 115) ofrece el siguiente ejemplo “Un paciente puede interpretar erróneamente el silencio de un doctor taciturno como un signo siniestro de que se le está ocultando información terrible”.

Salkovskis (1988) señala que en ocasiones las peticiones continuadas de consultas y exploraciones persuaden al médico de la necesidad de intervenciones más drásticas para aminorar los síntomas como son el uso de medicaciones potentes e incluso intervenciones quirúrgicas. Ello puede ser entendido por el paciente como una confirmación de sus temores. Además, estas intervenciones pueden ser origen de nuevos síntomas (efectos secundarios de la medicación, por ejemplo) que se añaden a los previamente existentes y que se convierten en nuevas fuentes de alarma.

Burns & Nichols (1969, cit. Kellner, 1986, pag. 107) compararon a 31 pacientes que se juzgaba expresaban quejas desproporcionadas de dificultades respiratorias con otros tantos pacientes con quejas proporcionadas a la severidad de la enfermedad física. Los primeros informaban significativamente más de comentarios alarmantes por parte de médicos que les habían tratado. Algunos de los comentarios eran: “su pecho está muy mal y siempre lo estará, no puedo hacer nada por usted”, “nunca estará mejor” o “sus pulmones son como un globo colapsado”. También había una mayor frecuencia de informaciones contradictorias, por ejemplo, uno dijo que “primero le había dicho que tenía una angina, después un problema coronario, después asma y después bronquitis...”.

Chambers (1997) informa que hasta en un 50% de los pacientes con dolor pectoral en los que se descarta patología cardíaca se mantiene continuamente medicación cardíaca y en un 75% las consultas cardiológicas. Es fácil entender la confusión del paciente. Por una parte se le dice que no hay enfermedad alguna pero por otra se actúa como si existiera y no se proporciona una explicación alternativa de las molestias que experimenta. Como es comprensible, es fácil que en esta situación se mantengan las sospechas de enfermedad.

La derivación para realizar pruebas diagnósticas genera ansiedad que en un número alto de pacientes se mantiene incluso después de recibir información tranquilizadora acerca de la normalidad de los hallazgos. McDonald, Daly, Jelinek,

Panetta & Gutman (1996). Un grupo de pacientes fueron remitidos a un servicio de cardiología por presentar un soplo cardiaco como hallazgo casual en la exploración por parte del médico remitente (n=20) o síntomas tales como palpitaciones, dolor en el pecho o ambos. Estos pacientes informaron sentirse ansiosos acerca de la posibilidad de tener una enfermedad cardiaca cuando se les remitió para la evaluación cardiológica. Otros 8 pacientes no informaron de ansiedad previa a la realización de la prueba. La evaluación del cardiólogo de la probabilidad de normalidad cardiovascular en este grupo de pacientes fue como sigue: En 9 casos el cardiólogo estimó como “probablemente normal” (probabilidad subjetiva entre 0,65 y 0,89) el estado de salud cardiológica de los pacientes, en 16 casos como “casi con seguridad normal” (probabilidad entre 0,90 y 0,99) y por último en 15 “con seguridad normal” (probabilidad de más de 0,99). Los resultados de la prueba practicada (ecocardiograma) no reveló patología significativa en todos excepto un paciente. En el caso de los pacientes que habían informado de ansiedad por su salud previa a la realización de la prueba se hizo una evaluación entre 9 y 12 meses después. Los 10 pacientes que se presentaron inicialmente con síntomas como palpitaciones o dolor pectoral continuaban en el seguimiento manteniendo ansiedad focalizada en el funcionamiento cardiaco. De los otros 20 pacientes (soplo), 11 continuaban experimentando ansiedad. McDonald et al (1996) señalan que aunque en muchos pacientes el reaseguramiento médico era exitoso inicialmente, las dudas y ansiedad podían recurrir posteriormente en relación con circunstancias diversas como publicidad de los medios de comunicación acerca de las enfermedades cardiacas, experiencia de nuevos síntomas o “algún suceso que pone en duda para el paciente la fiabilidad de la evaluación”. La principal implicación que se deriva de los resultados de este estudio es que la realización de pruebas diagnósticas debería mantenerse en el mínimo necesario.

El dilema del médico puede ser considerable ya que, como expresa Dorfman (1975) “si continua obsesivamente su búsqueda (de enfermedad), inconsciente de la subestructura de la hipocondría, puede contribuir considerablemente a la somatización del paciente...Si no lo hace, podría pasar por alto una enfermedad orgánica definitiva. El dilema, así como el desafío, son dolorosamente evidentes”. Salkovskis (1992) indica que este dilema debería resolverse si el médico es capaz de reconocer cuando las demandas de exploraciones y pruebas están basadas en las ansiedades del paciente y

cuando tienen una justificación clínica, evitando que las actuaciones sean promovidas por las primeras más allá de la segunda.

Katon, Ries & Kleinman (1984) hacen referencia a la potenciación de síntomas y preocupaciones derivadas del contacto médico del modo siguiente: “El sistema médico también potencia la somatización. Engel ha planteado que los médicos, armados con un extenso entrenamiento en el modelo biomédico, no evalúan el estrés que frecuentemente subyace a las molestias somáticas. Esto es, los médicos preferentemente buscan y tratan molestias somáticas. El efecto del modelo estrictamente somático de los médicos sobre la percepción del paciente de su trastorno es el refuerzo de los patrones hipocondríacos por la preocupación del médico y las investigaciones sustanciales”. Aldrich (1981) se ha expresado en términos muy parecidos.

Un número elevado de pacientes con problemas emocionales (ansiedad y depresión especialmente) se presentan al médico con sintomatología física. Por ejemplo, Kirmayer & Robbins (1996) encuentran, en un contexto de atención primaria, que solo alrededor de un cuarto de los pacientes con malestar emocional significativo (evaluado con un instrumento de autoinforme: CES-D) acudían al médico en busca de ayuda específica para este problema. Los otros pacientes, o bien expresaban espontáneamente una relación entre síntomas físicos y estado emocional o admitían al ser preguntados que era posible que su estado emocional estuviera en la base de las molestias. Solo un 24,8% de los pacientes con evidencia de malestar emocional significativo y síntomas somáticos relacionados rechazaban persistentemente tal relación (somatizadores verdaderos). Se ha encontrado que la detección y tratamiento de los problemas emocionales en atención primaria es bajo (Robbins & Regier, 1991, cit. Kirmayer & Robbins, 1996). Este bajo reconocimiento de los problemas emocionales puede tener que ver, al menos en parte, con la tendencia a la presentación somática. No obstante, como se señaló, a pesar de este modo de presentación característico, un elevado número de pacientes están dispuestos a reconocer fácilmente el trastorno emocional y beneficiarse de su tratamiento específico. Kirmayer & Robbins (1996) concluyen que la propia estructura del cuidado médico o de los servicios de salud con su énfasis en lo biomédico puede tener que ver, al menos en parte, en este bajo reconocimiento. Aunque como se señaló, la atención médica en si misma tiene un impacto en el alivio del malestar emocional, es posible que en un número de pacientes la no detección y

tratamiento del trastorno emocional contribuya a la continuidad o intensificación de las preocupaciones por la salud que acompañan con frecuencia la sintomatología física. Este resultado desfavorable puede derivarse de la propia continuidad de las molestias, la ausencia de una explicación satisfactoria para las mismas, así como otros factores complicadores a los que se aludió previamente (comentarios contradictorios o alarmantes, efectos indeseables del tratamiento).

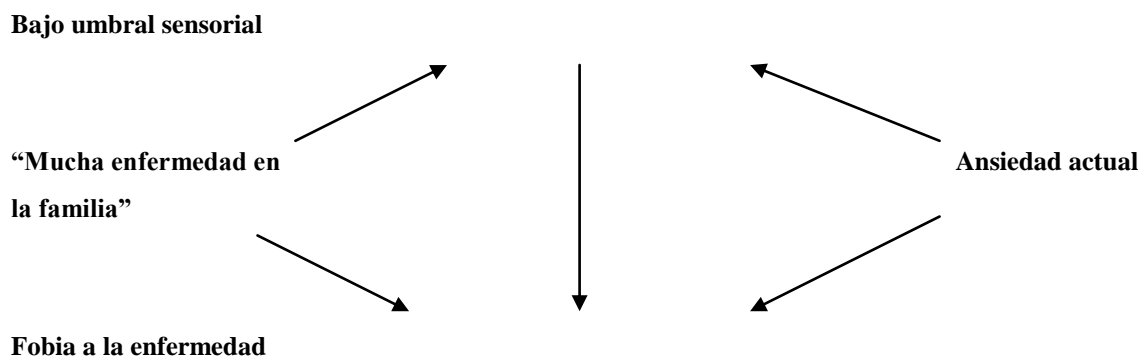
Por otro lado, las molestias, además de relacionadas con el estado emocional, pueden ser influidas por otros factores como los comentados en el apartado dedicado a “la experiencia mantenida de síntomas somáticos medicamente inexplicados”. No considerar, en la atención clínica del paciente, el posible papel de estos factores puede, al igual que la no consideración del trastorno emocional, potenciar las sospechas de enfermedad grave o la continuidad de las molestias mismas. Por ejemplo, en relación con el dolor crónico hoy se asume la incapacidad del modelo estrictamente biomédico de dar cuenta de la experiencia del dolor en un número significativo de pacientes. Factores de naturaleza psicológica, social y biológica juegan papeles variables en la misma (Tamm, 1993; Flor, Birbaumer & Turk, 1990; Bass, 1992; Phillips, 1988/1991) y por tanto es necesario para entender el dolor crónico considerar aspectos tales como el umbral individual para el dolor, creencias y actitudes en relación con el mismo, consecuencias que se derivan de la conducta de queja o procesos de condicionamiento clásico. De la misma manera que en el dolor crónico en otros síntomas físicos crónicos, en los que no se detecta patología subyacente que justifique la experiencia subjetiva, pueden estar contribuyendo en mayor o menor medida este tipo de factores no biológicos.

Resumen

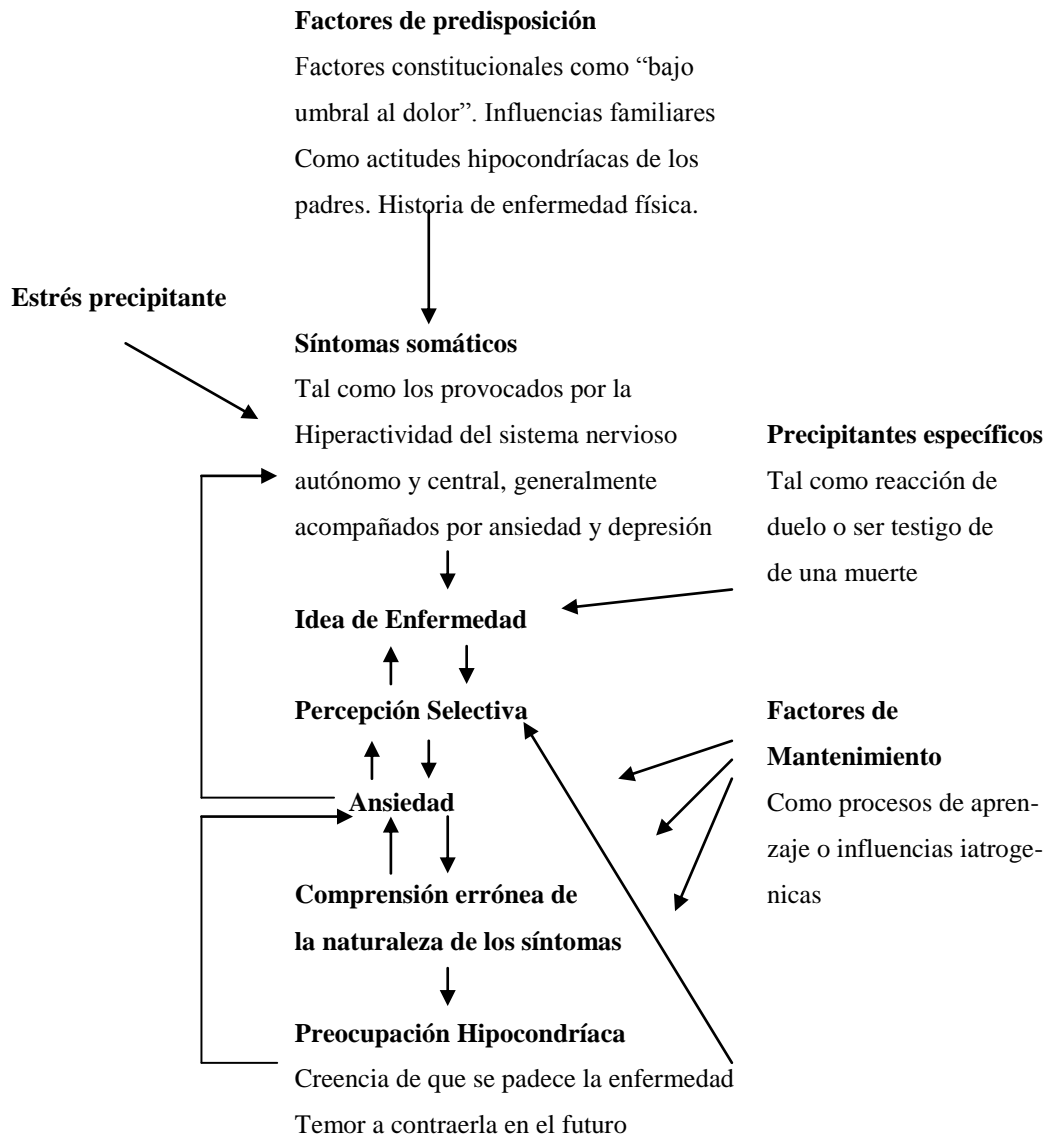
Son diversos los factores que se han implicado en el mantenimiento de la ansiedad por la salud. En primer lugar se considera el papel importante de la propia experiencia de síntomas corporales crónicos. Aquí, como en otros aspectos del síndrome hipocondríaco, se hace patente la interacción entre elementos. En este sentido, se resalta que la propia atribución de enfermedad grave puede ser un potente mecanismo de mantenimiento de síntomas corporales sin una base médica reconocible. En segundo lugar, las interpretaciones catastróficas de los síntomas como característica central de la

hipocondría se asocia a cambios diversos como son las alteraciones emocionales, cambios en la conducta como asunción del rol de enfermo o la evitación abierta y encubierta de estímulos evocadores del temor y cambios a nivel fisiológico (arousal autonómico) que actúan de maneras interrelacionadas fomentando la continuidad de la preocupación mórbida por la salud. En tercer lugar, el contexto social puede cambiar en respuesta a la conducta hipocondríaca de modos que influyen en el curso. Así, el refuerzo positivo de la expresión de quejas en la forma de atenciones y simpatía o el refuerzo negativo que se deriva en algunos casos de la evitación de responsabilidades penosas o el alivio de la ansiedad contingente a las consultas médicas pueden entenderse como consecuencias que pueden jugar un papel de mayor o menor peso en el mantenimiento de la conducta hipocondríaca y en la ansiedad por la salud. Finalmente, se señalan algunas de las repercusiones desfavorables del contacto repetido con los servicios sanitarios sobre la tendencia a experimentar ansiedad por la salud. Algunos ejemplos serían las interpretaciones sesgadas de las comunicaciones médicas, las informaciones contradictorias entre profesionales o el uso de fármacos potentes que generan nuevos síntomas añadidos a los que desencadenaron el temor.

Como resumen final de los factores influyentes en la ansiedad por la salud cabe recoger en primer lugar el esquema aportado por Bianchi (1973). Este autor, en un estudio sobre factores influyentes en la fobia a la enfermedad, encuentra como elementos especialmente importantes la historia de “muchas enfermedades en la familia”, el bajo umbral para la percepción somática y la ansiedad actual. Las relaciones entre variables es representada gráficamente por el autor del siguiente modo:



En segundo lugar y de un modo más exhaustivo, Kellner (1985) representa gráficamente distintos factores que pueden ejercer un papel en las reacciones hipocondríacas y en la hipocondría clínica:



d) Consideraciones finales acerca de los factores influyentes en las actitudes hipocondríacas

A lo largo de este apartado se ha aludido a factores diversos implicados en el

desencadenamiento de ansiedad por la salud y en su consolidación y persistencia. También se han recogido estudios que revelan el papel de experiencias particulares a lo largo de la vida y características de personalidad en la predisposición a desarrollar este tipo de problemas.

Como se indicó el rasgo central de la hipocondría es la fácil activación de esquemas de enfermedad. La historia personal del paciente crónicamente preocupado por la salud o que experimenta con facilidad episodios de notable ansiedad por su salud habría llevado al desarrollo de esquemas prepotentes de vulnerabilidad a la enfermedad que se activan ante una variedad de estímulos tanto internos como externos. Se discutirán ahora algunas aportaciones relevantes para la comprensión del “esquema hipocondríaco”.

Teasdale (1993) alude a dos modos de procesamiento de la información con una relación interactiva y que implican dos niveles en el significado dado a la experiencia. Un nivel se corresponde al conocimiento explícito y verbalizable y el otro nivel a un conocimiento intuitivo, tácito y no verbalizable. El conocimiento explícito se deriva de un procesamiento de tipo proposicional (conceptos discretos y sus relaciones), mientras que el conocimiento intuitivo se relaciona con un modo de procesamiento implicacional, holístico o global basado en modelos esquemáticos relacionados con la vida emocional. Epstein (1994) recoge las principales características de estos dos modos o sistemas de procesamiento de la información a los que denomina “sistema experiencial” y “sistema racional”:

<i>Sistema experiencial</i>	<i>Sistema racional</i>
1. Holístico	1. Analítico
2. Afectivo. Orientado por el placer-dolor	2. Lógico. Orientado por la razón
3. Conexiones asociacionistas	3. Conexiones lógicas
4. Conducta orientada por sentimientos que se derivan de experiencias pasadas	4. Conducta mediada por la valoración consciente de los sucesos

5. Codifica la realidad en imágenes concretas, metáforas y narraciones	5. Codifica la realidad en símbolos abstractos, palabras y números
6. Procesamiento rápido. Orientado a la acción inmediata	6. Procesamiento más lento. Orientado a la acción posterior
7. Cambio lento. Los cambios se derivan de la experiencia repetida e intensa	7. Cambios más rápidos
8. Menos diferenciado. Gradiente de generalización más amplio. Pensamiento estereotipado	8. Mas altamente diferenciado
9. Menos integrado. Disociativo. Complejos emocionales. Procesamiento específico del contexto	9. Mas altamente integrado
10. Experimentado pasiva y preconscientemente. “somos moldeados por nuestras emociones”	10. Experimentado activa y conscientemente. “tenemos control de nuestros pensamientos”
11. Autoevidentemente válido. “Experimentar es creer”	11. Requiere justificación a través de la lógica y la evidencia

Los modelos esquemáticos se forman a lo largo de la vida, especialmente en las denominadas etapas del desarrollo (infancia y adolescencia). La interacción de ambos modos de procesamiento se concreta en que “los patrones de significados específicos contribuyen a la síntesis de modelos esquemáticos” y “los modelos esquemáticos codifican conocimiento ‘implícito’ del que se pueden derivar significados específicos (predicciones, atribuciones, descripciones de objetivos)” (Teasdale, 1999). La

formación de los modelos esquemáticos es descrita por Teasdale del siguiente modo: “Las reacciones emocionales son originadas como respuestas biológicas, preparadas e innatas a ciertos conjuntos de estímulos sensoriales. En una familia y cultura dadas, estos estímulos sensoriales ocurrirán concurrentemente de modo regular con constelaciones de otros estímulos no preparados, con niveles de significado específicos que el niño deriva al ir desarrollándose cognitivamente. Los rasgos de los códigos de información, tanto sensoriales como semánticos que co-ocurren regularmente en situaciones que elicitan una emoción serán extraídos y representados en patrones del código implicacional. Este capturará los rasgos prototípicos de las situaciones elicitoras de emoción en modelos esquemáticos relacionados. Tales patrones implicacionales relacionados con la emoción `heredan` la capacidad de elicitar emoción. En el adulto, el núcleo de la producción de emoción es la síntesis de patrones del código implicacional extraídos como prototípicos de experiencias previas de una emoción dada. Cuando tales patrones son procesados, la emoción es producida”. Se plantea que distintas formas de psicopatología se relacionan con el desarrollo de modelos esquemáticos disfuncionales que serían activados por determinados rasgos clave tanto del ambiente interno como externo. La activación de un modelo esquemático con su coloreamiento fuertemente afectivo y situado en una posición jerárquicamente superior, influye en el otro modo de procesamiento (proposicional). En la depresión, por ejemplo, determinados sucesos ambientales (como un rechazo) o de uno mismo (como una sensación física de cansancio) favorecerían la activación de modelos esquemáticos (o “significados de alto orden”) depresógenos. Así, el significado extraído de la experiencia puede relacionarse con el tema general de la indeseabilidad personal o la indefensión. Esta activación sería responsable de la evocación de respuestas emocionales depresivas e influiría sobre el procesamiento proposicional característico en los problemas depresivos [significados específicos: triada cognitiva negativa (Beck,1979/ 1983)]. A su vez, el pensamiento depresivo “explícito” o proposicional influiría, recíprocamente, sobre el modelo esquemático depresivo activado, contribuyendo al mantenimiento de su activación.

El planteamiento de Teasdale (1993, 1999) de un nivel de significado supraordinal con su origen en determinadas experiencias evoca el concepto de Guidano y Liotti (Guidano y Liotti, 1983; Guidano, 1989) de un nivel tácito de organización del conocimiento cuyo principal configurador es la historia de los intercambios afectivos

con los cuidadores durante la infancia, la historia del apego. Este nivel de conocimiento es la base de la que se deriva el conocimiento acerca del si mismo y la realidad (teorías explícitas). Esto quiere decir que existe inevitablemente una tendencia al sesgo hacia la acomodación de la información al conocimiento tácito. También, el planteamiento de Teasdale, recuerda el concepto de “mecanismo de memoria emocional” de Leventhal (1984, cit. Guidano & Liotti, 1983) con el que este autor se refiere a “una memoria relativamente concreta de tipo analógico, formada principalmente por imágenes que incluyen los rasgos perceptuales clave de las situaciones elicitoras de emoción, representaciones de patrones expresivos y de las reacciones motoras y viscerales que acompañan esas situaciones”. Algunas de las funciones de los esquemas emocionales serían: promover una reacción más o menos automática a estímulos significativos y focalizar selectivamente la atención sobre detalles específicos de la situación. La automatización de las valoraciones con implicación emocional estaría determinada por la asociación de situaciones con unos rasgos particulares a determinados resultados positivos o negativos desde el punto de vista de la adaptación. Por otra parte, más que estructuras estables, los esquemas emocionales cambian a lo largo del desarrollo a través de la conexión de las reacciones emocionales preexistentes con nuevas situaciones con implicaciones para el bienestar y la adaptación.

Cabe especular que en la hipocondría el modelo emocional esquemático en términos de Teasdale o el auto-conocimiento tácito de Guidano y Liotti que se activa tendría que ver con la vulnerabilidad física o con la “incertidumbre somática” (Starcevic, 1988) que se concreta a nivel explícito o proposicional en la creencia o sospecha de que se padece una enfermedad grave o que se corre un alto riesgo de contraerla. Las reacciones de alarma del hipocondríaco ante las sensaciones y cambios corporales u otros estímulos, según este planteamiento, tendrían relación con la activación de esquemas emocionales relacionados con la vulnerabilidad personal. Y esta activación pondría en marcha otros procesos cognitivos (atención autofocalizada, interpretaciones catastróficas de los síntomas), emocionales (aprensión ansiosa, disforia), conductuales (evitación de estímulos relacionados, “conducta de enfermedad anormal”) y fisiológicos (arousal autonómico) que constituyen la presentación clínica del trastorno y que contribuyen a su mantenimiento.

Las experiencias que parecen buenas candidatas para la formación de este tipo de esquema se han señalado con anterioridad (Experiencias como el modelado parental de alarma excesiva ante los síntomas propios o de otros miembros de la familia, la sobreprotección y mensajes repetidos acerca del riesgo a enfermar, las enfermedades graves y muertes en la familia o las experiencias de victimización o abuso).

De interés también es el papel potencial que las alteraciones en la formación de los vínculos afectivos durante la infancia tienen en la formación de estos esquemas, al margen de su papel como factor de vulnerabilidad a la psicopatología general. Anna Freud (cit. Myers, 1983) observó en niños huérfanos una conducta de autoconsuelo (se decían a sí mismos palabras de consuelo) y mostraban un interés especial por sus cuerpos. Posteriormente encontró esta misma actitud en niños que se sentían descuidados o abandonados. Tales conductas las consideró como una pista para comprender la hipocondría del adulto. Las situaciones en las que se encontraban los niños observados por A. Freud se caracterizarían por la ausencia de una figura (cuidador) que fuera accesible (ante situaciones alarmantes) y estuviera disponible (respondiera adecuadamente a las manifestaciones que tienen por finalidad la obtención de protección y consuelo). Se sabe que ambas características son básicas para la formación de vínculos afectivos sólidos y seguros y, en este sentido, Bowlby elaboró el concepto de “base segura” para referirse a los cuidadores que en momentos de ansiedad o malestar son accesibles y están disponibles para aportar seguridad (Bowlby, 1979, 1985). Circunstancias en la dinámica de las relaciones padres-hijo como la irresponsividad, criticismo, rechazo, amenazas de abandono o retirada de afecto o una inversión en la relación niño-padre pueden afectar la formación de los vínculos afectivos e impedir la experiencia de una base segura. En estas condiciones es fácil que el niño elabore un modelo representacional de sí mismo como “en riesgo” ante los peligros así como de no ser digno de interés o afecto. El modelo representacional de los otros (la otra cara de la moneda) fácilmente tendría características como la despreocupación o falta de disponibilidad. Si no se puede confiar en los cuidados de los otros tendría que ser uno mismo el que asuma esta tarea y así lo harían los niños observados por A. Freud. Por otra parte, la capacidad de autotranquilización o regulación de la ansiedad se ha relacionado con que previamente hayan sido otros los que la proporcionaran. En ausencia de ello (como en las alteraciones de los vínculos afectivos) puede haber notables dificultades para aliviar la ansiedad ante circunstancias

estresantes o percibidas como de amenaza. La teoría de la Psicología del Self del trastorno de pánico y la hipocondría relaciona ambos trastornos con este déficit en la capacidad de autorregulación de la ansiedad (Diamond, 1985, 1987). De la misma manera formulaciones psicodinámicas recientes del trastorno de pánico como la de Shear (1996; Shear, Cooper, Klerman, Busch & Shapiro, 1993) consideran central en su génesis la historia del apego. Finalmente, en al menos una investigación se estudió la relación entre estilos de apego y una dimensión estrechamente vinculada a las actitudes hipocondríacas, el miedo a la muerte. Los resultados indicaron que los individuos caracterizados por un estilo de apego inseguro en sus relaciones afectivas expresaban una mayor intensidad de miedo a la muerte que aquellos con un estilo de apego seguro (Mikulincer, Florian & Tolmacz, 1990).

Taylor & Mann (1999) se han referido del siguiente modo al papel de la historia del apego en la conducta de enfermedad anormal y la dificultad para aceptar los reaseguramientos médicos: “Las teorías del desarrollo infantil enfatizan el apego emocional como un proceso del desarrollo fundamental a través del que el individuo adquiere modelos operativos de las relaciones que pueden seguir funcionando en las relaciones adultas. El apego anormal puede interferir con la capacidad para hacer y mantener una red social apoyadora y es un factor de riesgo mayor para el desarrollo de depresión. El apego inseguro podría influir directamente en la búsqueda de ayuda repetida. Por ejemplo, un paciente cuya experiencia de atención temprana estuvo marcada por el abandono, pérdida de confianza y apego ansioso e inseguro, puede repetir este ciclo en su relación con otras ‘figuras aportadoras de cuidado’ como su médico. El resultado son los intentos repetidos de buscar ayuda, pero con una incapacidad para confiar en el profesional, sentirse comprendido o aceptar su reaseguramiento. Se podría hipotetizar que el pobre apego puede interferir con la aceptación de reaseguramiento al inicio de la ansiedad o la depresión acerca de los síntomas somáticos acompañantes. Ello puede llevar a un patrón de consultas persistente más que la resolución de los síntomas”. Los autores también se refieren a una posible influencia indirecta en la conducta de enfermedad de las perturbaciones en la formación de vínculos afectivos en la infancia. En concreto señalan que el sujeto puede tener gran dificultad en establecer relaciones interpersonales emocionalmente satisfactorias lo que lo haría más dependiente del apoyo emocional ofrecido por el profesional de la salud.

La participación de modelos esquemáticos en las reacciones emocionales implica que la activación emocional no precisa de la participación de un procesamiento cognitivo controlado o de orden superior. El significado emocional de determinadas situaciones o estímulos (peligro/amenaza, por ejemplo) puede derivarse de valoraciones automáticas basadas en experiencias de aprendizaje afectivamente cargadas concretadas en esquemas y solo posteriormente la experiencia emocional enriquecerse con la participación de los procesos cognitivos controlados y “verbales” (Lazarus, 1991 pag 152-159). En este sentido, Mathews & McKintosh (1998) introducen en su modelo de la ansiedad un sistema de evaluación de la amenaza automático (TES: Threat Evaluation Sistem) que se basa en la observación de que el valor de amenaza de los estímulos puede ser codificada en un nivel de procesamiento muy precoz. Estos autores señalan que “el significado afectivo de todos los inputs perceptuales es evaluado automáticamente y cuando tienen relación con atributos almacenados que se han asociado previamente a un suceso aversivo recibirán prioridad atencional. Algunos atributos relativos al peligro son innatos (preparados biológicamente) mientras que otros son adquiridos a través de condicionamiento o procesos simbólicos”. Los esquemas, sean o no disfuncionales o estén o no relacionados con la amenaza se pueden entender como parte de lo que Williams, Stles & Shapiro (1999) llaman “conocimiento personal semántico”, un conocimiento en el que *se está* más que *se tiene* (como diría Ortega, cit, Marino Pérez, 1999), lo que refleja su carácter inmediato, incorporado. Marino Pérez (1999, pag. 678) señala al respecto que “la ‘interpretación cognitiva’ es a menudo simultánea del sentimiento emocional. En verdad, los sujetos no suelen tomarse un tiempo para decidir la cognición conveniente. Precisamente, la rapidez con que una situación da lugar o mete a uno en una emoción sugiere un aprendizaje previo, lo que no es sino indicativo de que el sentimiento es implicación en algo. El sentimiento es ya la interpretación. La valoración está ya incorporada en el sentimiento (nunca mejor dicho ‘in-corporada’). Sentimientos y emociones son creencias en las que se está, no ideas que se tienen” y añade que “solo desde el dualismo cartesiano característico de la psicología cognitiva cabría sostener que el sujeto piensa el objeto y entonces lo siente. Sentir y pensar ya suponen ser-en-el-mundo, es decir, estar implicado en algo, comprometido en unas circunstancias”. La implicación en el caso de la ansiedad es la defensa ante el peligro o la maximización de la seguridad.

Un comentario final acerca de la base neuropsicológica del significado. Lazarus (1991, pag. 189-190) al referirse a los procesos neuropsicológicos de las valoraciones de amenaza se hace eco de las afirmaciones de LeDoux (1989): “La amígdala recibe inputs del tálamo tanto directamente como a través del cortex. Las proyecciones tálamo-amígdala parecen estar implicadas en el procesamiento del significado afectivo de indicios sensoriales relativamente simples, mientras que las proyecciones cortex-amígdala son necesarias cuando son procesados los estímulos complejos” y también “La rápida llegada de información de estímulo puede ser suficiente para iniciar respuestas defensivas (y otras respuestas emocionales) organizadas a través de las conexiones eferentes de la amígdala. Ya que la información de estímulo es cruda, las respuestas defensivas pueden iniciarse inapropiadamente en algunas situaciones. Pero las respuestas falso-positivas a la amenaza probablemente tienen más valor de supervivencia que las respuestas falso-negativas. La reacción defensiva puede abortarse cuando se ha determinado esto, sobre la base de un análisis perceptual más detallado (obtenido a través de las conexiones cortex-amígdala) de que la amenaza no es real. Posponer la defensa hasta que los sistemas sensoriales corticales han analizado el estímulo podría ser costoso”. Gray (1982, cit. Zinbarg, Barlow, Brown & Hertz, 1992) hace referencia a un sistema neuropsicológico implicado en la regulación de las respuestas defensivas a la amenaza. El propio arousal fisiológico asociado a la ansiedad podría entenderse según Barlow (1988) como una preparación del organismo para la puesta en marcha de estas respuestas defensivas o de seguridad.

De interés aquí es que en los problemas de ansiedad por la salud los estímulos que característicamente dan lugar a evaluaciones de amenaza son internos (síntomas, sensaciones y cambios corporales) y los cambios somáticos vinculados al arousal al que conducen estas evaluaciones automáticas pueden convertirse en foco de redoblada aprensión. Es decir, la propia respuesta emocional de alarma y respuestas defensivas asociadas pueden convertirse en parte del problema. El concepto de “sensibilidad a la ansiedad” y de modo más general el de amplificación somatosensorial, invocados para explicar el trastorno de pánico y a hipocondría respectivamente, tendría que ver con esto.

EXPLICACIONES DE LA HIPOCONDRIA

Previamente se han recogido una serie de estudios relacionados con influencias en la predisposición, desencadenamiento y perpetuación de las actitudes hipocondríacas. En este apartado se hará referencia a seis marcos teóricos que intentan explicar la hipocondría: La concepción psicodinámica, la Psicología del self, la concepción del análisis transaccional, el modelo de autorregulación de la conducta de enfermedad de Leventhal y colaboradores, el modelo cognitivo-conductual y finalmente la explicación que tiene como marco de referencia el conductismo psicológico.

1. concepción psicodinámica

Han sido diversas las aportaciones que se han hecho desde la teoría psicoanalítica a la comprensión de la hipocondría. Aquí se revisarán de un modo sucinto algunas de ellas, dedicándose algo más de atención a tres propuestas incluidas dentro de esta orientación teórica (las de Starcevic, la de Shear y la de Tizón).

En lo que se refiere a la somatización, Freud (cit. Arieti, 1975) consideró que el afecto doloroso relacionado con determinados sucesos traumáticos se transforma en síntomas somáticos cuando el recuerdo de tales sucesos es reprimido. La comprensión de la hipocondría sería algo diferente. En este caso la libido sexual es retirada de los objetos externos y reinvestida en el “self” como libido narcisista. Un exceso de libido narcisista se podría desbordar dando lugar a cambios somáticos que son percibidos como síntomas hipocondríacos. Freud planteó que el aislamiento de la libido narcisista y su acumulación en el self es acompañado de una pérdida de la capacidad de vinculación de la libido siendo confrontado el self a un exceso de excitación no vinculada. En la clasificación que hace Freud de las neurosis, la hipocondría se sitúa junto a las neurosis de ansiedad y la neurastenia entre las llamadas neurosis actuales. En su opinión, la hipocondría resulta de la sobreimposición de la neurosis de ansiedad sobre la neurastenia. Esta última se caracteriza por la presencia de dolores, molestias y sensaciones físicas diversas. Se correspondería, por tanto, con el concepto de somatización más actual. Posteriormente planteó que los síntomas de una neurosis

actual podían precipitar síntomas psiconeuróticos y relacionó la hipocondría con la paranoia. Es decir, la hipocondría representaría una defensa paranoide en el sentido que “en el hipocondríaco el objeto externo sobre el que recae la proyección sería un órgano o una función del propio cuerpo y las ideas intolerables rechazadas de tipo sexual” (Cantalejo, 1996).

Brown y Valliant (1981) plantean que los síntomas somáticos (médicamente inexplicados) suponen una transformación de impulsos agresivos hacia otros a los que se les solicita ayuda que, sin embargo, es rechazada por inefectiva. Este mecanismo lo describen del modo siguiente: “la transformación de un reproche hacia otros que surge de la aflicción, soledad o impulsos agresivos inaceptables en un auto-reproche y entonces en quejas de dolor o enfermedad física”. Estos autores citan asimismo a Ballint para quien “una enfermedad funcional significa que el paciente ha tenido un problema que ha intentado resolver con una enfermedad. La enfermedad le permite quejarse mientras que no podía quejarse sobre su problema original”. Un planteamiento muy similar ya había sido hecho por Freud con anterioridad al referirse a la hipocondría como un auténtico lenguaje corporal (Cantalejo, 1996). El siguiente ejemplo es sugerente de este mecanismo:

“Se trata de una mujer de 34 años, casada y madre de tres niñas que es remitida por el servicio de Psiquiatría para evaluación y tratamiento psicológico. La paciente informa de notable preocupación por la posibilidad de padecer artritis reumatoide que basa en la experiencia frecuente de dolor en ambos antebrazos. Las pruebas realizadas, por otra parte, no han revelado patología médica alguna. Informa asimismo que el dolor se había iniciado hacía alrededor de tres años. El contexto psicosocial era entonces altamente estresante. El marido desde hacía tiempo se manifestaba de una manera ‘extraña’ agresiva y extremadamente desconfiada y tras la evaluación por parte de un psiquiatra se llegó al diagnóstico de esquizofrenia. Por otra parte, explicita la frustración entonces de su expectativa de contar con más apoyo del que recibió por parte de sus familiares para afrontar los cambios en su vida. En este momento, señala que se sentía abrumada y desvalida pero que no le quedó otra opción que ‘coger todo en los brazos’”.

Como Brown y Valliant, Millon (1979) señala la importancia de la hostilidad en el origen de la hipocondría, y así dice: “En lugar de hacer a los demás objeto de su cólera psíquica la disfrazan y la convierten en una dolencia física. Volviendo su cólera contra si mismos desvían la atención de sus verdaderos impulsos hostiles; con ello logran evitar la condena de los demás”. Por otra parte, el paciente se asegura los

cuidados y atenciones que considera que no puede obtener de otro modo. Dos funciones importantes, pues, son señaladas por Millon, la crítica encubierta por una parte y por la otra, el aseguramiento de la protección y apoyo de otros. También Rado (cit. Arieti, 1975) la relaciona con “rabia inexpresada”. La hipocondría, en su opinión, ensombrecería estos sentimientos de rabia reprimida y orgullo herido.

Castilla del Pino (1980) además de estas funciones indica que el hipocondríaco trataría de dirigir su problema a la patología interna soslayando así su planteamiento a nivel personal. Este punto ha sido destacado también por Sullivan (cit. Arieti, 1975). En concreto hace referencia a la baja autoestima como aspecto central. La preocupación intensa y mórbida por el estado de salud serviría a una función de distracción de las relaciones interpersonales que son valoradas como amenazantes para la autoestima.

También se ha considerado que podría funcionar como defensa contra la culpa o un sentimiento de maldad. Así, por ejemplo, Gillespie (cit. Baker y Merskey, 1982) señala que “el fuerte y generalmente inconsciente sentimiento de culpa es en algunos casos el componente que clínicamente hace la convicción de enfermedad tan profunda y produce la inaccesibilidad terapéutica”. En este último sentido (defensa contra la culpa) Atkinson (1993) llama la atención sobre algunas de las funciones del sufrimiento entre las que señala su valor como castigo que repara las faltas cometidas. Este mecanismo psicodinámico también ha sido señalado por Dorfman (1975).

El carácter defensivo de las preocupaciones hipocondríacas es señalado de este modo por Aldrich (1981): “En la medida que la mayoría se sentiría aliviado si se le dijera que dejara de seguir acudiendo a consulta y que los síntomas son debidos a tensión más que cáncer, enfermedad cardiaca o alguna otra causa orgánica, es natural asumir que cualquiera en la misma situación debería sentirse tranquilizado. Pero para los hipocondríacos actuales o potenciales, la explicación psicológica es más amenazante que la explicación orgánica. Para ellos, atribuir los síntomas a una enfermedad orgánica es una manera de protegerse de tener que afrontar la ansiedad o depresión que son las verdaderas responsables de los síntomas. La ansiedad o depresión actuales son probablemente debidas a conflictos tempranos enterrados que, si se descubren, serían en gran medida menos peligrosos o deprimentes que en el momento en que fueron enterrados. Sin embargo, el hipocondríaco no lo sabe y por eso continua buscando

explicaciones orgánicas”. De un modo parecido, desde un punto de vista existencial se ha señalado que el miedo a la enfermedad puede representar una concreción de la angustia ante la falta de sentido y finitud de la propia existencia haciendo tal angustia más tolerable (Vidal Teixidor, 1977).

Otros autores (Myers, 1983) destacan las necesidades pregenitales de dependencia (cuidado, atención, simpatía, contacto físico) como movilizadoras del comportamiento hipocondríaco.

Granek (1989) considera la hipocondría como un modo de “acting-out” en el que el paciente intenta establecer y mantener un rapport con su terapeuta a través de la focalización en los aspectos físicos.

Fenichel (cit. Arieti, 1975) vió la hipocondría primariamente como un estado transicional entre las reacciones de carácter histérico y aquellas de naturaleza delirante. Para Fenichel el aislamiento con las preocupaciones sobre el cuerpo permite una relación tenue con los otros en un momento de la vida en que el contacto significativo puede no ser posible. En la medida que se preserva al menos un canal de comunicación marginalmente estructurado (el lenguaje corporal), ello puede ser suficiente para prevenir una desintegración de la personalidad.

En resumen, las explicaciones psicodinámicas expuestas asumen la presencia de ansiedad o en general malestar emocional significativo (en relación a la baja autoestima, la culpa o necesidades insatisfechas, por ejemplo), conflictos y operaciones defensivas dirigidas a atenuar el malestar.

A continuación se exponen tres contribuciones dentro de este marco teórico psicoanalítico: los planteamientos de Starcevic, Shear y Tizón.

Las elaboraciones teóricas de Melanie Klein son la base de la conceptualización de **Starcevic** (1989, 1990). Consideró este autor dos posibles vías de llegada al trastorno, ambas derivadas de relaciones de objeto tempranas perturbadas. El primer mecanismo implica “ansiedad persecutoria” referida a la inundación del mundo interno con los objetos malos internalizados y que son responsables del sentimiento de peligro

que surge desde dentro del cuerpo. El otro mecanismo implica “ansiedad depresiva” fundada en el temor a perder los objetos buenos internalizados. El sentimiento de “maldad interna”, así como la fragilidad de la autoestima e inseguridad tienen su expresión en la desconfianza, particularmente en lo que se refiere a la relación con el self corporal. Las preocupaciones y temores hipocondríacos reflejan la experiencia del dominio del sentimiento de maldad interna señalado o el peligro de tal dominación. Diversas experiencias están implicadas en la desconfianza o sentido de vulnerabilidad corporal, algunas posibles son la sobreprotección parental, la enfermedad física seria o la interacción con padres excesivamente preocupados por la salud o temerosos de enfermedades. Las maniobras de seguridad ante el sentimiento de maldad interna y vulnerabilidad somática concuerdan con algunas de las señaladas por la Psicología del Self (en este caso, para obtener seguridad ante la existencia de deficiencias básicas en la construcción del self) como son el control estrecho y “obsesivo” sobre si mismo y el ambiente, la sobredependencia o la evitación de compromisos. Cuando tales maniobras fracasan por circunstancias diversas (como la enfermedad propia o la muerte de una persona significativa) y no se puede escapar al sentimiento de maldad interna y desconfianza acompañante se inicia el síndrome hipocondríaco. Los rasgos psicopatológicos del trastorno propiamente dicho así como las características de personalidad premórbidas varían según prepondere un tipo u otro de ansiedad (persecutoria o depresiva). Ello se relaciona con dos tipos diferentes de funcionamiento que, no obstante, tienen en común el derivarse de una organización psicodinámica narcisista de personalidad. El primer patrón consiste en la exclusión (renuncia) premórbida del cuerpo. En este patrón, relacionado con la ansiedad persecutoria, en tanto no haya interferencias con su funcionamiento no se producen manifestaciones hipocondríacas, dado que el sentido de vulnerabilidad personal se mantiene latente por la retirada (defensiva) de la libido del cuerpo y el investimento narcisista de otras áreas como la intelectual. El segundo patrón, en el que hay una confianza precaria en el cuerpo, no tiene un límite claro con la hipocondría. La persona que se conduce de acuerdo con este patrón vive centrada en su cuerpo que “ha sido narcisísticamente investido en un intento de contrabalancear los efectos de la desconfianza básica en la valía corporal”. La ansiedad depresiva sobresale y se concreta en el miedo a perder “sus objetos buenos, narcisísticamente investidos”. Y así, el patrón general de comportamiento tiene características hipocondríacas antes de que la hipocondría como síndrome clínico, en caso de producirse las condiciones propicias, se de. Starcevic

plantea aquellas condiciones en las que se produce una frustración del mantenimiento del acopio narcisista son especialmente relevantes como desencadenantes de la hipocondría. Por ejemplo, situaciones en las que se da un fracaso en obtener admiración/reconocimiento por parte de los otros. Esta última forma clínica se corresponde con la descrita por Adler (1981) en la que dominan los sentimientos de incompletud, desvalimiento así como baja autoestima, todo lo cual hace que las relaciones que el paciente establece estén marcadas por la dependencia en una búsqueda de que la otra persona proporcione funciones que no están bien establecidas en uno mismo (como la regulación de la ansiedad) y “cuando una importante función de esta clase es dañada, la vulnerabilidad básica del paciente puede manifestarse a través de síntomas hipocondríacos” (Adler, 1981).

El modelo del trastorno de pánico propuesto por **Shear** es relevante en la comprensión de la hipocondría dados los paralelismos entre ambos desórdenes. Este autor y sus colaboradores (1993, 1996) formulan un modelo psicodinámico del trastorno de pánico que integra variables neurofisiológicas y que recuerda en gran medida al de autores de orientación cognitiva como Guidano & Liotti (1983, Guidano, 1989). Los conflictos frecuentemente observados en estos pacientes entre la dependencia y la independencia de otros tiene su origen en, por una parte, una sensibilidad o reactividad fisiológica elevada y por otra en experiencias particulares en las interacciones con los padres o cuidadores. La tendencia temperamental señalada (alta reactividad) es potenciada por conductas de los padres como el sobrecontrol o la actitud crítica y amenazante (los nueve pacientes que estudió Shear describían a alguno de los padres con alguna de estas características). La consecuencia es el desarrollo de una representación del si mismo como débil así como una consideración de los otros como dominantes o poderosos. Dos posibles estrategias puede seguir la persona con este “núcleo cognitivo” en sus intentos de resolución del conflicto dependencia-independencia. Por una parte, confiar abiertamente en los otros ya que se considera incapaz de afrontar las diversas situaciones de la vida sin esta ayuda externa en todo momento, o bien, en el polo opuesto, debido a la consideración de los otros como amenazantes y constreñidores de la libertad personal, intentar vivir de un modo totalmente independiente. En el primer caso el temor básico es el abandono y la soledad, en el segundo, la limitación y el constreñimiento. Guidano & Liotti (1983) basándose en la teoría del apego de Bowlby (a la que consideran un paradigma

integrador de los procesos de desarrollo humano) relacionan ambos temores con interferencias en el despliegue de las necesidades psicobiológicas a establecer vínculos afectivos sólidos y seguros con los cuidadores y a explorar el entorno con creciente autonomía. Ambas tendencias son las dos caras de una misma moneda: la capacidad de hacer incursiones progresivamente mayores en lo desconocido (tendencia a la autonomía) requiere de la existencia de una “base segura” (que se deriva de la experiencia regular de responsividad y accesibilidad de la/s figura/s de apego) a la que volver en busca de protección en caso de amenaza, peligro o malestar. Las estrategias desplegadas para hacer frente al conflicto dependencia-independencia pueden no ser efectivas en circunstancias inescapables que evocan los temores básicos: La separación (por ejemplo en situaciones de crisis de pareja en las que se plantea la ruptura) o el constreñimiento (por ejemplo, matrimonio). En estas circunstancias, dice Shear, los afectos que se activan pueden considerarse en si mismos amenazantes. La persona movida por su necesidad de comprender que es lo que le ocurre, a que se deben los cambios fisiológicos y afectivos que experimenta fácilmente concluye que son señales de un ataque cardíaco inminente, que se está volviendo loco o que padece alguna otra enfermedad, con lo que la ansiedad se incrementa pudiéndose producir un ataque de pánico como resultado de esta retroalimentación (tal y como plantea el modelo cognitivo, Clark, 1986). Por otra parte, el paciente tratará de ignorar los afectos negativos ya que se consideran “abrumadoramente amenazantes”, focalizándose en el aspecto somático de las emociones. La atención focalizada hace que las sensaciones adquieran mayor notoriedad y, en virtud de las interpretaciones de las mismas en términos de enfermedad, que aumente la ansiedad con lo que se inicia el círculo vicioso ya referido.

Finalmente, cabe destacar el planteamiento de **Tizón** (1999) inspirado en las propuestas de Brunswick y que se concibe como una integración de los distintos modelos psicoanalíticos del trastorno. En concreto, 1) la teoría de Freud que como antes se comentó hace hincapié en el narcisismo como concepto central, 2) el modelo de Rosenfeld que “parte de la vivencia de la hipocondría como una vivencia de identificación con objetos internos dañados, objetos buenos-malos, nunca bien escindidos primigeniamente entre buenos y malos” , 3) el modelo que considera la experiencia hipocondríaca como una forma de relación sado-masoquista con el self corporal basada en una relación paranoide con el cuerpo y 4) el que considera

alteraciones específicas en las adquisiciones necesarias a lo largo de los dos primeros años de vida para la formación de lo que se ha llamado “teoría de la mente” que hace referencia a una meta-representación de si mismo como “diferenciado de unos ‘otros’ definidos y dotados de interior”.

Tizón (1999) señala que “el tipo de relación que el hipocondríaco establece con su cuerpo (y con los objetos) es una relación dominada por el patrón u organización paranoide. Solo que el hipocondríaco, con un self más estructurado que el paciente psicótico, con unas capacidades ‘meta-representacionales’ más estables y desarrolladas, consigue delimitar la vivencia (cognitivo-afectiva) paranoide: no es el Otro quien le persigue, sino una confusa mezcla del cuerpo y el otro que, en ocasiones, desde luego, se convierte en una relación paranoide directa, de persecución por el médico, el psicoanalista, el aparato sanitario...”. Hace referencia el autor a los distintos usos del cuerpo para la expresión psicopatológica y que se relaciona o depende de varias “series complementarias”, entre las que destaca: a) la vulnerabilidad somática, b) las experiencias corporales y en relación con el cuerpo, c) integración del cuerpo en la experiencia temprana (en las primeras relaciones objetales), d) estructuración de la personalidad (self) y el self corporal y e) conflictiva actual. Menciona cuatro usos del cuerpo con un sentido psicopatológico: el cuerpo dramático (que se pondría de manifiesto en los trastornos por conversión, los facticios o la simulación por ejemplo), el cuerpo analógico (por ejemplo, en el trastorno por somatización), el cuerpo evacuativo (en los trastornos psicósomáticos) y finalmente, el cuerpo perseguidor (en el trastorno hipocondríaco, en el dismórfico y en los trastornos psicóticos con delirios corporales). La consideración de “cuerpo perseguidor” como expresión psicopatológica, por otra parte, no deja de recordar la vinculación que ya hiciera Freud Hipocondría-Paranoia. Tales formas de uso del cuerpo se relacionan con organizaciones o estructuras de relación fundamentales que son un concepto central de la psicopatología psicoanalítica específica (en contraste con la psicopatología psicoanalítica general) que “parte de de la realidad de que los diversos cuadros psicopatológicos, tal como hoy son definidos por cualquier psicopatología, se muestran y estudian en la relación, en la interacción”.

2. Psicología del self

La conceptualización de la Psicología del Self, basada principalmente en las aportaciones de Kohut, es resumida por Diamond en sus trabajos de 1985 y 1987. Hipocondría, agorafobia y ataques de pánico son tratados conjuntamente dado que, aunque presentan sus propias particularidades, los mecanismos psicodinámicos, las experiencias genéticas de la infancia y las situaciones que llevan a la eclosión de la sintomatología son equiparables. Se plantea la existencia de una estructura similar aunque las manifestaciones puedan diferir. Según esta teoría la infancia de los pacientes está marcada por un fallo por parte de los padres en lo que Kohut denomina “reflejo empático”. El reflejo empático conlleva la experiencia del niño de ser reconocido y por tanto está implicado de un modo esencial en la construcción de un self o si mismo bien consolidado (auto-reconocimiento, continuidad de la identidad en el tiempo). La construcción deficitaria del self da lugar a una inadecuada capacidad para regular la ansiedad, especialmente aquella que se deriva de una posible disolución del yo o pérdida de identidad, dada la precariedad de esta. La persona no habría tenido la oportunidad de desarrollar una estructura del self firme y cohesiva capaz de neutralizar la ansiedad. La estructura del self referida es llamada por Kohut “objeto del self” (self-object) que es definido por este autor como un objeto que es percibido como parte del self más que como separado o independiente y que se deriva de las relaciones seguras y tranquilizadoras con los cuidadores. La regulación de la ansiedad se lograría gracias a la presencia de figuras de apego con capacidad de dar tranquilidad, lo que se considera precursor de la estructura del self firme y cohesiva mencionada. Tal estructura aportaría calma en circunstancias difíciles. Es decir, se trataría de una interiorización de la capacidad de regular de la ansiedad. Cuando ha habido un fracaso en el desarrollo de una estructura tal se desarrollan estructuras “compensatorias” (otro constructo importante de la teoría) con la finalidad de eliminar o atenuar la ansiedad. Las estructuras compensatorias son defensas o rasgos de personalidad que aportan seguridad, alejando temores de despersonalización. Rasgos como el excesivo control tanto de uno mismo como de las circunstancias, la independencia o evitación de cualquier tipo de compromiso pueden cumplir una función “reparadora” o compensatoria de déficits básicos. Así, es característico de estos pacientes el constreñimiento de la vida emocional debido a la amenaza sentida que suponen los afectos para la auto-cohesividad. Siguiendo este modelo, es predecible que las circunstancias que llevan a que las estructuras compensatorias (o estrategias de seguridad) dejen de ser eficaces, vayan seguidas “de un proceso de descompensación que producirá un estado de

autofragmentación incipiente y pánico concomitante”. El pánico sería la experiencia de autofragmentación mientras que la hipocondría y la agorafobia serían elaboraciones y defensas contra la auto-fragmentación. En el caso que presenta Diamond de una mujer con rasgos hipocondríacos, se señalan mecanismos generalizables a la hipocondría: “Las preocupaciones hipocondríacas de A con el dolor en el pecho pueden entenderse como una representación somática así como una elaboración de la experiencia de auto-fragmentación. Tanto en la psique como en el soma residen aspectos de la auto-representación que bajo condiciones normales se mantienen integrados y mutuamente congruentes. Bajo el movimiento regresivo de la auto-fragmentación, la auto-representación psíquica y somática se disocian y cada cual experimenta la catástrofe como le es propio; la psique como pánico y el soma como enfermedad”. Esta teoría también plantea que los aspectos cognitivos de las emociones no se reconocen dado que han sido reprimidos al no obtener una respuesta empática de los cuidadores en las primeras etapas del desarrollo. La inhibición del componente subjetivo daría cuenta de la expresión somatizada del trastorno.

Cantalejo (1996) resume el planteamiento de Storolow (1979) acerca del significado de la hipocondría, la despersonalización y la ansiedad de muerte. De la misma manera que desde la Psicología del self, en el caso de la hipocondría, la sintomatología surgiría en relación con la percepción de una desintegración del self. La focalización y preocupación corporales, por otra parte, reflejarían un intento de restitución ante esta amenaza.

3. Análisis transaccional

Este enfoque teórico enfatiza la dimensión comunicacional de la conducta en las relaciones humanas. Avia (1993) sintetiza el planteamiento del análisis transaccional que tiene como figura más relevante a Eric Berne. Este autor elabora el concepto de “juegos de la vida” que se define, siguiendo a Avia (1993,pag. 76), del siguiente modo: “una secuencia de transacciones que siguen una pauta muy definida y que termina de forma predecible, de aspecto superficialmente plausible, pero regida por normas y regulaciones implícitas y en las que hay una motivación escondida. El juego sustituye a las transacciones auténticas, que logran intimidad, y es básicamente insincero; su resultado tiene un cierto carácter teatral y falso”.

Plantea Avia (1993) que el comportamiento hipocondríaco se puede interpretar, desde este planteamiento, como un modo de juego en el que existen diversos niveles comunicativos: Así, es frecuente que el paciente y su pareja jueguen al juego “si no fuera por la enfermedad” en el que los problemas que puedan existir entre ellos son atribuidos a la enfermedad, en una relación, por lo demás, básicamente satisfactoria. Es decir, la supuesta enfermedad cumpliría una función importante en la estabilidad de la pareja. A otro nivel, el paciente puede estar comunicando a la pareja que no le abandone pues se haya enfermo. Este segundo nivel evidencia una relación infantil encubierta por el primer tipo de comunicación, aparentemente maduro.

4. Modelo de autorregulación de la conducta de enfermedad

Leventhal y colaboradores (Leventhal, Diefenbach & Leventhal, 1992; Cameron, Leventhal & Leventhal, 1993) elaboraron un modelo de autorregulación de las conductas relacionadas con la salud aplicable a aspectos como la adhesión al tratamiento médico, la decisión de solicitar asistencia sanitaria o los patrones de conducta hipocondríacos. Este modelo integra factores sociales y contextuales así como cognitivos y afectivos. El procesamiento de las informaciones relativas a la enfermedad, según este modelo, se llevaría a cabo a través de dos modos principales. Un procesamiento esquemático que opera a través de “códigos no verbales, no proposicionales de episodios emocionales y de enfermedad previos” y un modo de procesamiento conceptual o proposicional consistente en “abstracciones (conceptos semánticos), inferencias causales y expectativas de resultados basados en las reflexiones y juicios del individuo acerca de los episodios de enfermedad”. El modo de procesamiento esquemático tiene un papel importante en la evocación automática de reacciones emocionales y el proposicional en la etiquetación cognitiva de los episodios emocionales y de enfermedad y en el razonamiento acerca de ellos. Así pues, una vía de procesamiento implica las respuestas emocionales a la amenaza y sus consecuencias, el dolor o molestia o los fracasos en el enfrentamiento a los síntomas y el otro implica una representación cognitiva elaborada de los rasgos objetivos de la situación. La persona debe enfrentarse tanto a la reacción emocional a la enfermedad como a los peligros específicos de la misma. Ambos modos de procesamiento corren paralelos e influyen en las representaciones de enfermedad, los modos de enfrentarse a las amenazas a la salud

y la evaluación de los resultados de los intentos de enfrentamiento. Estos tres procesos constituyen los elementos centrales del modelo de autorregulación. Por otra parte, la experiencia de síntomas y los episodios de enfermedad es cambiante lo que junto a las informaciones nuevas (de los médicos, medios de comunicación etc) influye en las modificaciones en los elementos del sistema de autorregulación.

Una característica central de la hipocondría es la ausencia de eficacia de los reaseguramientos médicos. El paciente respondería a esta intervención médica con solo un alivio transitorio de la ansiedad. Al cabo de un tiempo breve, la ansiedad por la salud volvería a ser de la intensidad habitual. Coia y Morley (1998) intentan explicar porque los sujetos con alta ansiedad por la salud responden pobremente al mensaje persuasivo del médico a diferencia de la gran mayoría de pacientes para quienes el reaseguramiento simple aleja los temores establemente. Para estos autores se pueden distinguir dos modos de procesamiento de las informaciones persuasivas. Por una parte, un procesamiento heurístico de la información tranquilizadora que aporta un alivio transitorio de la ansiedad pero que deja inmodificada la representación que el paciente mantiene de los síntomas como indicativos de amenaza (es decir, se podría concebir como un reaseguramiento emocional que no aporta informaciones nuevas). Por otra parte, un procesamiento sistemático que implica la reconsideración de las representaciones del paciente de los síntomas evocadores de respuestas de ansiedad y que permite una modificación de aquellas representaciones erróneas (por ejemplo, “que tenga palpitaciones quiere decir que hay algo que funciona mal en mi corazón” en vez de “cuando me siento alarmado por algo la respuesta normal del corazón es que bombee con más fuerza y rapidez”). Los reaseguramientos que normalmente se ofrecen en la práctica médica son ineficaces para las personas con alta ansiedad por la salud (es decir, con representaciones de los síntomas o sensaciones corporales como más amenazantes de lo que en realidad son) en la medida que cuando los síntomas recurren la valoración de los mismos sigue basándose en estas representaciones al no haberse aportado información nueva que permita su reconsideración (de amenazantes a no amenazantes). La terapia cognitiva de la hipocondría se vale del procesamiento sistemático para inducir un cambio en las respuestas emocionales a los síntomas y estímulos relacionados. Es decir, en esta forma de tratamiento básicamente se intenta que el paciente revise cuidadosamente los síntomas y representaciones a través de la aportación de informaciones nuevas que pueden ser ofrecidas directamente por el

terapeuta u obtenidas por el paciente a través de la realización de “experimentos conductuales” que forman parte de la terapia. Esta revisión de la representación conduce eventualmente a la elaboración de un modelo representacional de los síntomas más benigno y acorde con la realidad del estado de salud del paciente. En definitiva, a diferencia del reaseguramiento simple que se ofrece habitualmente y que consiste en informar de lo que los síntomas no son, en el tratamiento cognitivo-conductual se obtiene (a través de distintas estrategias como el análisis de las evidencias a favor y en contra de la hipótesis de enfermedad del paciente y de hipótesis alternativas del origen de los síntomas, la realización de experimentos conductuales, la observación de cuando los síntomas es más fácil que aparezcan, la aportación de información nueva o la retirada de conductas de evitación activa y pasiva) una visión alternativa y benigna de lo que los síntomas son, cual es su significado. Esto, en contraste con indicar la ausencia de enfermedad, como señala Salkovskis (1988), es justamente lo que el paciente necesita para que se reduzca establemente la ansiedad por su estado de salud.

La **representación** de los síntomas construida por la persona se basa en la *identidad* del problema, lo que incluye la etiqueta aplicada (autodiagnóstico) y aspectos del síntoma como el dolor, la duración y curso (agudo, cíclico, crónico), las *consecuencias* anticipadas (físicas, sociales, económicas), las *causas* que se hipotetiza han llevado al sintoma o síntomas (por ejemplo, daño, infección o debilidad genética) y la *percepción de controlabilidad*, es decir, la creencia en la existencia de acciones terapéuticas oportunas para recuperar el estado de salud. Las representaciones de las enfermedades amenazantes en contraste con los problemas de salud menores tienden a verse como crónicas, provocadas por factores tanto internos (genéticos) como externos y con expectativas de que los síntomas serán altamente dolorosos e invasivos así como relativamente incontrolables. Las representaciones influyen en la decisión de uso de **estrategias o procedimientos de enfrentamiento** ante la amenaza subjetiva a la salud, con una **evaluación** posterior que de no ser satisfactoria (cese de los síntomas, disminución del malestar emocional) obliga a la revisión de la representación y la modificación del modo de enfrentarse al problema. Por ejemplo, un malestar abdominal puede atribuirse a un exceso de acidez lo que conduce al uso de algún medicamento que la contrarreste. La evidencia de que las medidas adoptadas no tienen un efecto puede llevar a un cambio en la atribución y en el modo de actuar para enfrentarse al síntoma (por ejemplo, solicitando consulta médica).

Al mismo tiempo, Leventhal y colaboradores señalan que los estados emocionales pueden afectar a la representación de enfermedad. Algunas de las influencias son las siguientes:

- 1) Afectando el inicio o al progreso de una enfermedad ya presente.
- 2) Aumentando la dificultad del autodiagnóstico al añadirse síntomas emocionales a los de la enfermedad física.
- 3) Alterando la atención a interpretación de estados somáticos.
- 4) Afectando las decisiones conductuales (buscar o no atención) en respuesta al cambio somático.

Un aspecto central del modelo de autorregulación es la búsqueda de coherencia entre los elementos del sistema (Coherencia en el espacio problema). Es decir, representaciones, procedimientos de enfrentamiento y evaluación tienden a tener una “lógica” interna, independientemente de que tal coherencia sea válida desde un punto de vista objetivo. El sistema de autorregulación, por tanto, puede ser coherente pero inválido. Ejemplo de ello es el de la persona con hipertensión arterial que ante síntomas como cefalea o sensación de mareo considera que tiene la tensión arterial alta. Si toma la tensión arterial en momentos de síntomas y efectivamente es alta puede validar subjetivamente su representación de los síntomas como indicaciones de este problema de salud. Tal apreciación, sin embargo, puede ser objetivamente inválida si la tensión es también alta en períodos libres de síntomas. Otro ejemplo de sistema de autorregulación coherente pero inválido que se da entre personas con ansiedad por la salud significativa es cuando ante síntomas como las palpitaciones se concluye erróneamente que se está sufriendo un problema cardiaco grave. Esta representación del síntoma lleva a estrategias de enfrentamiento que son consideradas reductoras del peligro (por ejemplo, dejar de hacer un esfuerzo). La evaluación posterior del episodio puede ser que la ausencia de las consecuencias catastróficas anticipadas (accidente cardiaco) se ha debido a la estrategia de enfrentamiento empleada o lo que es lo mismo que si no se hubiera empleado las consecuencias temidas se habrían producido. Por tanto, la representación del síntoma como peligroso se mantiene establemente y el sistema de autorregulación tiende a su autoperpetuación.

Además de la búsqueda de coherencia entre los elementos del sistema de autorregulación también se da entre este y los niveles cultural e interpersonal y el propio estilo de personalidad. La representación de los síntomas tiene un trasfondo cultural que aporta definiciones de los síntomas, consideraciones acerca de su naturaleza y significado y posibles soluciones ante lo que se juzga un estado de salud perturbado. Es decir, el contexto sociocultural moldea la representación de los síntomas y de lo que uno debe hacer a través de diferentes experiencias de aprendizaje compartidas por los miembros del grupo de pertenencia. Así, una misma molestia puede ser considerada, dependiendo de este moldeamiento cultural, “síntoma de una enfermedad, producto de deficiencias personales o derivada de la explotación social” (Mechanic, 1972). Leventhal et al (1992) hacen referencia a la influencia cultural en la representación de los trastornos psicológicos como trastornos somáticos. Por ejemplo, estar cansado más que triste, provocado por virus más que por estrés interpersonal.

El estilo de personalidad también influye en las características del sistema de autorregulación en respuesta a los síntomas corporales. En concreto, los factores de personalidad pueden influir, entre otros, de los modos siguientes: a) afectando a la atención a los cambios somáticos. Mechanic (1986) menciona la introspectividad como un rasgo de personalidad que se asocia a una mayor facilidad para la detección de síntomas o Barsky (1992) se refiere a la amplificación somatosensorial tanto como un estado transitorio o como una característica de personalidad que se asocia a un mayor informe de síntomas y actitudes hipocondríacas, b) influyendo la interpretación de los síntomas corporales. Como ya se indicó al discutir el papel de la afectividad negativa en las actitudes hipocondríacas estas pueden verse incrementadas por la tendencia a la preocupación general de las personas altas en este rasgo cuando experimentan síntomas corporales (Kirmayer, Robbins & Paris, 1994; Costa & McCrae, 1985; Watson & Pennebaker, 1989), c) Afectando los procedimientos de control de las amenazas de enfermedad y los criterios para evaluar los resultados. También como antes se comentó, el locus de control como un estilo cognitivo estable puede influir en las valoraciones de la capacidad de control de las amenazas a la salud. El locus de control externo se asocia a una percepción de mayor ineficacia en el autocuidado de la salud (Lau, 1982)

Otros factores influyentes en la representación de los síntomas se derivan de la situación vital. Es más probable que ante circunstancias vitales estresantes la persona relacione los síntomas corporales ambiguos con las mismas. Por el contrario la ausencia (o no percepción) de estrés significativo implica una mayor facilidad de hacer atribuciones de enfermedad médica (Baumann ,Cameron, Zimmerman & Leventhal, 1989). Otras características como el sexo o la edad son elementos que influyen en las representaciones de los síntomas. Por ejemplo, Martin, Gordon & Lounsbury (1998) realizaron una serie de estudios en los que se comprobó que el sexo influía significativamente en las atribuciones de un conjunto de síntomas. En concreto, a los sujetos se les describía un episodio en el que un personaje figurado (que podía ser hombre o mujer) experimentaba una serie de síntomas cardiacos tales como dolor y opresión en el pecho o palpitaciones. Tal experiencia podía ocurrir en un contexto de alto estrés o de ausencia de estrés. El principal resultado fue la mayor tendencia a hacer atribuciones cardiacas para los personajes varones. La condición en la que las diferencias fueron mayores fue cuando se trataba de una mujer en un contexto de alto estrés. En tal caso era significativamente más difícil que se hicieran atribuciones de enfermedad cardiaca. Los autores indican que aunque hay un mayor riesgo de enfermedad cardiovascular en los varones, los resultados indicaron que el riesgo estimado según el sexo va más allá del mayor riesgo objetivo. Sobre las estimaciones influyen las creencias estereotipadas que asocian enfermedad cardiaca con sexo masculino. Aunque los estudios se realizaron con situaciones figuradas y con personajes ficticios, los hallazgos son relevantes para situaciones en las que es uno mismo o algún allegado el que experimenta síntomas de este tipo.

Leventhal et al (1992) representan gráficamente el modelo de autorregulación del siguiente modo:

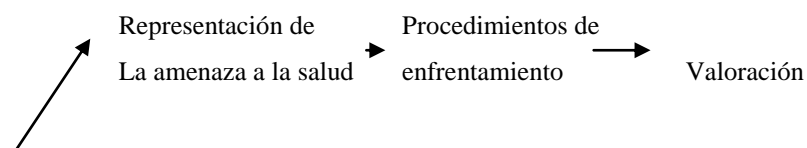
CONTEXTO SOCIOCULTURAL

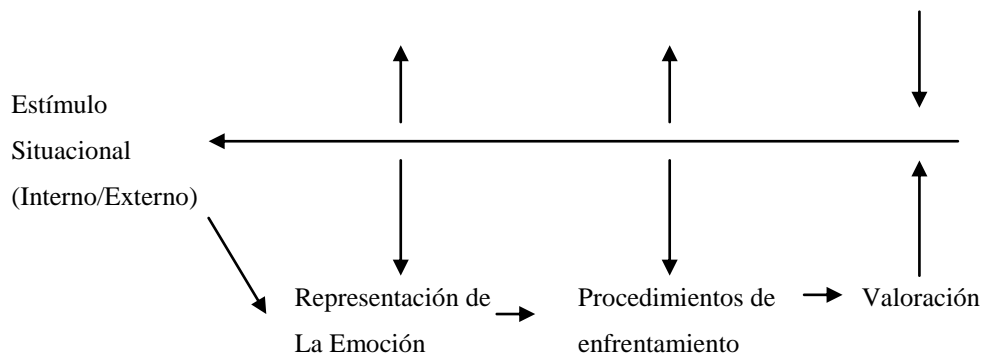
Instituciones-Grupos-Roles



SISTEMA PERSONAL (SELF SISTEM)

Características Biológicas-Rasgos y defensas psicológicas





5. Modelo cognitivo-conductual

a) Explicación cognitivo-conductual de los problemas emocionales

La premisa básica de la que parte el modelo cognitivo de los trastornos emocionales es que la valoración o interpretación de los sucesos es el determinante principal de las emociones (Beck, 1979/1983). Las valoraciones a su vez dependen de factores como el contexto situacional, el estado de ánimo o las experiencias pasadas. Estas últimas ejercen su influencia a través del desarrollo de esquemas que sirven de base para la interpretación. En palabras de Beck (1979/1983, pag. 20) “el esquema es la base para transformar los datos en cogniciones (definidas como cualquier idea con contenido verbal o gráfico). Así, un esquema constituye la base para localizar, diferenciar y codificar el estímulo al que se enfrenta el individuo. Este categoriza y evalúa sus experiencias por medio de una matriz de esquemas”. Por otra parte, más que estructuras de significado puramente cerebrales y cognitivas, los esquemas según la conceptualización de Beck incorporan elementos emocionales y son mejor concebidos como estructuras cognitivo-afectivas. Marino Pérez (1999, pag. 546) en la discusión de la terapia cognitiva expresa del siguiente modo como ésta aborda tal aspecto: “Los esquemas incorporan también las emociones o ´valencias afectivas´ relacionadas con los eventos. En este sentido, los terapeutas cognitivos reclaman que su enfoque sea reconocido como modelo ´caliente´ del funcionamiento psicológico. Es más, aseguran que su modelo consiste en un funcionamiento integrado de la cognición y la emoción, de modo que los esquemas cognitivos podrían ser más justamente descritos como *estructuras cognitivo-emocionales*”.

Determinadas formas de estrés o acontecimientos críticos con temática similar o cercana al contenido de los esquemas harían más probable un patrón de activación cognitiva que, siguiendo a Hibbert (1984), se caracteriza por:

- 1) Construcción errónea sistemática de las experiencias (errores cognitivos)
- 2) Pensamientos específicos o imágenes frecuentemente relacionados con la experiencia pasada perturbadora
- 3) Las cogniciones generalmente preceden el inicio o exacerbación de la experiencia emocional
- 4) El grado de ansiedad experimentado es proporcional al grado de plausibilidad (para el paciente) del peligro hipotético, la noción del paciente de la severidad del daño y la estimación de la facilidad de que el suceso temido ocurra

El planteamiento de un “modelo caliente del funcionamiento psicológico” implica, al considerar la experiencia emocional, la participación necesaria de contenidos cognitivos particulares. La posición cognitiva “fuerte” asume que la cognición es una condición suficiente para que se produzca una emoción particular pero también que es una condición necesaria. Es decir, la experiencia emocional no puede existir sin cognición. Lazarus (1991a) distingue entre conocimiento y valoración. El *conocimiento* se refiere a lo que la persona cree acerca del funcionamiento del mundo en general y en determinados contextos. Tal conocimiento, obviamente, puede no tener repercusión emocional alguna. Por otra parte, lo central en la experiencia emocional es “una *valoración* del significado del conocimiento de lo que está sucediendo para nuestro propio bienestar”. Lo que señala Lazarus es que mientras que el conocimiento es una condición necesaria pero no suficiente de la emoción, el segundo tipo de es tanto condición necesaria como suficiente. Las diferentes emociones se relacionan con temáticas valorativas diferentes. Por ejemplo, en la ira es central el tema de la injusticia, en el pesar la pérdida o en la ansiedad la amenaza o peligro. Debe recordarse que estas evaluaciones pueden hacerse “friamente” sin implicación emocional. Lo que es necesario y suficiente para que haya emoción es que el sujeto considere, al valorar la situación, las repercusiones para el propio bienestar. El significado extraído de la transacción sujeto-ambiente puede ser de amenaza, daño o beneficio (entre otros) en relación con las metas, deseos o necesidades importantes para el bienestar personal. Esto es lo que es crítico en la generación de emociones. Tales valoraciones o

significados personales pueden ser, por supuesto, irreflexivos y automáticos. Lazarus señala incluso que no es necesario que tengan el soporte del lenguaje: una consideración amplia de la cognición incluye las valoraciones de los niños muy pequeños o de los animales. En palabras del autor (Lazarus, 1991b) “Las emociones no son trucos verbales o etiquetas sino reacciones a significados relacionales fundamentales que tienen una significación en la adaptación en nuestras vidas”. Como antes se señaló podrían distinguirse dos modos de procesamiento de la información. Uno automático, global u holístico que define de una manera cruda e irreflexiva la situación (beneficiosa o perjudicial) y otro modo de procesamiento cognitivo controlado y reflexivo que conlleva un análisis más detallado de la situación. Lazarus señala que “(creo que) el proceso de generación de emociones es frecuentemente automático más que deliberado y controlado volitivamente. No es posible decir con confianza que proporción de valoraciones y emociones están basadas en cada tipo de actividad cognitiva, y quizás la mayoría de las valoraciones implican una mezcla de ambas. Yo sospecho que las automáticas probablemente dominan mucha de nuestra vida emocional”. Por otra parte, en el transcurso del proceso emocional pueden variar las valoraciones influyendo éste y siendo al tiempo influidas por la propia emocionalidad. Otros influencias en el proceso son las derivadas de los cambios en el encuentro evocador de las valoraciones. Tales cambios pueden ser resultado de los esfuerzos de enfrentamiento o independientes del mismo.

Así pues, más que un fenómeno simple, la experiencia emocional sería mejor entendida como un proceso complejo en el que se producen interinfluencias y solapamiento y que sigue diferentes cursos influida por las valoraciones sucesivas, la conducta y los cambios en la situación.

En la medida que la hipocondría se considera un trastorno de ansiedad se discutirá a continuación la concepción cognitiva de los trastornos de ansiedad en general para posteriormente abordar de un modo específico, sobre esta base, la ansiedad por el estado de salud.

b) Explicación cognitivo-conductual de los trastornos de ansiedad

Beck & Clark (1997) definen la ansiedad como un patrón complejo de cambios cognitivos, afectivos, fisiológicos y conductuales que surgen en relación con estímulos a los que se les asigna un significado de amenaza o peligro. Se postula que la vulnerabilidad psicológica a los trastornos de ansiedad tiene que ver con estructuras de significado o esquemas cognitivos formados a lo largo de la vida que favorecen un procesamiento cognitivo en términos de amenaza o peligro. Con otras palabras, la vulnerabilidad a la ansiedad se asocia a creencias prepotentes centrales acerca del peligro así como acerca de los recursos personales para afrontarlo. Un amplio abanico de peligros pueden ser el foco de la anticipación ansiosa (daño físico, penuria económica, pérdida de la autoestima, pérdida de seres queridos o abandono etc). La característica que define los trastornos de ansiedad en contraste con los estados de ansiedad no clínica es la facilidad para que se produzcan valoraciones en términos de amenaza. Las principales manifestaciones son las siguientes:

- 1) A nivel fisiológico se produce hiperactividad del sistema nervioso simpático que da lugar a manifestaciones fisiológicas características como tensión muscular o aceleración del ritmo cardiaco.
- 2) A nivel conductual, manifestaciones como el escape o evitación de las situaciones valoradas como de riesgo así como otras conductas dirigidas a maximizar subjetivamente la seguridad.
- 3) A nivel emocional, sentimiento de alarma, inquietud o aprensión.
- 4) Finalmente a nivel cognitivo, la ansiedad puede implicar manifestaciones como las siguientes: a) síntomas sensorceptivos como la sensación de irrealidad, hiperalerta y autofocalización atencional, b) dificultades en los procesos cognitivos (dificultad para concentrarse, experiencia de bloqueo cognitivo o problemas para el razonamiento abstracto) y c) La ansiedad también puede influir sobre los contenidos cognitivos favoreciendo la emergencia de imágenes perturbadoras y pensamientos automáticos negativos.

Distinguen Beck & Clark (1997) tres etapas en el procesamiento de las informaciones relativas a la amenaza. La primera sería una etapa preatencional en la que la persona se orienta hacia la situación y hace una primera categorización de la misma como amenazante o no amenazante, en la segunda etapa predomina un modo de

procesamiento que los autores denominan “primal”. Se caracteriza por su carácter automático e irreflexivo y durante esta etapa surgen respuestas de ansiedad características dirigidas a asegurar el logro de objetivos evolutivos fundamentales como la supervivencia o maximizar la seguridad. El procesamiento de la información en esta etapa da lugar a “una constricción o estrechamiento del procesamiento cognitivo que lleva a sesgos o inadecuaciones. Por ejemplo, el procesamiento en esta etapa es muy rápido y dicotómico con una correspondiente intolerancia a la incertidumbre o ambigüedad. Este modo de procesamiento también estaría implicado en la ocurrencia de pensamientos automáticos negativos acerca de la amenaza y peligro”. Finalmente, pueden ponerse en marcha valoraciones secundarias o reflexivas. Se corresponderían a la etapa tercera que denominan de procesamiento “semántico elaborativo”. En esta etapa, aunque el procesamiento automático característico de la anterior pueda continuar se realizan consideraciones más reflexivas de la situación y de los recursos de afrontamiento.

En los trastornos de ansiedad predominaría una orientación hacia la amenaza como ponen de manifiesto estudios experimentales en los que se observa un sesgo preatencional hacia estímulos amenazantes en sujetos con puntuaciones elevadas en medidas de ansiedad (Wells & Mathews, 1996; Mogg & Bradley, 1998). También sería característico el predominio de un modo de procesamiento automático que magnifica la probabilidad/severidad del peligro al tiempo que minimiza los recursos de afrontamiento (personales y sociales) ante la amenaza anticipada. Estos sesgos reflejan un fallo a la hora de llevar a cabo una valoración más realista, es decir, de hacer un uso efectivo para la reducción de la ansiedad del procesamiento semántico elaborativo.

Salkovskis, Forrester & Richards (1998) realizan un esquema de los elementos que entran en juego en el proceso de valoración de la amenaza en el que se refleja la interacción entre los mismos:

Probabilidad percibida de la amenaza	*	Costo percibido de la ocurrencia de la amenaza
Capacidad percibida de Enfrentamiento	+	Factores auxiliares percibidos

Según este esquema, la percepción de alta probabilidad del peligro incrementa la respuesta de ansiedad pero al mismo tiempo hay una interacción multiplicativa con el coste percibido o significado que se da al suceso de modo que es posible que se estime una probabilidad baja para la ocurrencia de la amenaza y, no obstante, si el significado es particularmente perturbador, dar lugar a una respuesta de ansiedad. Asimismo, la interacción probabilidad percibida por costo es modulada por la percepción de capacidad de enfrentarse a la situación temida en caso de concretarse así como por la percepción de recursos auxiliares (por ejemplo, apoyo de otros) a los que recurrir en caso necesario. Las valoraciones de estos elementos en los trastornos de ansiedad se caracterizaría por la existencia de de distorsiones cognitivas en algunos o en todos ellos. Es decir, dominaría un modo de procesamiento irreflexivo orientado a la amenaza en el que se minimizan las señales de seguridad.

Además de los factores que influyen en la intensidad de la respuesta de ansiedad se distinguen otros factores implicados en el mantenimiento. Algunos parecen especialmente importantes en la perpetuación del trastorno de ansiedad (Salkovskis, Forrester & Richards, 1998; Clark, 1999):

- 1) la atención selectiva. La valoración de riesgo conduce a la vigilancia de indicios indicativos de la inminencia del peligro. La atención selectiva a señales de peligro conduce a una percepción incrementada de las mismas lo que puede ser tomado como evidencia de riesgo alto de que el peligro se concrete. De este modo se reforzaría la valoración de riesgo inicial.
- 2) Cambios fisiológicos. Los cambios fisiológicos que forman parte de la experiencia de ansiedad pueden, en si mismos, ser interpretados alarmantemente, de un modo especial en los sujetos con ansiedad acerca de la salud (caso de la hipocondría y del trastorno de pánico) pero puede ser también un mecanismo imputante en el mantenimiento de otros problemas. Por ejemplo, en el trastorno obsesivo compulsivo en el que el tema objeto de obsesiones es la suciedad, la ansiedad que provocan puede asociarse a respuestas fisiológicas como la sudoración que aumenta o inicia la sensación de suciedad incrementando de este modo las obsesiones.

- 3) Cambios conductuales. Diversas conductas, entre las que se incluyen el escape y la evitación de situaciones asociadas al temor, dirigidas a maximizar más allá de lo razonable la seguridad, pueden estar implicadas en el mantenimiento de la ansiedad. La explicación cognitiva del papel de estas conductas en el mantenimiento se basa en que a través de las mismas se impide la comprobación de ausencia de riesgo. Al mismo tiempo estas conductas pueden ya no solo mantenerla sino intensificarla al promover la atención y elaboración de los temores.
- 4) A estos factores señalados Salkovskis y Clark se podría añadir la comprobación de que el nivel de ansiedad influye en la intrusividad de los pensamientos alarmantes, la dificultad para descartarlos o alejarlos y sobre su grado de articulación y plausibilidad para el paciente (Hibbert, 1984). Es decir tales aspectos tienden a hacerse más notorios a medida que aumenta la ansiedad.
- 5) Otro aspecto relevante en el mantenimiento es la frecuencia elevada de ánimo depresivo en pacientes con problemas de ansiedad, que probablemente en un número significativo de pacientes se derive de la experiencia de ansiedad mantenida (Barlow, 1988). Se ha comprobado experimentalmente que la accesibilidad de pensamientos negativos se incrementa con el incremento del ánimo disfórico (Teasdale & Barnard, 1993).

c) Explicación cognitivo-conductual de la hipocondría

La hipocondría es concebida como una forma severa de ansiedad en relación con el estado de salud. La característica central es la preocupación y ansiedad intensa que se deriva de la creencia de que se padece una enfermedad grave o del temor a padecerla o contraerla que se mantiene establemente y que tiene escasa respuesta a las informaciones que van en su contra (comunicaciones del médico y resultados normales en pruebas diagnósticas, por ejemplo). Es decir, las valoraciones del paciente de una variedad de estímulos (especialmente internos) implicaría el tema de la amenaza a o

pérdida de la integridad física y daría lugar a respuestas emocionales particulares en base al contenido de la valoración. La emoción más característica es, por supuesto, la ansiedad ya que las valoraciones generalmente se refieren a la posibilidad de padecer o contraer la enfermedad grave temida. Pero también otras emociones pueden estar presentes si el sujeto hace otras valoraciones. Por ejemplo, ira si considera que los médicos están actuando negligentemente con respecto a su salud o pesar si concluye que la enfermedad está presente y ya no hay nada que hacer al respecto.

El elemento central de la explicación cognitiva es la tendencia a hacer valoraciones de amenaza para la salud actual o futura ante estímulos relacionados con la salud-enfermedad (sensaciones o síntomas, informaciones, pensamientos) (Salkovskis & Warwick, 1986; Warwick, 1989; Warwick & Salkovskis, 1988, 1990; Salkovskis, 1988). En tales valoraciones entran en juego tanto la estimación de la probabilidad de contraer o padecer la enfermedad como los significados o implicaciones que ello podría tener para uno mismo o para otros significativos. Hay evidencia de que al aumentar la probabilidad percibida de ocurrencia de la amenaza, también lo hace la dificultad para alejar los pensamientos intrusivos relacionados, tienden a aumentar en frecuencia y en grado de preocupación informado (Freston, Gagnon, Ladouceur, Thibodeau, Latarte & Rheume, 1994). A la inversa, el grado de ansiedad generado influye en la probabilidad estimada que tiende a incrementarse (Hibbert, 1984; Salkovskis, 1988).

Las implicaciones anticipadas o significado influyen, asimismo, en la respuesta de ansiedad, por ejemplo, sufrir la enfermedad además de riesgo para la vida puede asociarse a dolor continuado, desvalimiento y soledad o puede suponer un riesgo para el bienestar material de la familia. Algunas de las consecuencias anticipadas de padecer la enfermedad son documentadas en un estudio de Wells y Hackman (1993) con 10 pacientes con hipocondría que seguían terapia cognitiva. A estos sujetos se les pidió que imaginaran lo más nítidamente posible lo que ocurriría si padecieran la enfermedad temida. Algunas de las imágenes así inducidas eran “Cayendo en la pobreza y mi familia quedando desamparada y enferma porque yo estoy enfermo”, “mi marido e hijo son perfectamente felices tras mi muerte y se olvidan de mi”, “en el hospital hasta mi muerte contra mi voluntad y sin ninguna visita”. Sobre el significado del suceso temido Salkovskis et al (1998) señalan lo siguiente: “La conceptualización de los factores cognitivos en la ansiedad también tiene en cuenta la situación común en que la persona

crea que un suceso negativo particular es extremadamente difícil pero a pesar de ello muestra un temor extremo hacia él. Tal patrón es particularmente claro cuando la persona cree que, aunque difícil, la amenaza es demasiado terrible como para arriesgarse. Esta combinación es prominente en muchos casos de tanto ansiedad por la salud severa como problemas obsesivos, donde la persona reconoce que sus preocupaciones son probablemente exageradas pero que si ocurrieran serían devastadoras”.

Además de la probabilidad y significados de la enfermedad, tienen un papel modulador los recursos de enfrentamiento percibidos para prevenir la enfermedad, para influir en su curso o para adaptarse a la misma así como los recursos psicosociales que la persona considera que dispone en caso de desarrollar la enfermedad. La teoría del estrés (Lazarus & Folkman, 1986) y de las emociones en general (Lazarus, 1991b) se ha referido a ello como “valoración secundaria”, es decir, la valoración de los recursos de afrontamiento disponibles para encarar la amenaza. Sin duda, valorar que se está indefenso, sin capacidad de control alguno o sin apoyos son elementos importantes en la respuesta emocional.

La ansiedad por la salud se asocia a una infravaloración del papel de la propia conducta en la prevención de la enfermedad. Es decir, como antes se ha señalado a propósito de los estudios de Lau (1982), Lin & Paterson (1990) o Jones, Mabe & Riley (1989), el sujeto con preocupaciones mórbidas por la salud tiende a considerar su conducta como con menos repercusiones en el mantenimiento o restablecimiento de la salud .

El papel de la percepción de control sobre la enfermedad en las respuestas emocionales es ilustrado por los resultados del estudio de Cunningham, Andrikowski, Wilson, McGrath, Sloan & Kenady (1998) en el que se comparó a un grupo de 66 mujeres que habían sufrido algún problema benigno en las mamas y que había supuesto la realización de alguna prueba diagnóstica con un grupo de otras 66 mujeres que no habían padecido problemas de este tipo. Los autores informan que la media de grupo en una medida de preocupación acerca del riesgo de padecer cáncer de mama era más alta en el primer grupo. De interés aquí es el hecho de que entre aquellas mujeres de este grupo que valoraban que en caso de desarrollar cáncer este podría ser detectado

precozmente con los procedimientos diagnósticos y que consideraban que la probabilidad de curación era alta experimentaban un nivel de preocupación significativamente menor durante los episodios de síntomas en esta área corporal que las que no mantenían estas percepciones de control.

En cuanto a los recursos psicosociales que se considera estarían disponibles para facilitar el afrontamiento y su influencia sobre la respuesta de ansiedad, los dos siguientes ejemplos son ilustrativos:

1. La paciente tiene 34 años, está casada y tiene tres hijas de corta edad. Es remitida para inicio de tratamiento psicológico por un trastorno de ansiedad. Informa que con elevada frecuencia experimenta un fuerte dolor en ambos antebrazos que sospecha pueda ser producido por “artritis reumatoide” pese a que las diversas pruebas realizadas descartaran esta patología. Especialmente cuando experimenta el dolor se siente muy ansiosa en relación con sus sospechas. La paciente informa que su marido padece esquizofrenia y está incapacitado para trabajar y anticipa que la artritis que sospecha que padece le impedirá a ella misma incorporarse en una plaza que ha obtenido por oposición o perder el trabajo en el futuro. Naturalmente en estas circunstancias se considera responsable principal del bienestar de la familia y la amenaza al cumplimiento de esta responsabilidad resulta notablemente perturbadora.
2. Se trata de una mujer de 40 años que acude a la consulta por su propia iniciativa por un estado de ansiedad mantenido. Destaca como temor principales el padecer una enfermedad grave (cáncer). La paciente informa que se haya muy unida a su hijo de 11 años y que considera a su marido como frío afectivamente y “despreocupado”. Al hablar de las consecuencias de la ocurrencia de la enfermedad que teme explicita su temor a que el marido no se ocupara apropiadamente de ella durante la enfermedad (“no haría todo lo que se puede”) y por otra, en caso de morir, no se ocupara del hijo como ella hace, lo que podría condicionar su bienestar psicológico y conducir a situaciones que la alarman (consumo de drogas).

Como en otros problemas emocionales el modelo cognitivo plantea que en los problemas en los que hay marcada ansiedad por la salud que se mantiene establemente y que no está justificada por el estado de salud actual hay una predisposición psicológica que se deriva de los esquemas o asunciones disfuncionales acerca de la enfermedad en general y de sus implicaciones así como acerca de uno mismo. En el estudio de Wells & Hackmann (1993) citado antes se encontró que los 10 pacientes hipocondríacos

mantenían alguna clase de creencia metafísica o supersticiosa acerca de la muerte y la enfermedad, por ejemplo castigo divino por la maldad. Estos sujetos también mantenían creencias acerca de modos exagerados de protegerse, como por ejemplo: “preocuparme por mi salud me mantiene a salvo”.

Los esquemas se forman a lo largo de la vida (no solamente durante los denominados años del desarrollo) y son reflejo de experiencias diversas. Ejemplos de tales experiencias son la convivencia con personas con enfermedades graves y los mensajes repetidos acerca de los riesgos a la enfermedad o errores médicos en uno mismo o personas cercanas. Supuestos como “los síntomas corporales son siempre indicación de que algo va mal” o “soy especialmente propenso a las enfermedades cardiovasculares” basados en experiencias como las mencionadas se activan y dan lugar a respuestas de alarma en presencia de acontecimientos particulares relacionados con ellos, por ejemplo ante la presencia de síntomas físicos inexplicados o la enfermedad y muerte de algún allegado.

Determinados acontecimientos directamente relacionados con los esquemas pueden constituir, por tanto, el punto de inicio de un estado de ansiedad por la salud. A partir de este momento aumenta la probabilidad de que una amplia variedad de estímulos se interpreten de acuerdo con el mismo o la emergencia de intrusiones cognitivas relativas a enfermedades. Así pues, la activación de los supuestos tiene como consecuencia que el procesamiento de la información se sesgue hacia la atención incrementada a estímulos asociados así como hacia la confirmación subjetiva de las sospechas/temores (sesgo confirmatorio). No solo los síntomas corporales pueden ser valorados de modo alarmante sino también cualquier otro tipo de información relativa a este tema como las comunicaciones de los médicos, las lecturas o los programas de radio y televisión que abordan temas relativos a la salud. Estas valoraciones dan lugar a respuestas de alarma y ansiedad con sus manifestaciones cognitivas, fisiológicas, conductuales y afectivas. Incluso informaciones aparentemente tranquilizadoras pueden ser distorsionadas e interpretadas de modo que sostienen el temor. Por ejemplo un intento por parte del médico de reasegurar como la afirmación “probablemente no sea nada” o solicitar nuevas pruebas no justificadas por el estado del paciente “solo para estar seguro” puede ser interpretado como “el médico cree que puede haber algo malo”.

Los cambios inducidos por la ansiedad en estos sistemas de respuesta se consideran clave en el mantenimiento de la ansiedad por la salud. Así, los síntomas (conductuales, fisiológicos, cognitivos, emocionales) pueden entenderse tanto como variable dependiente relacionada con situaciones evocadoras como variable independiente que influye en el curso posterior. En concreto y siguiendo a Warwick & Salkovskis (1990):

1) los síntomas físicos inducidos por el arousal autonómico pueden en si mismos ser interpretados catastróficamente y tomarse como evidencias de la ocurrencia de la enfermedad temida. Por ejemplo, la ansiedad puede producir cambios en el funcionamiento digestivo interpretados como síntomas de cáncer de colon o las palpitaciones y opresión en el pecho como indicaciones de enfermedad cardiaca. Al mismo tiempo, tales interpretaciones incrementan la ansiedad y favorecen la continuidad de los síntomas lo que puede a su vez dar credibilidad a la interpretación inicial.

2) La atención selectiva y autofocalizada hacia el funcionamiento corporal conduce a una conciencia incrementada de las sensaciones físicas. Hay evidencias de que la percepción de síntomas en un contexto de amenaza da lugar a que se perciban como más nocivos y perturbadores (Cioffi, 1991). La conciencia corporal incrementada puede ser, por otra parte, tomada como evidencia confirmadora de los temores. Salkovskis (1988) también hace referencia al papel de la autofocalización en la producción de cambios en funciones en las que intervienen tanto mecanismos voluntarios como reflejos tales como la respiración o la deglución. La atención centrada sobre estas funciones interfiere con los mecanismos automáticos implicados lo que conduce a una sensación de esfuerzo que puede interpretarse como evidencia de anomalías. Por otra parte, existen pruebas experimentales con muestras no clínicas de que las tendencias hipocondríacas se asocian a un mayor deterioro en la ejecución de las tareas experimentales cuando el sujeto anticipa la ocurrencia de un estímulo doloroso. Ello refleja una desviación de la atención desde la tarea hacia la presencia de síntomas (Pauli, Schwenzer, Brody, Rau & Birbauner, 1993). Otros estudios demuestran la existencia de sesgos atencionales hacia estímulos amenazantes entre sujetos con trastornos de ansiedad y en aquellos con elevada ansiedad rasgo (Mathews & McIntosh, 1998; Mogg & Bradley, 1998). También hay evidencias de que los sujetos

con tendencias hipocondríacas (evaluadas con el EAE) muestran este sesgo atencional en determinadas tareas experimentales en relación con estímulos relacionados amenazas a la salud (Matthews & MacLeod,). Finalmente, el fenómeno frecuentemente citado de experimentar los síntomas de los que se oye hablar o síntomas similares a los padecidos por un allegado enfermo puede explicarse en base a la atención selectiva hacia las sensaciones corporales.

3) Las conductas características promovidas por la ansiedad que genera la idea de la enfermedad y que están dirigidas a ganar seguridad o garantizar que no se padece la enfermedad temida pueden contribuir a mantener la atención centrada en la enfermedad, aumentar los síntomas que se interpretan catastróficamente o el tipo de interpretaciones catastróficas que se realizan y afectar negativamente el estado de ánimo. Por ejemplo, la lectura de información médica, las autocomprobaciones e inspección corporal y las peticiones de reaseguramiento a profesionales de la salud o a familiares y amigos son todas ellas conductas que tienen como finalidad ganar seguridad acerca del correcto funcionamiento corporal pero que tienen el efecto paradójico de mantener y ampliar los temores. Estas conductas, como se dijo, favorecen que el funcionamiento corporal ocupe el primer plano en la conciencia con lo que es más fácil que se experimenten síntomas que pueden ser objeto de interpretaciones erróneas o que llevan a la producción de nuevos síntomas (por ejemplo, palparse repetidamente en busca de anomalías producir cambios en la zona corporal objeto de escrutinio o tragar repetidamente para asegurarse del correcto funcionamiento de la deglución conducir a alteraciones objetivas en esta función o la inactividad a sensación de debilidad y cansancio más acusada).

Con respecto a una de estas conductas: el reaseguramiento médico, Salkovskis & Warwick (1986) señalan que “es importante distinguir entre la provisión de información relevante, clara y comprensible que el paciente no conoce ya o no comprende (y que es fácil que conduzca a reducciones estables en la probabilidad percibida de consecuencias amenazantes para la vida) y los intentos frecuentes de proporcionar reaseguramiento a través de pruebas innecesarias y repetición de información irrelevante o redundante. La última estrategia puede empeorar la ansiedad de dos maneras: a) aumentando la probabilidad percibida de las interpretaciones pre-existentes y b) aumentando el rango de tales interpretaciones en la medida que se aporta información nueva, mal

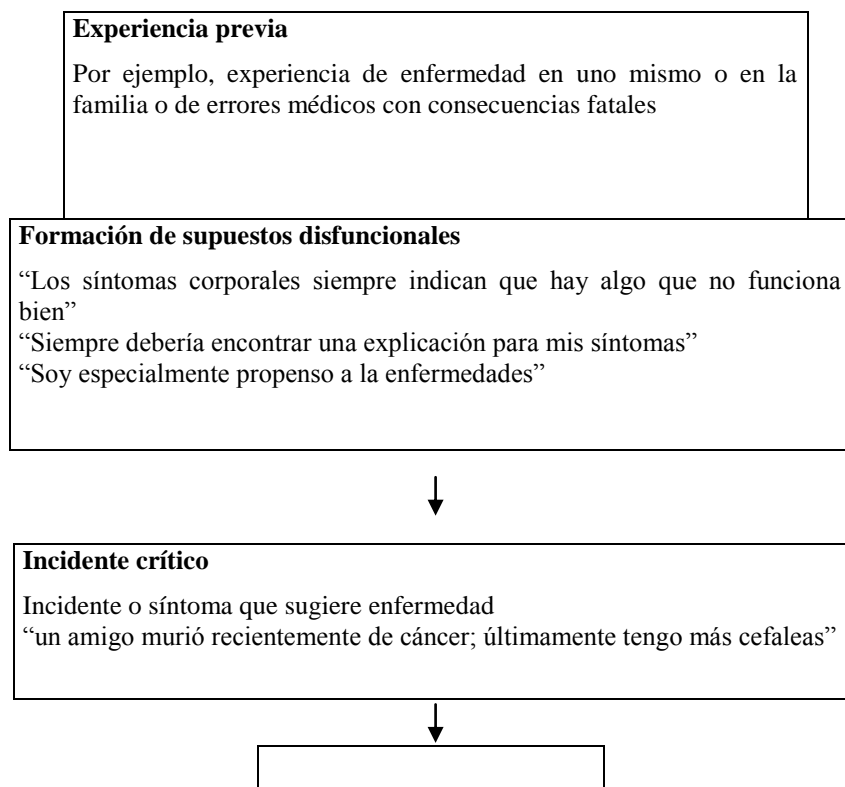
comprendida y ambigua, por ejemplo: “esta visión borrosa no es debida a cataratas y no puede ser un tumor cerebral porque sino también tendría mareos y cefaleas”. Por otra parte, se ha hecho notar el paralelismo entre esta conducta y los rituales compulsivos. En los pacientes con preocupación hipocondríaca la consulta médica dirigida a ganar seguridad acerca del estado de salud tendrían el efecto inmediato de atenuar la ansiedad. Sin embargo, tal efecto tiende a ser de corta duración y se sigue de un recrudecimiento del temor fóbico. La tranquilización inicial se entiende como refuerzo negativo que alienta la repetición de consultas cuando aumenta la ansiedad con las consecuencias desfavorables a la larga descritas (atención centrada en los temores, contemplación de nuevas posibilidades amenazantes, interpretaciones erróneas de los mensajes médicos o interferencia en la aceptación de la ausencia de seguridad absoluta acerca del estado de salud).

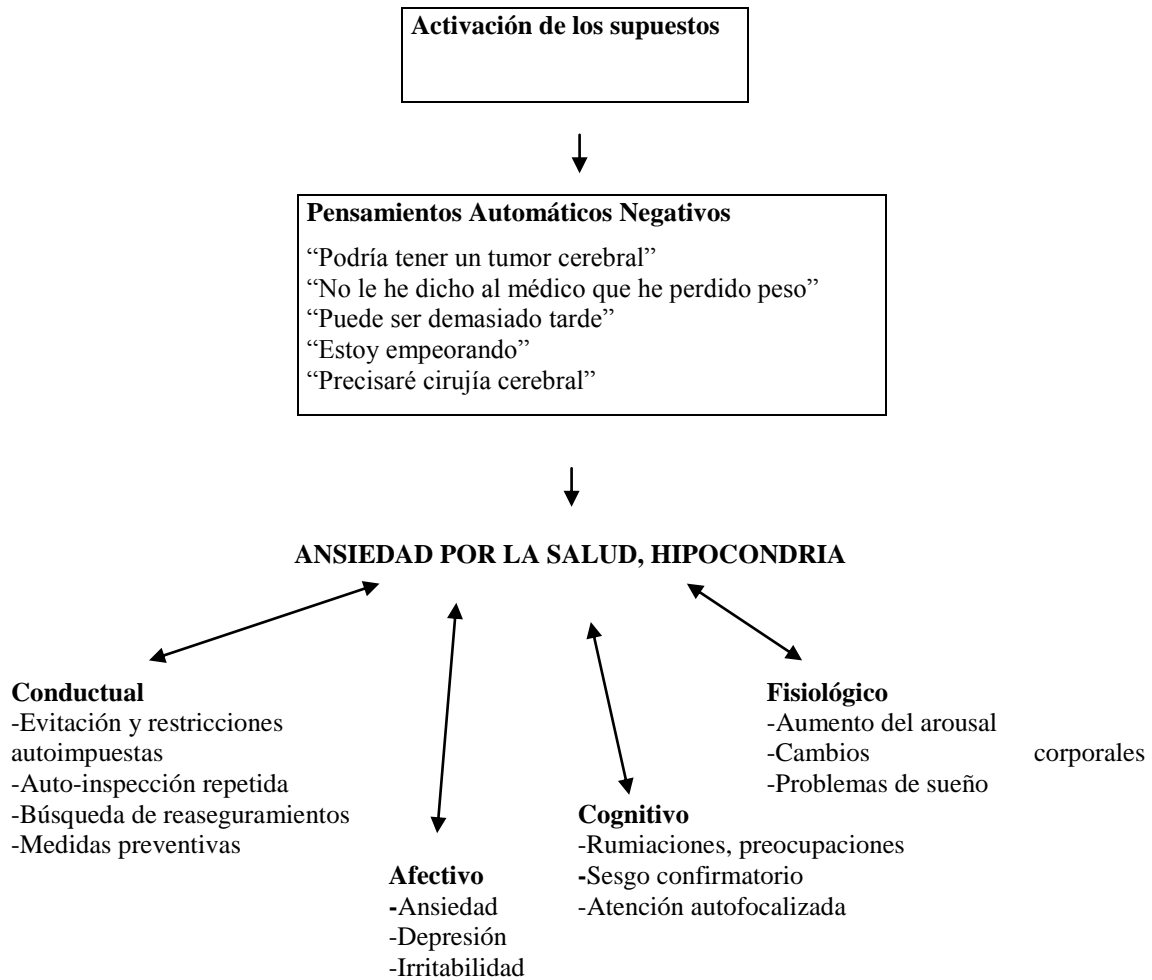
Pensar acerca de conductas de detección de enfermedad al contrario que pensar en conductas de promoción de la salud puede tener el efecto de empeorar el estado de ánimo (Millar & Millar, 1995) lo que a su vez puede influir en la valoración del estado de salud (Croyle & Uretsky, 1987). Por otra parte, el mantenimiento de estas conductas puede deberse a que aportan un alivio de la ansiedad, aunque tal alivio sea transitorio. En este sentido guardan analogías con las conductas ritualizadas del trastorno obsesivo compulsivo que también tienen por finalidad la reducción de la ansiedad asociada a las obsesiones (por ejemplo rituales de lavado en personas con obsesiones de suciedad). Además de la evidencia clínica de la frecuencia de este tipo de conductas en pacientes con ansiedad por la salud, hay también estudios controlados que indican este hecho. La conclusión principal del estudio de Brain, Norman, Gray & Mansel (1999) fue que la ansiedad elevada acerca del cáncer de mama en una muestra de 833 mujeres puede conducir a elevada ansiedad general y precipitar hipervigilancia y auto-examen de mamas excesivo más que evitación.

Además de las conductas de búsqueda de seguridad, en el mantenimiento de la ansiedad por la salud pueden estar implicadas conductas de evitación. Aquí se incluyen a) aquellas dirigidas a reducir el probabilidad subjetiva de la enfermedad o riesgo para la salud (por ejemplo, no hacer esfuerzos para evitar un ataque cardiaco) y b) aquellas otras dirigidas a minimizar el grado de ansiedad como son la evitación de situaciones o lugares que evocan los temores (por ejemplo, personas enfermas, hospitales,

cementerios, noticias etc) o la evitación cognitiva de pensamientos e imágenes con carga emocional relacionados con la enfermedad o muerte (por ejemplo, un recuerdo especialmente perturbador de un ser querido en un momento de una enfermedad terminal). La evitación abierta y encubierta puede estar implicada en el mantenimiento de fuertes respuestas de ansiedad ante los estímulos evocadores al impedirse la habituación o procesamiento emocional. Asimismo estas conductas pueden influir en el mantenimiento de la valoración de uno mismo como especialmente vulnerable a la enfermedad al impedir la comprobación de ausencia de riesgo aún sin su realización (En el ejemplo previo del cardifóbico, es muy probable que si el paciente dejara de evitar la actividad que ilusoriamente considera le mantiene a salvo, la imagen de si mismo como vulnerable al infarto cardiaco también cambiaría). Tales conductas ayudan a entender la paradoja neurótica de que a pesar de las numerosas ocasiones en que la persona experimenta los síntomas sin experimentar daño alguno, el temor no se mitigue. La valoración de estas conductas como protectoras mantiene la idea de fragilidad física y por tanto mantienen la idea de peligro y la tendencia a preocuparse a largo plazo.

Se reproduce a continuación gráficamente un esquema de la conceptualización cognitivo-conductual de la ansiedad por la salud (Warwick & Salkovskis, 1990):





6. Conductismo psicológico

Staats (1975/1979, 1996/1997) ha desarrollado una teoría de la conducta humana que tiene tres conceptos fundamentales: El aprendizaje de tres funciones, Repertorios Básicos de Conducta (RBC) y aprendizaje acumulativo jerárquico. A diferencia del modelo cognitivo-conductual al que se critica por la introducción de variables mentales a las que les falta una adecuada especificación (Eifert, Forsith & Schauss, 1993), en el presente marco teórico se realiza un análisis en términos de principios del aprendizaje de las mismas. Por ejemplo, los pensamientos son concebidos como conducta verbal aprendida sujeta a los mismos principios de condicionamiento que otras conductas. Así, se aprenden repertorios verbales de etiquetamiento, repertorios verbales de asociación o repertorios complejos de lenguaje organizado que se corresponderían a las opiniones y creencias.

Se expondrá resumidamente este marco de referencia, su aplicación a la conducta anormal y más específicamente a la cardifobia como forma de ansiedad por la salud focalizada en el funcionamiento cardíaco.

a) Conceptos fundamentales

Staats (1996/1997) detalla los principios de **tres funciones de los estímulos** en el aprendizaje. Por una parte los estímulos pueden provocar una respuesta emocional, bien porque existe disposición biológica a responder de este modo ante los mismos o porque se aprende a través de condicionamiento clásico este tipo de respuesta. Así, un estímulo que provoca una respuesta emocional particular al asociarse a otro en principio neutral dará lugar a que este último también la provoque. Una segunda función es la que se refiere al carácter reforzador de los estímulos emocionales (esto es, provocadores de emoción). Un estímulo emocional tenderá a reforzar o debilitar aquellas respuestas a las que sigue según la emoción generada por el mismo sea positiva o negativa respectivamente. Esto es lo que ocurre en el condicionamiento operante. La tercera función de los estímulos es la directiva o de incentivo. Los estímulos emocionales pueden provocar aproximación o alejamiento. Se distingue esta función de la precedente (función de reforzamiento) en que aquí la función de incentivo ocurre cuando el estímulo se presenta primero y entonces provoca la respuesta particular. En contraste, la función de reforzamiento se refiere al efecto que produce la presentación posterior del estímulo en cuanto a fortalecimiento o debilitación de las respuestas. El aprendizaje implicado en relación con la función directiva sería el acercamiento a aquellos estímulos que provocan respuestas emocionales positivas y alejamiento de los que producen respuestas emocionales negativas aunque el organismo no haya sido reforzado previamente por aproximarse o alejarse del estímulo particular implicado.

El condicionamiento clásico y operante aunque distintos se dan de una manera interrelacionada dadas las distintas funciones que tienen los estímulos. Así, Staats (1996/1997) escribe: “uno de los principios fundamentales del aprendizaje de tres funciones es que un estímulo que provoca una respuesta emocional será también un estímulo reforzador si se aplica de una manera contingente a la respuesta. Es importante entender que esto concierne tanto a los estímulos condicionados como incondicionados. Cualquier estímulo, aprendido o no, que provoque una respuesta emocional puede servir

como reforzador. Así pues, cuando el perro de Pavlov aprendió una respuesta emocional a la campana, la teoría presente formularía que, como resultado, la campana se convirtió en un estímulo reforzador potencial. Si Pavlov hubiera presentado la campana de manera contingente a algún movimiento del animal, el perro habría aprendido ese movimiento”.

Un segundo concepto importante es el de **repertorio básico de conducta (RBC)**. Los RBC son el producto de procesos de aprendizaje básicos. Tres serían las clases generales de RBC: Lingüístico-cognitivos, Emocional-motivacionales y Sensoriales-motores. El conjunto de RBC se correspondería al concepto de personalidad. Aunque se clasifiquen separadamente la interrelación entre repertorios es evidente. Por ejemplo, dentro de los repertorios lingüístico-cognitivos se incluyen subrepertorios verbal-emocionales que hacen referencia al conjunto de elementos del lenguaje con capacidad de evocar respuestas emocionales. Esta capacidad de elementos lingüísticos, en un principio emocionalmente neutrales, sería el efecto de la asociación de los mismos con otros estímulos emocionales (condicionamiento clásico). Las experiencias de este tipo son innumerables a lo largo de la vida. Por otra parte, en la conducta pueden estar implicados varios tipos de RBC. Por ejemplo, el análisis de la conducta de solución de problemas en términos del conductismo psicológico implica el etiquetado de los objetos problemas, las asociaciones verbales al etiquetado (repertorio verbal de asociación) y las acciones de solución (repertorio verbal-motor). Cadría añadir la participación del repertorio emocional-motivacional en la forma de respuestas emocionales positivas que disponen a la persona a la implicación en la conducta de solución (función directiva del estímulo) y la refuerzan (función reforzadora).

Los RBC, como se dijo, son el producto de procesos de aprendizaje básicos pero a la vez suponen la base y posibilidad de nuevos aprendizajes. Es decir, son tanto variable dependiente como variable independiente. A este proceso de adquisición de nuevos repertorios básicos de conducta que se posibilitan por la existencia de otros previos Staats lo denominó **Aprendizaje Acumulativo Jerárquico**. Además de ser condición necesaria disponer de unos repertorios para la adquisición de otros (por ejemplo, es necesario saber hablar para adquirir la capacidad de lectura), también se indica que la conducta a través de las condiciones medioambientales que produce es influida a su vez. Este es el principio de interacción sujeto-ambiente: la conducta tiene

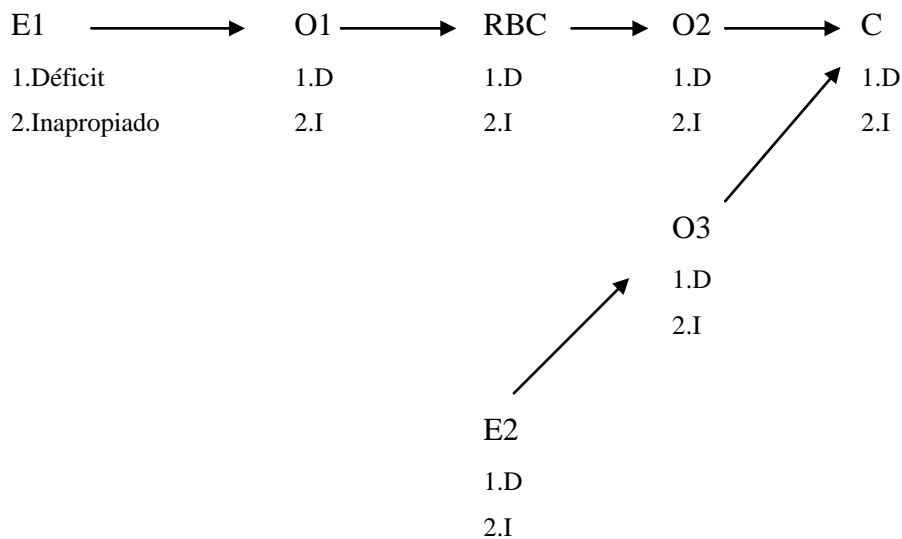
consecuencias pero a su vez estas consecuencias moldean la conducta. Un ejemplo tomado de Staats (1996/1997, pag. 216) acerca de la conducta verbal de auto-etiquetado (Autoconcepto) servirá para ilustrarlo: "...cabría esperar que las proposiciones que el individuo hace de si mismo funcionaran como un estímulo que controlara su propia conducta...Cabría esperar secuencias de razonamiento diferentes si el individuo etiquetase su propia conducta en términos positivos en lugar de negativos. Por ejemplo, el individuo que hace autorreferencias despectivas podría 'concluir' en una secuencia de solución de problemas...no intentar tareas en las que podría no tener éxito. Podría de este modo no exponerse a situaciones en las que podría desarrollar conductas hábiles nuevas. Por otra parte, el individuo que hace autorreferencias 'confiadas' puede, a igualdad de otras circunstancias, intentar la tarea a partir de su razonamiento y tener éxito. En consecuencia, estos dos individuos a medida que discurren a lo largo de la vida pueden tener oportunidades diferentes, ganar en experiencia y su conducta puede ser moldeada de acuerdo con esto".

b) Conducta anormal

El acercamiento del conductismo psicológico a la conducta anormal tiene como aspecto central la consideración de que los trastornos de conducta resultan de los déficits o aspectos inapropiados de los RBC o que tales RBC favorecen el desencadenamiento de problemas de conducta ante situaciones de la vida particulares. Por ejemplo, en las personas propensas al desarrollo de trastornos de ansiedad se podrían encontrar inadecuaciones como respuestas emocionales negativas a una amplia variedad de estímulos (repertorio emocional-motivacional), auto-habla que enfatiza los riesgos asociados a situaciones diversas o la limitación en los recursos personales para afrontarlas (repertorios cognitivo-lingüísticos) o la vigilancia de posibles amenazas y la tendencia al escape y evitación (repertorios sensoriales-motores). Se indica que tales déficits o inadecuaciones en los RBC tienen relación con condiciones ambientales pasadas precisas. Por ejemplo, el niño puede aprender de un padre ansioso a reaccionar con temerosidad a situaciones diversas si el padre advierte asiduamente acerca de los peligros más allá de lo razonable. La asociación de las situaciones a las advertencias de peligro (estímulo emocional negativo) dará lugar a través de condicionamiento clásico a que tales situaciones provoquen respuestas emocionales negativas. Además, las condiciones de vida actuales estarían también implicadas en la conducta y así: "si el

medio ambiente es inapropiado, a igualdad de otras condiciones, la conducta del individuo será inapropiada y, por tanto, anormal”. Puede haber, por otra parte, condiciones biológicas que influyan en la conducta anormal. Esto puede ocurrir en varios momentos: a) las condiciones biológicas pueden afectar la adquisición de los RBC (por ejemplo alguien con una alteración neurológica importante desde el nacimiento tendrá dificultad o no podrá adquirir repertorios que otros sin tal afectación si pueden), b) determinadas condiciones biológicas adquiridas pueden eliminar o distorsionar RBC ya adquiridos (por ejemplo, traumatismo craneoencefálico) y c) Las condiciones biológicas también pueden afectar la respuesta al medio ambiente aunque los RBC de la persona sean normales (por ejemplo, déficit de la capacidad auditiva con la edad).

El acercamiento del conductismo psicológico a la conducta anormal es esquematizado por Staats (1996/1997) del modo siguiente:



En el esquema E1 representa las condiciones medioambientales pasadas y E2 las actuales. C se refiere a la conducta que se realiza en la situación . O se refiere a las condiciones biológicas que pueden influir en la conducta por su actuación en distintos puntos.

- c) La cardiofobia: Un ejemplo del acercamiento del conductismo psicológico a la ansiedad por la salud

Eifert (1992) ha elaborado un modelo de los trastornos de ansiedad que aplica a las particularidades de la cardiofobia para lo que utiliza como marco teórico de referencia el conductismo psicológico. Resumidamente, propone la existencia de una vulnerabilidad biológica y psicológica así como una situación actual con eventos vitales negativos, estresores y conflictos. Conjuntamente dan lugar a cambios en los tres sistemas de respuesta (fisiológico, afectivo/cognitivo y conductual) que constituyen las manifestaciones clínicas del trastorno.

Considera cinco áreas similares para los diferentes trastornos de ansiedad pero, como se dijo, con aspectos que son específicos según cual sea este. Las cinco áreas son: a) condiciones ambientales pasadas, b) variables de personalidad (los RBC), c) predisposiciones biológicas, d) condiciones ambientales actuales y e) síntomas fisiológicos, cognitivos/afectivos y conductuales.

Los pacientes con este trastorno presentan regularmente, entre otras, molestias como dolor en el pecho, palpitaciones, dolor en los brazos y dificultades respiratorias que conduce a que teman y en muchos casos estén convencidos que padecen un problema cardíaco grave (angina de pecho, infarto de miocardio) durante los episodios de síntomas, la normalidad de las pruebas diagnósticas y el reaseguramiento médico son inefectivos (a pesar de que la conducta de búsqueda de tranquilización tiende a ser repetitiva), continúan las preocupaciones a veces obsesivas de que se padece la enfermedad y la atención tiende a estar focalizada en las sensaciones interpretadas de un modo fóbico. Finalmente, estos pacientes tienden a evitar actividades que eliciten los síntomas así como estímulos que recuerdan la enfermedad.

a) Condiciones ambientales pasadas: Señala como importantes en el trastorno las experiencias de separación, abandono y pérdida, así como la exposición directa a la enfermedad cardíaca en la familia. Con respecto a las primeras, Lynch (1985) y Gittleman & Klein (1984) (cit. Eifert, 1992) las relacionan con trastornos de ansiedad posteriores. Esta relación se produciría por la existencia de un mecanismo de alarma innato consistente en una intensa activación del sistema cardiovascular, conducta de búsqueda de ayuda y pánico que se activa ante la separación de los cuidadores o figuras de apego. Eifert & Forsyth (1996) encuentran en una muestra de 421 sujetos en la que

el 28% informaba de separación, divorcio o muerte de alguno de los padres que aquellos con este tipo de experiencia tenían puntuaciones más altas en un cuestionario de ansiedad relacionada con el corazón (Cardiac Anxiety Questionnaire) y especialmente en los factores de conciencia cardíaca y convicción de enfermedad cardíaca. Con respecto a las segundas, indica que la exposición directa a las consecuencias físicas y emocionales de la enfermedad cardíaca, así como las manifestaciones acerca de los peligros de la misma llevaría a una vigilancia de las sensaciones corporales en esta área y a una más fácil etiquetación de las mismas como relacionadas con el corazón. En este sentido Wheeler (cit. Ehlers, 1993) encuentra el 49% de los hijos de pacientes que habían sido diagnosticado 20 años antes de “neurosis cardíaca” padecían ellos mismo fobia a la enfermedad focalizada en el corazón en contraste con el 6% de los hijos de los sujetos control.

b) Vulnerabilidad psicológica: se derivaría de las experiencias señaladas, concretándose en déficits o inadecuaciones en los RCB. Por ejemplo, la experiencia de separación y pérdida influiría en los repertorios motivacional-emocionales al sensibilizar a situaciones relacionadas. Se podría decir que las experiencias de este tipo en momentos clave para la formación de los vínculos afectivos afectan la confianza que se puede tener en la estabilidad de las relaciones afectivas. La inseguridad a que ello da lugar es probablemente un factor de riesgo para los trastornos de ansiedad en general y para la cardiofobia en particular. Comenta Eifert (1992) la elaboración teórica de Levis (1987, 1989) para quien las experiencias de separación y pérdida y otras como el abuso son almacenadas en la memoria a largo plazo como patrones estímulares múltiples. Por su naturaleza dolorosa y amenazante esos contenidos pueden evitarse más que confrontarse, sin embargo, la ocurrencia de circunstancias que los evocan elicitarán ansiedad e incluso pánico.

Aspectos inapropiados de los repertorios de conducta lingüístico-cognitivos como la hipervigilancia de las sensaciones corporales o su etiquetamiento e interpretación errónea pueden ser aprendidos a través de experiencias como las comentadas (exposición a enfermedad cardíaca en la familia).

Habría que señalar también entre los factores de vulnerabilidad psicológica a este trastorno (como a otros problemas psicológicos) el aprendizaje de respuestas

emocionales negativas a una amplia variedad de estímulos, repertorios lingüístico-cognitivos productores de emocionalidad negativa y conductas dirigidas por la emocionalidad negativa que tienden a la larga a perpetuarla (especialmente, el escape y la evitación no solo abiertos sino también encubiertos). Este conjunto de manifestaciones forman parte de lo que se ha llamado, desde otras perspectivas, afectividad negativa. Staats considera que la ansiedad generalizada (constructo cercano al de afectividad negativa aunque más restringido) representa el trastorno básico de ansiedad y que todos los pacientes con otros trastornos de ansiedad (por ejemplo, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno de pánico o ansiedad por la salud clínicamente significativa) generalmente experimenta ansiedad en mayor medida que lo usual. El tratamiento desde el conductismo psicológico del concepto de afectividad negativa o ansiedad generalizada como el de otros conceptos “mentales” implica la especificación de en que consisten, los principios y procesos de aprendizaje a través de los que se han adquirido y el modo en que influyen en la conducta (en un sentido amplio) en presencia de situaciones particulares.

c) predisposición biológica: Una mayor reactividad fisiológica en la zona pectoral puede estar implicada en la facilidad de adquisición de respuestas psicofisiológicas condicionadas que implican esta zona corporal ante una variedad de situaciones vitales. En tal sentido, Eifert (1992) señala que las personas con ansiedad focalizada en el corazón pueden responder habitualmente al estrés con incrementos en la tensión de los músculos pectorales y ello puede llevar con el tiempo a cambios aprendidos en la sensibilidad nociocéptica e imput de estos músculos. La interacción entre biología y aprendizaje podría estar implicada del siguiente modo: el niño que hereda un sistema cardiovascular con elevada reactividad es más fácil que esté expuesto en su entorno inmediato a comportamientos que favorecen la focalización de la atención sobre las sensaciones corporales y la interpretación de las mismas como anormales por la mayor presencia de problemas de salud de tipo cardíaco en la familia.

d) La situación presente: La persona con la vulnerabilidad psicológica y biológica señaladas puede no desarrollar el síndrome clínico de la cardiofobia. La posición del conductismo psicológico al respecto es que las circunstancias de la vida actuales son importantes en el desencadenamiento del trastorno en personas con los factores de riesgo descritos. El estrés actual (por ejemplo, sobrecarga laboral) da lugar a

cambios fisiológicos que pueden ser interpretados como originados por una enfermedad cardiaca. Además del estrés general, Eifert considera que las experiencias de separación y pérdida o amenaza de las mismas pueden ser desencadenantes más específicos de la cardiofobia (en virtud de la vulnerabilidad señalada). Por ejemplo, Eifert, Hodson, Seville & Gunawardane (1996) informan que aunque los sujetos cardiofóbicos de su muestra en comparación con los sujetos de los otros grupos (pacientes cardiacos, pacientes quirúrgicos y no-pacientes) no informaban de más experiencias de separaciones o pérdidas en los 2 años previos a la entrevista, si informaban significativamente más de sentimientos de abandono asociados a las separaciones (65% vs 33% en el grupo cardiaco, 22% en el grupo quirúrgico y 15% en el grupo de no-pacientes).

e) síntomas fisiológicos, cognitivo/afectivos y conductuales: Se han señalado antes las distintas manifestaciones clínicas de la cardiofobia. Lo importante ahora es señalar que tales características pueden suponer factores relevantes en el desarrollo y mantenimiento de la cardiofobia. Por ejemplo, el paciente puede asociar cada vez más estímulos y actividades a los síntomas físicos y paralelamente ampliar el rango de evitaciones. Ello tiene dos efectos, uno más inmediato que es la evitación o reducción de la ansiedad y otro más demorado que implica la potenciación del sentimiento de vulnerabilidad física. El paciente podría, asimismo, ante los síntomas imaginar situaciones con carga emocional elevada, como una situación familiar de precariedad por su muerte o por la incapacidad que anticipa que provocaría la enfermedad. Estas serían experiencias de condicionamiento (lingüístico) adicionales implicadas en el mantenimiento de las respuestas emocionales negativas a los síntomas. Los síntomas somáticos asociados (directa o indirectamente) a la emocionalidad negativa al mismo tiempo pueden ser ocasiones de nuevos episodios de preocupación.

PARTE EXPERIMENTAL

1) Planteamiento del estudio

La hipocondría clínica de las clasificaciones psicopatológicas constituye el extremo de un continuo de preocupación por la salud. Una consideración dimensional de la preocupación somática considera que la ansiedad por la salud, aun sin ser de la intensidad que justifique el diagnóstico de trastorno hipocondríaco, puede suponer una fuente de malestar emocional significativo y otras consecuencias negativas. Por ejemplo, Tyrer, Seivewright & Seivewright (1999) hacen referencia a la capacidad predictiva de los rasgos hipocondríacos de la continuidad de malestar emocional significativo. Fava, Freyberger, Bech et al (1995) o Piccinelli, Rcci, Ustun & Simon (1999) mencionan las consecuencias adversas sobre la calidad de vida y funcionamiento diario. Finalmente, Robbins & Kirmayer (1996), Ferguson (1998), Herchsbach (1999), Beaber & Rodney (1984) o Palsson (1988) aluden a la influencia sobre el uso desproporcionado de los servicios médicos para el estado objetivo de salud, lo que incluye tanto el número de consultas como de pruebas diagnósticas y gasto farmacéutico.

En la presente investigación se parte de una concepción dimensional de la ansiedad por la salud o actitudes hipocondríacas. Además de las consideraciones precedentes, el interés en el estudio de la ansiedad por la salud, definida de un modo amplio, se deriva también de su tendencia a asociarse con los denominados síntomas y síndromes somáticos funcionales. En este sentido, Mayou (1976) afirma que “la interpretación (*de las sensaciones corporales*) es de una importancia abrumadora en determinar la reacción psicológica y la discapacidad. Las percepciones somáticas pueden minimizarse o sobrevalorarse tanto como una actitud general o como una respuesta específica a unos síntomas con un significado particular”.

Los pacientes con síntomas somáticos medicamente inexplicados hacen un uso elevado de los servicios de salud (Barsky & Borus, 1995) y consecuentemente el gasto sanitario derivado de la atención a pacientes con estos síntomas y con preocupaciones hipocondríacas es alto [alrededor de un quinto (Kellner, 1990)]. Katon & Walker (1998)

indican que 14 síntomas físicos comunes (por ejemplo, cefaleas, fatiga, dolor pectoral, espalda y abdominal o disnea) son responsables de cerca de la mitad de todas las consultas en atención primaria. De estos, solamente se encuentra una causa orgánica en entre el 10% y el 15% a lo largo de un periodo de un año de seguimiento. Desde la otra perspectiva, Katon, Von Korff, Lin, Lipscomb, Russo, Wagner & Polk (1990) informan que un 20% de los pacientes que consultaban con una frecuencia muy elevada en los servicios médicos cumplían los criterios diagnósticos para el trastorno por somatización del DSM-III-R y el 73% para el trastorno por somatización abreviado. La prevalencia del trastorno por somatización en la población general es del 0,1% y del trastorno por somatización abreviado del 4,4%. Hollifield, Paine, Tuttle & Kellner (1999) encuentran que a pesar de no haber diferencias en el estado de salud objetivo, a los pacientes somatizadores, en comparación con un grupo de pacientes del mismo centro de salud, se les prescribieron medicaciones diversas con significativamente mayor frecuencia e hicieron un mayor gasto farmacéutico a lo largo de un periodo de 6 meses, también significativamente mayor.

Son diversos los factores que se han implicado en la ocurrencia y en la continuidad de los síntomas sin una base orgánica conocida. Algunas posibles influencias son: características de personalidad particulares tales como el alto neuroticismo (Costa & McCrae, 1985; Watson y Pennebaker, 1989), el aprendizaje en la familia de la expresión sintomática (Moos, 1986; Turkat, 1982), experiencias a lo largo de la vida tales como la victimización (Koss, Koss & Woodruff, 1991), circunstancias actuales estresantes (Cameron, Leventhal & Leventhal, 1995), trastornos emocionales actuales y a lo largo de la vida (Escobar, Gara, Silver, Waitzkin, Holman & Comptom, 1998;) o factores de tipo sociocultural (por ejemplo, lenguaje culturalmente prescrito de expresión del estrés) (Kirmayer & Young, 1998).

Además de estos factores, hay evidencia de la importancia de la ansiedad por la salud en los procesos de somatización. Algunos de los modos posibles en que las sospechas o temores a las enfermedades incrementan la experiencia somática se derivan de la focalización corporal que induce, cambios psicofisiológicos relacionados con la activación emocional o cambios conductuales que modifican el funcionamiento corporal (por ejemplo, comprobar repetidamente la deglución puede producir cambios en esta función). La constatación de la importancia de las valoraciones o interpretaciones

alarmantes que de sus síntomas hacen los individuos, se enfatiza en los abordajes actuales de los problemas somáticos funcionales y otros problemas cercanos a la hipocondría como es el trastorno de pánico. Como es el enfoque cognitivo-conductual (Salkovskis, 1988; Clark, Salkovskis, Hackman et al, 1998; Sharpe, Peveler & Mayou, 1992; Sharpe, Hawton, Simkin, Suraway, Hackman et al, 1996; Speckens, Van Hemert, Spinhoven, Hawton, Bolk & Rooijmans, 1995; Mayou, Bryant, Sanders, Bass, Klimes & Forfar, 1997), el cognitivo-educacional (Barsky, 1996; Barsky, Geringer & Wool, 1988) o el reatribucional (Goldberg, Gask & O'Dowd, 1989).

El acercamiento a la ansiedad por la salud en esta investigación parte del modelo planteado entre otros por Kellner (1986), Lipowski (1988) o Warwick & Salkovskis (1990). Este modelo alude a diversas influencias en las preocupaciones hipocondríacas que se podrían categorizar como predisponentes, desencadenantes y de mantenimiento.

Los factores de predisposición se entienden como aquellos que incrementan el riesgo de padecer en el futuro un problema particular. Los factores desencadenantes serían acontecimientos o circunstancias implicados directamente en el inicio del problema y, finalmente, los factores de mantenimiento propiciarían que el problema continúe crónicamente sin resolverse. Este planteamiento, que se toma como referencia y que es aplicable a los distintos problemas de salud, es resumido por Toro & Vilardell (1987, pag. 168) así: “La susceptibilidad a enfermar es un fenómeno complejísimo pero real, relacionado con la dotación genética, con la psicobiología del estrés, con la conducta y los valores de los individuos, con la historia previa de enfermedad, con el medio físico y psicosocial en el que se vive, con los hechos traumáticos que inciden en la existencia de las personas...”

Por otro lado, los factores o agentes que dan lugar a una enfermedad no tienen por qué ser los mismos que la mantengan. Y los factores de mantenimiento pueden ser muchos y complejos, incluyendo la propia enfermedad que, percibida de un modo u otro por quien la padece, puede ejercer un mayor o menor papel estresante”.

Entre los factores de predisposición a la ansiedad por la salud, cabe señalar las experiencias de enfermedad previas (Barsky, Fama, Bailey & Ahern, 1998), el aprendizaje en la familia (por ejemplo, modelado parental de preocupación excesiva por la salud) (Pilowski, 1970), una historia familiar cargada de enfermedades (Bianchi,

1971), disposiciones generales de personalidad como la afectividad negativa o neuroticismo (Watson & Clark, 1984) o la tendencia a la amplificación de los síntomas corporales (Barsky & Wyshak, 1990).

Independientemente de los factores de predisposición mencionados, determinadas circunstancias podrían desencadenar la emergencia de un estado de preocupación notable por el propio estado de salud en cualquiera. Algunos acontecimientos obvios y sobre los que hay evidencia son la ocurrencia de alguna enfermedad que supone una amenaza clara para la vida en uno mismo, errores médicos importantes, la experiencia de síntomas físicos mantenida, la enfermedad o muerte de un allegado o la presencia de perturbación emocional. Lo que se quiere destacar aquí es que la reacción a eventos como los mencionados es variable y en algunos individuos (aquellos disposicionalmente vulnerables) puede ser de una intensidad notable.

Aunque se mencionan separadamente, tales influencias no son independientes unas de otras. Por ejemplo, la perturbación emocional se asocia a activación autonómica, entre otros cambios fisiológicos posibles, que dan lugar a molestias físicas diversas o la enfermedad grave o muerte de alguien cercano, además de aumentar la conciencia del riesgo a la enfermedad, puede inducir malestar emocional y distrés somático acompañante que influyen en si mismos en la valoración del estado de salud.

La ansiedad por la salud, por otro lado, puede ser transitoria o mantenida en el tiempo. Robbins & Kirmayer (1996) encuentran que una proporción alta de pacientes de Atención Primaria con preocupaciones hipocondríacas, informan de ansiedad por su salud solamente de una manera transitoria y en el contexto de la ocurrencia de factores como los señalados (perturbación emocional o situación de enfermedad, por ejemplo). Otros pacientes, sin embargo, mantienen las preocupaciones hipocondríacas establemente. En su mantenimiento se ha destacado el papel de la persistencia de perturbación emocional asociada a características personales como la elevada afectividad negativa general y rasgos obsesivos de la personalidad (Tyrer, Fowler-Dixon, Ferguson & Kelemen, 1990; Costa y McCrae, 1985; Starcevic, 1990) o mayor presencia de psicopatología del eje I a lo largo de la vida y en la actualidad (Noyes, Kathol, Fisher et al, 1994; Barsky, Wyshak & Klerman, 1992). La respuesta de otros significativos a los síntomas y expresión de preocupaciones del paciente, puede influir

en el curso seguido por la preocupación hipocondríaca. Hay, en este sentido, evidencia que una actitud de los otros significativos que implica la normalización de los síntomas junto a la orientación a la búsqueda de soluciones (atención médica) favorece la atenuación del temor (Robbins & Kirmayer, 1996). Finalmente, los propios cambios emocionales, fisiológicos, conductuales y cognitivos a que dan lugar los sospechas y temores relacionados con las enfermedades graves pueden ser de importancia central. Es decir, estos cambios pueden entenderse tanto como variable dependiente como independiente. Por ejemplo, la implicación reiterada en determinadas conductas orientadas a la reducción de la ansiedad (ir al médico, comprobar el estado corporal o focalizar la atención en el cuerpo, conversar con otros acerca de los síntomas, intentar alejar los pensamientos o distraerse y evitar estímulos que recuerdan la enfermedad) reflejan tanto el grado de ansiedad experimentado acerca de este tema como favorecen de varios modos su mantenimiento a la larga (Warwick & Salkovskis, 1990). Su papel se derivaría de procesos como la amplificación de la experiencia somática, el aumento del rango de interpretaciones alarmantes posibles de los síntomas corporales o la obstaculización de la habituación a la idea de la enfermedad y la muerte. En este último sentido, algunas de tales conductas se han entendido como conductas de evitación activa con una función y consecuencias similares a las compulsiones del trastorno obsesivo-compulsivo.

En resumen, la mayoría de los modelos de la preocupación hipocondríaca resaltan la combinación de elementos diversos como el distrés emocional, las actitudes o creencias acerca del funcionamiento corporal y la vulnerabilidad física, interpretaciones alarmantes y conductas en relación con tales interpretaciones, tendencia a la focalización somática y acontecimientos desencadenantes específicos (Robbins & Kirmayer, 1996; Barsky & Klerman, 1983; Mabe, Hobson, Jones & Jarvis, 1988; Kellner, 1986).

El propósito central de esta investigación fue el acercamiento a algunos de los factores, tales como los señalados, que se han considerado relevantes en la literatura psicológica y psiquiátrica para la comprensión de la presencia actual de ansiedad por la salud y su mantenimiento en población demandante de atención médica en servicios sanitarios ambulatorios. Pese al aumento, en los últimos años, de investigaciones acerca de la preocupación hipocondríaca y de los trastornos somatoformes en general, se ha

señalado recientemente (Reid & Wessely, 1999) que todavía permanecen grandes vacíos en nuestro conocimiento acerca de este tipo de problemas. Algunos obstáculos a la obtención de hallazgos válidos y fiables se derivan de la heterogeneidad y ambigüedad en las agrupaciones de los pacientes. En este estudio, como en otros estudios recientes, se intentó eludir este problema a través de una definición clara y operativa de la preocupación hipocondríaca.

En concreto, los **objetivos** planteados fueron los siguientes:

1) La identificación y caracterización clínica de un grupo de sujetos con alta preocupación hipocondríaca de un centro de salud de Atención Primaria. Para ello, por una parte, se emplearon dos instrumentos de medida de la ansiedad por la salud que cuentan con una adecuada validación psicométrica: El índice Whiteley de Pilowsky (WI) y la Escala de Actitudes ante la Enfermedad (EAE) de Kellner. Por otra parte, a través del protocolo de entrevista estructurada se planteó recoger una serie de informaciones que ayudan a especificar las dimensiones centrales de la ansiedad por la salud (Warwick, 1995), esto es, la ideación durante los episodios de preocupación, estímulos antecedentes de los episodios, frecuencia y duración, posibles acontecimientos relacionados con el inicio, curso temporal, grado de probabilidad subjetiva de padecer la enfermedad en la actualidad o de contraerla en el futuro durante los episodios de preocupación, intensidad del malestar emocional asociado a la preocupación y conductas relacionadas con los temores.

Como se indicó previamente, es relevante la consideración en la investigación de formas menos severas de preocupación por la salud que la que se recoge en la clasificación psicopatológica bajo el término hipocondría. Su relevancia se deriva de la tendencia constatada a asociarse a resultados negativos diversos. No obstante, salvo en algunos estudios como el de Gureje, Ustun & Simon (1997), no se han ofrecido normas precisas del punto a partir del que la ansiedad por la salud tiende a asociarse con tales resultados.

En esta investigación se decidió operativizar la definición de alta ansiedad por la salud utilizando cuatro criterios valorados a través de una entrevista: 1 que el sujeto informara que la preocupación por la enfermedad había influido en la búsqueda de

atención médica, 2. que informara de episodios de preocupación frecuente por la enfermedad (al menos un episodio a la semana o temporadas en que la preocupación surgiera a diario), 3. que durante los episodios de preocupación valorara el grado de creencia en padecer o en contraer la enfermedad al menos como “moderado” (2 en una escala Likert 0-4) y 4. que informara de malestar emocional (ansiedad o ánimo deprimido) al menos en un grado moderado (2 en una escala Likert 0-4) durante los episodios de preocupación.

Los sujetos que cumplieron estas cuatro características formaron parte del Grupo de Ansiedad por la Salud (GAS) y los que no del Grupo de Comparación (GC).

2) El segundo objetivo fue la comparación del grupo de sujetos identificados como con elevada ansiedad por la salud (GAS) y el otro grupo de sujetos que no manifestaban preocupación excesiva (Grupo Control: GC) en las siguientes variables:

En primer lugar, las relacionadas con síntomas emocionales actuales (de ansiedad y depresivos) y tendencia al malestar emocional general (Afectividad Negativa) auto-informado. La presencia de malestar emocional significativo actual, además de a través de medidas de autoinforme, se valoró a través de las referencias en las historias clínicas de Atención Primaria problemas emocionales y prescripción de psicofármacos. Aunque este tipo de referencias no se puede equiparar a diagnósticos psicopatológicos, sí pueden ser una señal clara de que la expresión de malestar psicológico es de la suficiente intensidad como para no pasar desapercibida al médico y que la valore como indicativa de un problema.

En segundo lugar, el informe de síntomas físicos por parte del sujeto así como diagnósticos funcionales (tales como fibromialgia o colon irritable) registrados en la historia clínica.

En tercero, el grado de limitación informada en el funcionamiento diario a causa de los síntomas físicos y áreas de funcionamiento afectadas.

En cuarto, el número de consultas médicas y pruebas diagnósticas registradas en la historia clínica en el transcurso de los dos años previos a la evaluación inicial así como en el año posterior a esta.

En quinto, la calidad de vida autoinformada, tanto tomada globalmente como de un modo más específico considerando aspectos particulares del constructo general de

calidad de vida (por ejemplo, la satisfacción con el apoyo social o el bienestar psicológico-físico).

En sexto, la valoración subjetiva del estado actual de salud.

En séptimo, la satisfacción con los servicios de salud, tanto de un modo general como de un modo específico (grado de satisfacción con la evaluación, con la información médica y con los tratamientos).

En octavo lugar, las experiencias relacionadas con la enfermedad tanto en uno mismo como en allegados en la infancia (antes de los 18 años). En concreto: Tendencia a padecer problemas de salud, a hacer consultas médicas frecuentes, a tener limitaciones en la vida diaria a causa de problemas médicos y a experimentar consecuencias positivas (atenciones especiales) durante los episodios de síntomas. Por otra parte, experiencias de enfermedad y muertes, preocupaciones notables por la salud, tendencia a quejarse de síntomas físicos, a consultar al médico frecuentemente y a tener limitaciones a causa de problemas de salud entre familiares convivientes a lo largo de la infancia.

En noveno lugar, enfermedades (en general y graves en particular) y muertes en los últimos 5 años de familiares de primer grado.

Y en décimo lugar, las valoraciones del médico en los siguientes aspectos: Por una parte, amenaza para la vida de los problemas de salud actuales (de haberlos) y grado de limitación asociada a los mismos. Estas dos valoraciones se emplearon como medidas del estado objetivo de salud. Por otra parte, el médico también valoró el grado de preocupación excesiva por la salud y grado de expresión excesiva de molestias físicas para el estado objetivo de salud. Estas dos valoraciones se podrían entender como medidas de tendencias hipocondríacas y a la somatización según la percepción del médico.

3) Identificar posibles variables predictoras de la pertenencia a uno u otro grupo.

4) Comparar el curso seguido en la intensidad de la sintomatología de ansiedad a lo largo del periodo de seguimiento entre aquellos sujetos de ambos grupos (GAS y GC) con ansiedad general elevada en la evaluación inicial.

5) Identificar variables predictoras entre las variables de la evaluación inicial de la medida de malestar somático del seguimiento

6) Comprobar la estabilidad de la ansiedad por la salud y variables relacionadas a lo largo del periodo de seguimiento.

7) Finalmente, determinar la existencia de posibles variables predictoras en el mantenimiento de la ansiedad por la salud.

2) Hipótesis

Sobre la base de la investigación acerca del trastorno hipocondríaco y, más en general, de la ansiedad por la salud, se plantearon las siguientes hipótesis:

A) Los sujetos del GAS en comparación con los del GC:

1. Valorarán su salud de un modo significativamente más negativo .
2. Informarán de mayor malestar emocional actual en el instrumento de auto-informe (HAD) de sintomatología de ansiedad y depresiva.
3. En un porcentaje mayor habrá referencias en las historias clínicas de Atención Primaria a problemas de tipo emocional y a tratamientos centrados en estos problemas.
4. Informarán de mayor neuroticismo o Afectividad Negativa general (STAI-R).
5. Informarán de más molestias corporales tanto en el cuestionario de autoinforme (CMC) como en la entrevista.
6. Informarán de más limitación funcional a causa de los síntomas físicos.
7. Consultarán al médico con una frecuencia significativamente mayor.
8. Se encontrará en la historia clínica un mayor número de referencias a la realización de pruebas médicas.
9. Informarán que conversan con otros acerca de la salud con una frecuencia significativamente mayor.
10. Habrá más referencias en sus historias clínicas a problemas de salud funcionales.
11. La calidad de vida será valorada menos positivamente.
12. Informarán con mayor frecuencia de experiencias personales y en la familia relativas a la enfermedad a lo largo de la infancia.
13. Informarán de una mayor carga de problemas de salud y de muertes recientes en la familia.
14. Serán valorados por sus médicos como más preocupados por la salud y con más sintomatología somática de tipo funcional.
15. Valorarán la atención sanitaria de un modo más negativo.

16. Por el contrario, no habrá diferencias significativas en las evaluaciones del médico de la gravedad de los problemas de salud ni de las limitaciones en el funcionamiento diario impuestas por los mismos entre los sujetos de ambos grupos.
- B) Los sujetos con alta ansiedad general del GC mostrarán a lo largo del periodo de seguimiento una mayor atenuación en la intensidad de la sintomatología de ansiedad que los del GAS.
- C) Habrá una tendencia a la atenuación de los síntomas corporales entre los sujetos del GC a lo largo del periodo de seguimiento que no se producirá en el GAS. Es decir, se espera que en este último grupo el informe de síntomas somáticos en el seguimiento sea similar al informado en la evaluación inicial.
- D) Las diferencias entre grupos en las distintas variables mencionadas se mantendrán en el seguimiento (Actitudes hipocondríacas, valoración del estado de salud, malestar emocional y físico, calidad de vida y consultas y pruebas médicas).
- E) Se encontrarán diferencias entre aquellos sujetos del GAS que mantengan establemente un alto nivel de ansiedad por la salud (Grupo de Ansiedad por la Salud Mantenido: GASM) y aquellos otros en los que se aprecie una caída en el grado de preocupación por la salud de modo que, a diferencia de la evaluación inicial, en el seguimiento no cumplan los criterios de ansiedad por la salud (Grupo de Ansiedad por la Salud Transitoria). En concreto, se espera que los sujetos del GASM en contraste con los del GAST:
1. Obtengan puntuaciones más altas en el seguimiento en las medidas de preocupación hipocondríaca, síntomas emocionales y físicos, afectividad negativa y calidad de vida y valoren su salud de un modo más negativo.
 2. Obtengan puntuaciones más altas en la evaluación inicial en las medidas de preocupación hipocondríaca y de Afectividad Negativa.
 3. Informen en mayor medida en la evaluación inicial de la implicación frecuente en conductas como comprobaciones corporales, consultas médicas en busca de tranquilización, preguntar a otros acerca del estado de salud e intentos de evitación cognitiva y abierta de estímulos relacionados con la enfermedad.

3) Variables

Las variables del estudio fueron las siguientes:

a) VARIABLE CRITERIO

Ansiedad por la salud: Para la evaluación de esta variable se emplearon dos cuestionarios (WI y EAE) así como cuestiones referidas a la preocupación somática dentro del protocolo de entrevista.

b) VARIABLES CONTROL

-Afectividad Negativa: Para su evaluación se empleó el STAI-R. Aunque tradicionalmente se ha considerado como una medida de ansiedad general, hay evidencias, a partir de estudios factoriales (), de que esta medida más que específica de ansiedad debe considerarse como una medida de malestar emocional general o afectividad negativa.

-Síntomas de ansiedad y depresivos actuales: Se utilizó el HADS que contiene dos escalas cuyos ítems se refieren a síntomas de ansiedad y a síntomas depresivos que se valoran para el periodo de la última semana.

-Calidad de vida. El instrumento de medida utilizado fue el “Cuestionario de Calidad de Vida” (CCV) de Ruiz & Baca (1993). Con el el CCV se obtiene una valoración global de la calidad de vida así como de cuatro aspectos más específicos de la calidad de vida a través de las escalas “Apoyo social”, “Bienestar Psicológico-Físico”, “Ausencia de Sobrecarga Laboral” y “Bienestar General”.

-Malestar somático actual: Viene definido por el número e intensidad subjetiva de 16 síntomas corporales comunes experimentados en las últimas semanas. La medida utilizada para evaluarlo fue la escala de somatización del SCL-90-R. Asimismo, la experiencia actual de síntomas se recogió a través de las entrevistas atendiendo al tipo de síntomas, frecuencia e intensidad.

- Grado de satisfacción con los servicios de salud en cuanto a evaluación, tratamiento e información médica por una parte y por otra en cuanto a satisfacción general. Se valoró con una escala Likert 0-4.

-Interferencias en el funcionamiento psicosocial: Se refiere, esta variable, al grado en que el sujeto percibe que su funcionamiento diario se ve afectado a causa de síntomas físicos. La evaluación se llevó a cabo a través de una de las escalas del EAE que contiene tres ítems que se puntúan en una escala de 5 puntos y que reflejan el grado en que los síntomas corporales interfieren en el trabajo, la concentración y el ocio. También, en la entrevista se preguntó si el estado de salud imponía problemas en cada una de 7 áreas de actividad (por ejemplo, trabajo y tareas domésticas).

-Experiencias personales relacionadas con la enfermedad en la infancia. Esta variable se refiere al informe de la tendencia a padecer problemas de salud, hacer consultas médicas frecuentes y a tener limitaciones en el funcionamiento diario a causa de problemas de salud a lo largo de la infancia (hasta 18 años).

-Problemas de salud y conducta de enfermedad entre familiares convivientes en la infancia. Esta variable se refiere a la ocurrencia de enfermedades en general, de enfermedades graves en particular y de fallecimientos entre familiares convivientes a lo largo de la infancia y a la tendencia, también entre familiares convivientes, a preocuparse por el propio estado de salud, consultar frecuentemente al médico y expresar malestar físico.

-Enfermedades entre familiares de primer grado en la actualidad. Esta variable se dividió según la enfermedad fuera grave o no.

-Muertes de familiares en los últimos 5 años. Se dividió esta variable el familiar fuera o no de primer grado.

-Frecuencia de consultas registradas en la historia clínica de Atención Primaria en los dos años previos a la evaluación inicial y en el año posterior a esta.

-Número de pruebas diagnósticas registradas en la historia clínica de Atención Primaria en los dos años previos a la evaluación inicial y en el año posterior a esta.

-Referencias en la historia clínica a problemas psicológicos y tratamientos relacionados en los dos periodos del estudio (dos años previos a la evaluación inicial y año posterior a ésta).

-Valoración del sujeto de su estado de salud actual (muy malo-malo-regular-bueno-muy bueno) en la evaluación inicial y en la evaluación de seguimiento.

-Valoración del médico en una escala de 5 puntos (0-4) de la amenaza para la vida derivada del estado de salud del sujeto.

-Valoración del médico del grado de limitación funcional derivada del estado de salud del sujeto (escala 0-4).

-Preocupación excesiva por el estado de salud según el médico (escala 0-4).

-Expresión excesiva de quejas físicas para el estado de salud objetivo según el médico (escala 0-4).

-Acontecimientos estresantes en el año previo a la evaluación inicial y en el año posterior a esta y estrés actual en la evaluación inicial y en el seguimiento. Se definieron acontecimientos estresantes como aquellos que el sujeto valorara como altamente perturbadores y estrés actual como circunstancias mantenidas que valorara como con un impacto negativo sobre el bienestar psicológico.

4) Sujetos

a) Pacientes

Un total de 266 pacientes del Centro de Salud de Villagarcía de Arosa cumplieron un cuestionario de valoración de la ansiedad por la salud o actitudes hipocondríacas. Los criterios de inclusión fueron: edad comprendida entre 16 y 75 años, capacidad para leer y escribir y ausencia de déficits (sensoriales, motores o intelectuales) que imposibilitaran la realización de las evaluaciones. En el caso de 252 sujetos el cuestionario empleado fue el Índice Whitely (Whitely Index: WI) de Pilowsky (1967) y en el de 14, la escala de preocupación por la enfermedad de Kirmayer y Robbins. Estos últimos sujetos pertenecían a un estudio piloto realizado previamente y se incluyeron por haberse utilizado las mismas medidas de evaluación posteriores que en el resto de la muestra.

8 sujetos no se incluyeron en la muestra inicial por errores diversos en la cumplimentación del cuestionario WI. De los 244 sujetos restantes, 57 (23,36%) obtuvieron una puntuación de 40 o más y 187 menor de 40. Esta puntuación se tomó como punto de corte predictivo de actitudes hipocondríacas basándose en investigaciones previas (Noyes et al, 1993). De los sujetos con puntuación igual o superior a 40 en el WI, 28 completaron una evaluación inicial y 29 rechazaron participar, no acudieron a la cita inicial o no se pudieron localizar. Por otra parte de los 187 con una puntuación menor de 40 en el WI, 43 completaron la evaluación inicial, 72 no fueron citados, 67 no acudieron o rechazaron participar y en el caso de 5 sujetos la evaluación fue incompleta y se excluyeron de los análisis. Finalmente, se incluyeron otros 14 sujetos que cumplieron inicialmente otro cuestionario de actitudes hipocondríacas. Así pues, la muestra total inicial estuvo compuesta por 85 sujetos.

Se formaron dos grupos, el primero compuesto por sujetos con alta ansiedad por la salud y el segundo por sujetos que en la evaluación no revelaron ansiedad significativa en relación con su estado actual de salud. La inclusión en el Grupo de Ansiedad por la Salud (GAS) se basó en la entrevista y se utilizaron criterios operativos

de “ansiedad significativa por el estado de salud” (especificados previamente). Un total de 25 formaron el GAS y los restantes 60 el Grupo de Comparación (GC).

Se realizó un seguimiento al cabo de un año aproximadamente. En este, en el que se emplearon los mismos instrumentos de medida que en la evaluación inicial, participaron 21 sujetos del GAS y 49 del GC. Es decir, se perdieron 5 sujetos del GAS y 11 del GC.

b) Evaluadores

La administración inicial de los instrumentos de screening (WI y Cuestionario de preocupaciones por la Salud) fue realizada por dos médicos y dos ATS del centro de salud. Asimismo los dos médicos realizaron evaluaciones acerca del estado de salud actual, grado de expresión excesiva de malestar somático y grado en que los pacientes expresaban preocupación excesiva por su estado de salud. Los médicos desconocían si el sujeto al que valoraban pertenecía o no al GAS o al GC así como de los resultados de las evaluaciones a través de la entrevista y los cuestionarios.

Un psicólogo realizó las evaluaciones restantes.

5) Materiales

Se emplearon los siguientes instrumentos de medida tanto en la evaluación inicial como en el seguimiento al cabo de 1 año:

Whitely Index (WI): Este cuestionario, elaborado por Pilowsky (1967), forma parte del Cuestionario de Conducta de Enfermedad (Illness Behavior Questionnaire: IBQ, Pilowsky, Spence, Cobb & Katsikitis, 1984; Pilowsky, 1993) de la misma autora y está compuesto por 14 items a través de los que se valoran tres dimensiones que se consideran los componentes principales de la hipocondría (Pilowski, 1967; Bianchi, 1973): Creencias de enfermedad (por ejemplo, ¿le cuesta creer al médico cuando le dice que no hay nada de lo que preocuparse?), fobia a la enfermedad (por ejemplo, ¿Piensa que se preocupa por su salud más que la mayoría de la gente?) y preocupación corporal (por ejemplo, ¿Es conciente con frecuencia de las diferentes cosas que ocurren en su cuerpo?). Estas tres dimensiones están altamente interrelacionadas (Barsky, Wyshak & Klerman, 1986). En este sentido Speckens, Spinhoven, Sloekers, Bolk & Hemert (1996) encuentran, al realizar un análisis de componentes principales, una solución de un solo factor. Pilowski & Spence (1983, cit. Mabe, Hobson, Jones & Jarvis, 1988) informan de una fiabilidad test-retest con 12 semanas de intervalo de 0,85 y un coeficiente de validez concurrente con puntuaciones de algún familiar o allegado de 0,65, Speckens et al (1996) una fiabilidad test-retest de 0,90 en pacientes médicos externos y Barsky, Cleary, Wyshak, Spitzer, Williams & Klerman (1992) de 0,84 con un intervalo de 24 días. Por otra parte, en este estudio el coeficiente alfa de Cronbach observado fue de 0,80 en pacientes médicos externos, de 0,78 en pacientes de Atención Primaria y de 0,76 en la población general y Barsky et al (1990) informan de un coeficiente alfa de Cronbach de 0,94. Otras evidencias de la validez del WI se derivan de su asociación con sintomatología desproporcionada para los hallazgos físicos, sobreutilización de servicios médicos y diagnóstico de hipocondría (Barsky, Wyshak & Klerman, 1986). Aunque el formato de respuesta propuesto por el autor del cuestionario es dicotómico (respuestas Si o No), en la investigación presente se empleo una escala tipo Likert (1-5) tal y como hace Noyes, Kathol, Fisher et al (1993) quienes informan que utilizando este formato de respuesta una puntuación de 40 o más detecta al 90% de pacientes médicos externos con trastorno hipocondríaco y tiene una especificidad del 67%. Este mismo

formato de respuesta fue utilizado asimismo en varias de las investigaciones de Barsky y colaboradores (Barsky, Wyshak & Klerman, 1986; barsky, Wyshak, Klerman & Latham, 1990), evidenciándose asimismo su utilidad en la detección de pacientes con un síndrome hipocondríaco. Por otra parte, Speckens et al (1996) encuentran que el WI diferencia bien entre pacientes hipocondríacos y no hipocondríacos de acuerdo con una entrevista estructurada para hipocondría, la fiabilidad test-retest es muy alta y existe también una alta asociación entre las puntuaciones en el WI , las de la Escala de Actitudes ante la Enfermedad (EAE) de Kellner y la escala de amplificación somatosensorial de Barsky. Finalmente, en el estudio de Speckens, Spinhoven, Sloekers, Bolk & Hemert (1996) se informa de una elevada correlación del WI y los dos factores que estos autores extrajeron a través de análisis de componentes principales de la Escala de Actitudes ante la Enfermedad de Kellner (Ansiedad por la Salud y Conducta de Enfermedad).

Finalmente, el WI también se ha encontrado que es una medida útil en la detección de otros problemas somatoformes además de la hipocondría (Fink, Ewald, Jensen, Soresen, Engberg, Holm & Jorgesen, 1999). Este hecho no es extraño a la vista de estudios recientes que indican que los problemas somáticos funcionales frecuentemente comparten rasgos cognitivos y conductuales característicos de los problemas hipocondríacos (Rief, Hiller & Margraf, 1998) y también debido a que el instrumento cuenta con varios items “somáticos” más que cognitivos o emocionales (En concreto los tres siguientes: “¿Le molestan dolores diversos?”, “¿Es consciente con frecuencia de las diversas sensaciones que ocurren en su cuerpo?” y “¿Se encuentra molesto por una variedad de síntomas?”).

Escala de Preocupación por la Enfermedad: Fue elaborada por Kirmayer y Robbins a partir de items del cuestionario de conducta de enfermedad de Pilowski. Esta escala valora la creencia de que se padece o se es vulnerable a alguna enfermedad grave. Está compuesta por 9 items y el modo de respuesta es dicotómico (Si-No). Kirmayer & Robbins (1996) informan de una estabilidad con un intervalo de 12 meses de 0,64, una consistencia interna (alfa de Crombach) de 0,70 y una alta correlación con el WI de Pilowsky ($r=0,82$). Algunos ejemplos de los items de este cuestionario son los siguientes: “¿Piensa que es más propenso a la enfermedad que la otra gente?”, “¿Piensa que se preocupa más por su salud que la mayoría de la gente?” o “¿Piensa con

frecuencia que podría caer repentinamente enfermo?”. Como se señaló, esta escala únicamente fue empleada con 14 sujetos que participaron en un estudio piloto previo y que se incluyeron en los análisis del estudio presente.

Escala de Actitudes ante la Enfermedad (EAE): Fue elaborada por Kellner (1986) y esta compuesta por 29 items que son valorados en una escala Likert de 5 puntos (0=No, 1=Raramente, 2=A veces, 3=Frecuentemente y 4= La mayor parte del tiempo) excepto dos items (22 y 26) que hacen referencia a problemas de salud y tratamientos actuales y que consisten en preguntas abiertas. El cuestionario está compuesto por 9 escalas, según un análisis racional, con 3 items cada una de ellas:

- a) Preocupación por la enfermedad.
- b) Preocupación por el dolor
- c) Hábitos de salud
- d) Creencias hipocondríacas
- e) Tanatofobia
- f) Fobia a la enfermedad
- g) Preocupación por el cuerpo
- h) Experiencia de tratamiento
- i) Efectos de los síntomas

Kellner (1987, cit. Speckens, Spinhoven, Sloekers, Bolk & Hemert, 1996) en el manual del cuestionario alude a la alta relación entre varias de estas sub-escalas que valorarían un factor general de preocupación somática.

La fiabilidad test-retest y validez de constructo de este instrumento es satisfactoria según Kellner, Abbott, Winslow et al (1987). Por otra parte, estos autores también informan que el cuestionario permite discriminar de otros sujetos (pacientes de Atención Primaria, pacientes psiquiátricos no hipocondríacos y población general) a aquellos pacientes con un síndrome compatible con el diagnóstico de hipocondría. En concreto, puntuaciones de 3 o 4 en cualquiera de los items de las escalas de Creencias hipocondríacas y de Fobia a la enfermedad son muy frecuentes entre los hipocondríacos y raras entre los otros pacientes.

Speckens, Spinhoven, Sloeskers, Bolk & Hemert (1996) administraron el EAE a 115 pacientes médicos externos, 104 pacientes de Atención Primaria y 177 sujetos de la población general. A través de análisis de componentes principales se extrajeron dos factores que se denominaron, en base al contenido de los ítems, Ansiedad por la Salud (con ítems relativos al miedo a la enfermedad, el dolor o la muerte) y Conducta de Enfermedad (cuyos ítems se refieren a aspectos como la experiencia de tratamientos o los efectos de los síntomas en el funcionamiento diario). La fiabilidad test-retest del factor de Ansiedad por la Salud fue de 0,93 y la del de Conducta de Enfermedad de 0,87. En ambos casos el retest solo lo hicieron los pacientes médicos externos. Por otro lado, en cuanto a la consistencia de las escalas, el coeficiente alfa de Crombach fue, en el caso del factor “Ansiedad por la Salud” de 0,80 (pacientes médicos externos), 0,78 (pacientes de Atención Primaria) y 0,76 (población general). En el caso del factor “Conducta de Enfermedad” fue de 0,85 (pacientes médicos externos), 0,86 (pacientes de Atención Primaria) y 0,80 (población general). También Dammen, Friis & Ekeberg (1999) informan de una estructura factorial con dos factores principales que se corresponden a los señalados por Speckens et al (1996). La muestra del estudio de Dammen, Friis & Ekeberg (1999) estuvo compuesta por pacientes remitidos para valoración cardiológica debido a dolor pectoral. Otros (Hadjistavropoulos & Asmundson, 1998) informan de una estructura factorial diferente. En concreto, los factores identificados serían cinco: 1) Miedo a la enfermedad, 2) Efecto de los síntomas, 3) Hábitos de salud, 4) Fobia y convicción de enfermedad y, finalmente, 5) Miedo a la muerte. La muestra empleada en este último estudio estaba compuesta por pacientes con problemas de dolor crónico. En un estudio posterior con una muestra no clínica (estudiantes) los autores (Hadjistavropoulos, Frombach & Asmundson, 1999) encuentran una estructura factorial muy semejante. En este segundo estudio los ítems de la escala original de Kellner de hábitos de salud se retiraron de los análisis atendiendo a consideraciones estadísticas (baja consistencia interna de esta escala) como clínicas [ausencia de capacidad discriminativa de estos ítems de sujetos con ansiedad por la salud significativa o sin ella (Kellner, Abbott, Winslow et al, 1987) y ausencia de referencia a este aspecto en los criterios diagnósticos para hipocondría de la clasificación psiquiátrica]. Los factores del EAE identificados fueron los siguientes: 1) Miedo a la enfermedad, dolor y muerte, 2) efectos de los síntomas, 3) experiencia de tratamiento y 4) convicción de enfermedad. Cabe señalar que el primero de estos factores tiene un alto solapamiento con el factor de “Ansiedad por la Salud” de

Speckens et al (1996). En concreto, todos los ítems excepto 1 (nº 18: “¿teme que pueda tener alguna otra enfermedad grave?”) del factor “Miedo a la enfermedad, dolor y muerte” están incluidos entre los 11 ítems del factor “Ansiedad por la Salud”. Este incluye adicionalmente otros 3 ítems (nº 6: “Si un dolor dura una semana o más, ¿cree que tiene una enfermedad grave?”, nº 19: “Cuando lee u oye hablar acerca de una enfermedad, ¿tiene síntomas parecidos?” y nº 21: “cuando siente una sensación en el cuerpo, ¿se preocupa?”).

En el estudio presente se incluyeron la escala de ansiedad por la salud, obtenida por Speckens et al (1996) a través de análisis factorial del EAE ,como medida global y las escalas específicas de “preocupación por la enfermedad”, “creencias hipocondríacas”, “fobia a la enfermedad”, “preocupación por el dolor”, “tanatofobia” y “preocupación por el cuerpo”. Se decidió emplear la escala de ansiedad por la salud como medida global de hipocondría además del WI porque la primera a diferencia de la última no contiene ítems relativos a la experiencia somática. Ello implica que el WI tiene varianza compartida con la medida de molestias corporales. Este problema se elude con el uso de una medida más pura de ansiedad por la salud como es la derivada del EAE propuesta por Speckens et al (1996).

STAI-R: El Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo de Spielberger es una de las medidas más utilizadas de la ansiedad. Spielberger (1989, cit. Bieling, Antony & Swinson, 1998) informa que se ha utilizado en alrededor de tres mil estudios publicados. Está formado por 40 ítems con dos formas paralelas. Los primeros 20 ítems se refieren a la ansiedad estado, es decir, valora la ansiedad en la actualidad. Los últimos 20 ítems valoran la ansiedad rasgo o tendencia general del sujeto a experimentar ansiedad. El modo de respuesta es a través de una escala Likert de 4 puntos (0-3). Spielberger (1983, cit. Bieling, Antony & Swinson, 1998) señala que las dos escalas tienen una alta validez convergente y discriminante con otras medidas de ansiedad y constructos relacionados.

En el estudio presente se empleó la versión rasgo del cuestionario. Pese a su nombre el análisis de los ítems que lo componen indica que lo que evalúa no es solo ansiedad sino malestar emocional general. Algunos autores (Watson & Pennebaker, 1989), en tal sentido, consideran el STAI-R como una medida de Afectividad Negativa

más que como una medida específica de ansiedad. Estudios factoriales recientes (Bieling, Antony & Swinson, 1998) sugieren una estructura factorial jerárquica con tres factores principales: Un factor de de más alto orden que se correspondería al afecto negativo general y dos factores de orden más bajo que se corresponderían a la sintomatología más específica de la ansiedad y la depresión. Así, los ítems que evalúan ansiedad, por ejemplo, se refieren a preocupaciones o rumiaciones cognitivas y pensamientos perturbadores o los que evalúan depresión a ánimo disfórico o autovaloración negativa.

HADS (HOSPITAL ANXIETY AND DEPRESSION SCALE): Esta escala, construída por Zigmond & Snaith (1983), está compuesta por 14 ítems, 7 referidos a síntomas de ansiedad y 7 a síntomas depresivos. En las instrucciones se especifica una valoración de los distintos ítems en la última semana. No se incluye sintomatología neurovegetativa propia de estos estados emocionales, circunscribiéndose los ítems a sus aspectos experienciales o subjetivos. La ausencia de cuestiones relativas a síntomas somáticos convierte a este instrumento en especialmente indicado para su uso en contextos médicos donde tales síntomas pudieran confundirse con los propios de otros problemas médicos. Cada ítem se valora en una escala de 4 alternativas que se puntúa entre 0 y 4 según la intensidad del síntoma.

Zigmond & Snaith (1983) informan de una alta correlación entre las valoraciones del clínico de la ansiedad y la depresión de los pacientes y las puntuaciones obtenidas por estos en la escala ($r=0,74$ y $r=0,70$ respectivamente). Por otra parte, en este mismo estudio se recoge la distribución de los 100 pacientes de la muestra, según la clasificación del clínico, en tres posibles categorías (No-caso, Dudoso y Caso) para tanto Ansiedad y Depresión en base a la puntuación en el cuestionario:

<i>Depresión</i>				<i>Ansiedad</i>			
Puntuac. en la escala	No-Casos	Dudosos	Casos	Puntuac. en la escala	No-casos	Dudosos	Casos
0-7	57	11	1	0-7	41	4	1
8-10	8	7	3	8-10	10	9	1

El cuestionario tiene una buena aceptabilidad, validez, fiabilidad y consistencia interna (Herrman, 1997). En concreto y en lo que se refiere a la fiabilidad test-retest, Herrman (1997) informa que con un intervalo de 2 semanas es de 0,84 en el caso de la escala de ansiedad y 0,85 en el de la depresión, entre 2 y 6 semanas, de 0,73 y 0,76 respectivamente y con un intervalo de más de 6 semanas de 0,70 en ambos casos. En el estudio de Spinhoven, Ormel, Sloekers, Kempen, Speckens & Van Hemert (1997) la fiabilidad test-retest con un intervalo medio de 22 días fue de 0,89 para la escala de ansiedad, 0,86 para la de depresión y 0,91 para la escala total. La consistencia interna de la que informa Herrman (1997) es de 0,80 y 0,81 (escalas de ansiedad y depresión). Por su parte, Spinhoven et al (1997) encuentran una consistencia interna para las dos subescalas y la escala total que va desde 0,71 a 0,90. Los análisis factoriales del instrumento con muestras de distintos países revelan las dos dimensiones originales propuestas por Zigmond y Snaith (1983). En España, Caro & Ibañez (1992) también encuentran esta estructura factorial en distintas muestras de sujetos (estudiantes universitarios, pacientes con problemas psicológicos y pacientes con problemas físicos). En cuanto a la validez concurrente, Herrman (1997), en su revisión de estudios, concluye que cabe considerarla como satisfactoria o buena. En cuanto a su validez discriminante señala que el HAD discrimina bien entre muestras con prevalencias altas, medias o bajas de trastornos de ansiedad y depresivos. Por otra parte, las puntuaciones en el instrumento son sensibles a las intervenciones terapéuticas (psicofarmacológicas y psicológicas).

CUESTIONARIO DE MOLESTIAS CORPORALES (CMC): está compuesto por 16 molestias o síntomas corporales posibles (Por ejemplo, dolores de cabeza, falta de apetito o sentir un nudo en la garganta). Cada uno de los síntomas se valora en una escala de 5 puntos (0-4) que va desde “Nada en absoluto” a “Mucho o extremadamente”. En las instrucciones se indica que la valoración se refiere a “las últimas semanas, incluyendo el día de hoy”. El cuestionario está extraído del SCL-90-R (Symptoms Checklist-90-R de Derogatis) correspondiéndose a la escala de somatización del mismo.

CUESTIONARIO DE CALIDAD DE VIDA (CCV): Fue construido por Ruiz & Baca (1993) y está formado por 39 ítems que hacen referencia a diversos aspectos de la vida cotidiana relacionados con el concepto de calidad de vida. Cada ítem se puntúa en una escala de 5 puntos (1-5) lo que refleja el grado en que el sujeto se encuentra satisfecho en la actualidad con el aspecto particular valorado (Nada-Mucho). En el análisis de componentes principales realizado por los autores se encontró una estructura de cuatro factores: 1) Apoyo social: Compuesta por 13 ítems. Se refiere a las relaciones con familiares y allegados así como el nivel de apoyo social percibido (Por ejemplo, “¿Mantiene relaciones satisfactorias con las personas con quienes convive?”), 2) Satisfacción o bienestar general: Está compuesta por 13 ítems centrados en la experiencia de satisfacción general con respecto a cuestiones tales como la actividad laboral, el modo de vida, el dinero de que se dispone o el modo de ser (Por ejemplo “¿Disfruta con su trabajo?”), 3) Bienestar físico/psicológico: Compuesta por 7 ítems. Se valora con esta escala la satisfacción con respecto a estado de salud, forma física, estado emocional o calidad del sueño (Por ejemplo: “¿Se siente con buena salud?”) y 4) Ausencia de sobrecarga laboral/tiempo libre: La componen 6 ítems que se refieren a la presencia de estrés laboral y la posibilidad de contar con tiempo libre para el descanso y ocio (Por ejemplo, “¿Tiene tiempo suficiente para relajarse y distraerse cada día?”). Esta estructura factorial se mantuvo cuando el cuestionario se aplicó a distintas muestras de sujetos con distintas características (sexo, nivel educativo o estatus marital). La consistencia interna (alfa de Crombach) es alta tanto para la escala total como para los cuatro sub-escalas y oscila entre 0,82 (Ausencia de sobrecarga laboral/tiempo libre) y 0,94 (escala total). La fiabilidad test-retest con un intervalo de aproximadamente 1 mes fue también muy alta tanto para la escala total como para tres de las medidas específicas (entre $r=0,95$ y $r=0,97$). En el caso de la escala “Bienestar físico/psicológico la fiabilidad test-retest fue más baja ($r=0,76$).

PROTOCOLO DE ENTREVISTA ESTRUCTURADA: A través de la entrevista se recogió información acerca de los siguientes aspectos:

- 1) Datos sociodemográficos: edad, estado civil, situación laboral y estudios.
- 2) Valoración del estado subjetivo de salud: Entre 0 y 4 (desde Muy malo a Muy bueno).

- 3) Satisfacción con los servicios de salud. En concreto se pidió que valorara en una escala de 5 puntos (0-4: Desde “Muy insatisfecho” a “Muy satisfecho”) el grado de satisfacción general con la atención médica y más específicamente en cuanto a evaluación de los problemas de salud, tratamientos e información aportada por el médico.
- 4) Problemas de salud actuales y molestias físicas actuales (tipo, intensidad y frecuencia), áreas de la vida diaria afectadas a causa de los síntomas (7 áreas, puntuadas con 1 o 0 según el sujeto informara o no de afectación).
- 5) Tendencia a tener problemas de salud, consultas médicas, limitaciones en la vida diaria a causa de problemas de salud (antes de los 18 años). Todos estos aspectos se valoraron con 1 o 0 según el sujeto informara de su presencia o no.
- 6) Problemas de salud en familiares. Muertes entre familiares en los últimos 5 años. Puntuado con 1 o 0 (presente o ausente).
- 7) Problemas de salud en general y problemas de salud graves en particular, preocupaciones por la salud, limitaciones en el funcionamiento diario, consultas médicas y quejas acerca de encontrarse mal físicamente entre familiares convivientes en la infancia del sujeto. Puntuado con 1 o 0 (presente o ausente).
- 8) Muertes de familiares convivientes en la infancia. Puntuado con 1 o 0 (presente o ausente).
- 9) Ansiedad por la salud: Además de la información de los instrumentos de autoinforme, se recogió información acerca de esta variable a través de la entrevista. De este modo se siguió la recomendación de Bouman & Visser (1998) que plantean que el uso de medidas de autoinforme debe complementarse con medidas específicas en las que se recojan los aspectos más específicos de la ansiedad por la salud. Así, se incluyeron cuestiones relativas a aspectos cognitivos, emocionales, conductuales y contextuales vinculados a la ansiedad por la salud. Esta sección solamente se administró, como es natural, a aquellos sujetos en los que había alguna evidencia de preocupación significativa acerca de este tema. Para ello se emplearon las preguntas preeliminarias de la entrevista estructurada para hipocondría basada en los criterios diagnósticos del DSM-III-R elaborada por Barsky, Cleary, Wyshak, Spitzer, Williams & Klerman (1992): “¿Tiene muchos problemas médicos?”, “¿Tiene síntomas que le asustan?”, “¿Se siente preocupado por su salud?” y “¿Está la salud frecuentemente en su pensamiento?”. En aquellos sujetos que respondían afirmativamente a alguna de estas cuestiones se continuó con el resto de la sección

en la que se incluyen cuestiones relativas al inicio, grado de preocupación (0-4), frecuencia de las preocupaciones (0-4), duración (0-4), ideación durante los episodios de preocupación, grado de creencia en padecer o riesgo de contraer la enfermedad temida durante los episodios (0-4), afectación emocional (0-4) y estrategias dirigidas a la reducción de la preocupación utilizadas con frecuencia (por ejemplo, intentar distraerse, consultar al médico, hablar con allegados acerca de los temores o comprobar de algún modo el estado corporal). En el caso de esta última variable se valoró como presente o ausente y se puntuó con 1 o 0.

10) Acontecimientos estresantes en el transcurso del último año y circunstancias actuales referidas que afectan el bienestar. Se puntuó con 1 (presente) o 0 (ausente).

VALORACION DEL MEDICO: Dos médicos del Centro de Salud realizaron las siguientes valoraciones utilizando una escala de 5 puntos: Amenaza para la vida del estado de salud del paciente (Desde ausencia de amenaza a amenaza grave), Limitaciones funcionales derivadas del estado de salud del paciente (desde ausencia de limitación a limitación grave), Molestias excesivas (Desde ausencia de molestias excesivas para el estado de salud del paciente hasta molestias muy desproporcionadas) y Preocupaciones excesivas (Desde ausencia de preocupación excesiva a preocupación muy desproporcionada para el estado de salud del paciente). Estas últimas dos valoraciones únicamente fueron realizadas para los pacientes conocidos por el médico. En el caso de los pacientes de otros médicos, la evaluación se realizó basándose solo en la información registrada en la Historia clínica del Centro de Salud y se circunscribió a las dos cuestiones primeras.

11 sujetos fueron valorados por los dos médicos que participaron en el estudio en las escalas de amenaza para la vida y limitación funcional que cabría esperar para los problemas de salud presentes. Ninguno de estos sujetos era paciente de ninguno de estos dos médicos y la evaluación se realizó en base a la información de la historia clínica. El objetivo fue comprobar la fiabilidad entre jueces de estas medidas. En el caso de la variable “amenaza para la vida” la fiabilidad fue de 0,74 y en el de la variable “limitación funcional” de 0,54. Ello refleja un acuerdo moderadamente alto en la evaluación de la amenaza para la vida de los problemas de salud utilizando esta escala. Por el contrario, la fiabilidad de la medida de limitación es más cuestionable.

En otros estudios acerca de la hipocondría se emplearon escalas parecidas a las empleadas en el estudio presente para valorar el grado de morbilidad y preocupación médica. Por ejemplo, Noyes , Kathol, Fisher, Phillips, Suelzer & Woodman (1994) utilizaron dos escalas de 9 puntos de severidad de la enfermedad física, el grado en el que la enfermedad explica los síntomas y de temor irrealista a la enfermedad o en el estudio de Gureje, Simon, Ustun & Goldberg (1997) los médicos valoraron en una escala 0-4 la severidad de los problemas de salud (completamente sano-algunos síntomas subclínicos-levemente enfermo-moderadamente enfermo-gravemente enfermo). A diferencia de los estudios previos se optó por incluir, para valorar el estado de salud objetivo, más que una sola medida de severidad, las dos medidas indicadas (amenaza y limitación funcional) por ser éstas las dos dimensiones básicas del estado de salud (Lazarus, 1991c). Estas dos escalas fueron similares a las utilizadas en el estudio de Mabe, Hobson, Jones & Jarvis (1988) denominadas “amenaza para la vida” y “alteración del funcionamiento normal”. En este último caso, sin embargo, el médico valoró estas dimensiones entre 0 y 6.

REVISION DE LA HISTORIA CLINICA DE ATENCION PRIMARIA: De las historias clínicas se obtuvo la siguiente información: problemas de salud recogidos en la lista de problemas, número de consultas en los últimos dos años y a lo largo del año posterior a la evaluación inicial, número de pruebas clínicas (por ejemplo, analíticas, radiografías o electrocardiogramas) registradas en la historia clínica en los últimos dos años y en el transcurso del año posterior a la evaluación inicial y referencias en las notas médicas a problemas de tipo psicológico o psicosocial y tratamientos centrados en estos problemas.

6) Procedimiento

Dos médicos y dos ATS del centro de salud se encargaron de la selección de los sujetos. Se convino proponer la participación en el estudio a aquellos sujetos cuya consulta coincidiera con horas prefijadas. En el caso de los pacientes seleccionados por el médico, éste al finalizar la consulta propuso al paciente la participación en un estudio sobre la “percepción del estado de salud”, tras lo que se entregó el cuestionario de screening que era cumplimentado en la sala de espera, para ser entregado posteriormente al médico. En el caso del otro grupo, el ATS propuso la participación a sujetos que esperaban ser consultados. 202 (82,8%) sujetos fueron seleccionados del primer modo y 42 (17,2%) del segundo. Otros 14 sujetos, todos ellos seleccionados a través del primer procedimiento, cubrieron un cuestionario diferente (el cuestionario de preocupación por la enfermedad). Finalmente, 8 sujetos a los que se les había administrado el WI fueron excluidos por fallos diversos en la cumplimentación del cuestionario.

La selección de los sujetos se realizó entre el mes de Septiembre de 1997 y Junio de 1998.

A todos los sujetos con una puntuación de 40 o más en el WI (n=57) que fue posible localizar telefónicamente se les propuso la participación en el estudio. Aquellos que aceptaron fueron citados en el centro de salud donde primero se realizó la entrevista estructurada para posteriormente cubrir los diversos instrumentos de evaluación en la misma consulta. Finalmente, fueron 27 los sujetos que completaron esta primera evaluación (30 rechazaron participar, no acudieron a la cita o no pudieron ser localizados) que duró alrededor de 1 hora.

Para la selección de los sujetos con una puntuación por debajo de 40 en el WI (n=187) se utilizó una tabla de números aleatorios. 72 no fueron citados, 66 rechazaron participar o no acudieron a la cita y en el caso de 5 la evaluación no pudo completarse. Así, quedaron 44 con los que se completó, del mismo modo que en el primer grupo, la evaluación inicial.

Otros 14 sujetos que cubrieron otro cuestionario (cuestionario de preocupación por la enfermedad) también completaron la evaluación inicial.

La evaluación inicial se llevó a cabo entre los meses de Septiembre de 1997 y Julio de 1998 y el intervalo temporal medio entre la selección en el centro de salud y la cita para la evaluación inicial fue de 1 mes y medio aproximadamente (Media=1,55, Desviación típica=1,09). En la gran mayoría (92,9%) este intervalo no superó tres meses. La máxima duración del intervalo fue de 4 meses en el caso de 6 sujetos (7,1%). No hubo diferencias significativas en la duración del intervalo entre GAS y GC (medias de 1,51 y 1,59 meses respectivamente).

Sobre la base de la entrevista estructurada se formaron dos grupos: un grupo con ansiedad por la salud significativa y un grupo control. Los criterios utilizados para clasificar al sujeto en el grupo de ansiedad por la salud fueron:

- 1) Que el sujeto informara que el temor a la enfermedad había influido en la búsqueda de atención médica
- 2) Que las preocupaciones ocurrieran con regularidad. Al menos 1 vez a la semana o temporadas en que ocurrieran a diario.
- 3) Que la creencia en padecer en la actualidad o de contraer la enfermedad o enfermedades temidas durante los episodios de preocupación fuera calificada al menos como moderada en la escala Likert.
- 4) Que las preocupaciones generaran malestar emocional significativo. Es decir, que en al menos una de las valoraciones de repercusión emocional (ansiedad o ánimo deprimido) informara de una intensidad emocional al menos moderada en la escala Likert.

No se consideró la ausencia de reaseguramiento médico, es decir, no se preguntó si el médico había intentado tranquilizar y en tal caso si el intento de tranquilización había reducido las preocupaciones.

Se clasificaron en el grupo control los sujetos que no cumplían alguno de los criterios señalados.

De este modo, el Grupo de Ansiedad por la Salud (GAS) quedó formado por un total de 25 sujetos. El número de sujetos con puntuación en el WI igual o superior a 40 que cumplieron los criterios señalados fue de 19 de los 27. Solamente 3 sujetos con una puntuación por debajo de este punto de corte cumplieron los criterios. Los restantes 3 sujetos que completaron el GAS se les había administrado el cuestionario de preocupaciones por la enfermedad.

El Grupo Control (GC), estuvo formado por un total de 60 sujetos de los que la mayoría tenía puntuaciones en el WI por debajo del punto de corte.

Al cabo de un año aproximadamente se volvió a llamar a los participantes para realizar la evaluación de seguimiento. El intervalo temporal fue de entre 8 y 23 meses, sin embargo solo en el caso de un sujeto se prolongó el seguimiento a 23 meses. En el caso del 98,6% de los sujetos el intervalo estuvo comprendido entre 8 y 17 meses. La media del intervalo fue de 11,34 meses y la desviación típica de 2,66. En la segunda evaluación se emplearon los mismos cuestionarios y el mismo protocolo de entrevista estructurada y se hizo una revisión en las historias clínicas del número de consultas en Atención Primaria durante los dos años previos a la evaluación inicial y durante un periodo de un año posterior a esta evaluación, número de pruebas médicas realizadas en los mismos periodos, referencias a problemas psicológicos o psicosociales y diagnósticos registrados las historias clínicas. También en este momento se solicitó la evaluación del médico de los pacientes en las dimensiones siguientes: amenaza para la vida de los problemas de salud (de haberlos) del paciente, grado de limitación funcional ocasionada por el estado de salud, grado de preocupación y expresión de síntomas “excesivo” en relación con el estado de salud objetivo. El médico realizó estas valoraciones sin conocimiento de los resultados de las evaluaciones previas.

Un total de 70 sujetos participaron en el seguimiento, 21 de los 25 del GAS y 49 de los 60 del GC. El seguimiento se realizó en el centro de salud o a través de correo. En el caso de aquellos que acudieron al centro de salud para la evaluación de seguimiento, ésta tuvo una duración de entre media y una hora. Los 15 sujetos perdidos o bien no acudieron a la cita programada o bien no devolvieron los cuestionarios cubiertos. El seguimiento en el centro fue similar a la evaluación inicial (entrevista estructurada y cuestionarios) salvo que algunas de las preguntas de la entrevista se

centraron en el periodo de seguimiento y no se incluyó la sección de experiencias de enfermedad personales y en la familia a lo largo de la infancia que ya había sido cubierta en la evaluación inicial. Por otra parte, en la evaluación a través de correo, las cuestiones de la entrevista se incluyeron en un formato de cuestionario. En esta modalidad, se adjuntó una carta con las siguientes indicaciones:

-“Lea las instrucciones que hay al comienzo de cada cuestionario antes de empezar a responder”.

-“Procure contestar todos los cuestionarios en una sola ocasión, es decir, intente no cubrirlos en distintos momentos”.

-“No pida opinión a otras personas acerca de las distintas preguntas”.

Al mismo tiempo, se dejó un teléfono de contacto para resolver posibles dudas y se incluyó un sobre con la dirección y sello para la devolución de los cuestionarios una vez cubiertos.

Tanto en la evaluación inicial como en la de seguimiento la sección de ansiedad por la salud de la entrevista se completó únicamente cuando el sujeto respondía afirmativamente al menos a una de cuatro preguntas preliminares que forman parte de la entrevista basada en los criterios diagnósticos del DSM-III-R para el trastorno hipocondríaco (Barsky, Cleary, Wyshak, Spitzer, Williams & Klerman, 1992) .

11 sujetos del GAS acudieron al centro para el seguimiento y otros 10 completaron la evaluación a través de correo. En el GC, 26 acudieron al centro y 23 hicieron el seguimiento por correo. En todos los casos se le planteó al sujeto acudir al centro de salud para la evaluación. Solamente cuando manifestaba alguna dificultad se ofreció enviar los cuestionarios al domicilio.

6) Análisis de los datos

La comparación entre grupos se realizó a través de la prueba T en el caso de las variables de tipo continuo. Para la comparación de los dos grupos en variables dicotómicas se empleó la prueba Chi cuadrado o la prueba exacta de Fisher. La comparación de las variables de tipo ordinal se realizó con la prueba U de Mann Whitney o la prueba exacta de Fisher.

Se llevaron a cabo análisis de regresión logística para determinar posibles variables predictoras de la pertenencia al GAS o al GC, así como análisis de regresión lineal para determinar la capacidad predictiva de distintas variables de la medida de ansiedad por la salud.

7) Resultados

La edad media de los 258 sujetos que compusieron la muestra inicial fue de alrededor de 40 años (año de nacimiento: 58,12). 157 fueron mujeres (60,85%) y 101 varones (39,1%).

57 pacientes a los que se les administró la medida de hipocondría Whiteley Index (WI) obtuvieron una puntuación de 40 o mayor (WI positivos). Es decir, en un 23,36% de los 244 cuestionarios válidos se alcanzó el punto de corte. Por el contrario 187 tuvieron puntuaciones por debajo de este punto de corte (WI negativos). La puntuación media en el WI fue de 32,6.

Tabla 1. Descriptivos muestra total

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. Típica
Año de nacimiento	258	24	81	58,12	14,09
WI	244	16	61	32,62	9,80

Se propuso la participación en el estudio a todos los pacientes que fue posible localizar del primer grupo (WI positivos). De los 57, 27 completaron la evaluación inicial, 7 no fueron localizados y 23 no acudieron a la cita programada o rechazaron la participación en el estudio. Del segundo grupo (WI negativos), se propuso la participación a 115. 44 participaron y 71 no lo hicieron (rechazos o no acudir a la cita).

Así pues, un total de 71 de los 165 (43,03%) a los que se les propuso la participación en el estudio completaron la evaluación inicial. Un porcentaje mayor de sujetos WI positivos que de los WI negativos completó esta evaluación (54% vs 38,26%, respectivamente).

19 sujetos de los WI positivos y 3 WI negativos cumplieron los criterios de definición de ansiedad por la salud y formaron parte del GAS. A estos 22 sujetos hay que añadir otros 3 que habían cumplimentado como instrumento de screenig el

cuestionario de preocupaciones por la enfermedad en vez del WI. El GAS quedó finalmente formado por 25 sujetos.

41 sujetos de los WI negativos formaron parte del GC que no cumplieron los criterios de ansiedad por la salud. El GC se completó con 8 sujetos WI positivos y 11 que habían cumplimentado el cuestionario de preocupaciones por la enfermedad. El GC quedó formado por 60 sujetos.

	<i>GAS</i>	<i>GC</i>
WI positivos	19	8
WI negativos	3	41

Así pues, la especificidad del WI con el punto de corte de 40 fue del 70,37% y la sensibilidad del 93,18%.

A) CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS DEL GRUPO “ANSIEDAD POR LA SALUD” (GAS) Y GRUPO DE COMPARACION (GC)

En el GAS la edad media fue de 40,12 y en el GC de 38,80. 19 sujetos del GAS (76%) eran mujeres y en el GC 42 (70%).

El nivel de estudios se categorizó del siguiente modo: I. Estudios primarios y graduado escolar, II. Estudios de bachillerato o Formación Profesional y III. Estudios superiores. Un total de 13 sujetos del GAS (52%) y 28 del GC (46,6%) tenían estudios primarios o graduado escolar. 7 del GAS (28%) y 19 del GC (31,6%) bachillerato o formación profesional y 5 del GAS (20%) y 13 del GC (21,6%) estudios superiores.

La ocupación se clasificó del siguiente modo: I. Amas de casa, II. Jubilados, III. Estudiantes, IV. Contratados, V. Autónomos y VI. Desempleo. 6 del GAS (24%) y 13 del GC (21,6%) eran amas de casa, 1 del GAS (4%) y 9 del GC (15%) jubilados, 1 del GAS (4%) y 6 del GC (10%) estudiantes, 11 del GAS (44%) y 27 del GC (45%) contratados, 3 del GAS (12%) y 2 del GC (3,3%) autónomos y 3 del GAS (12%) y 3 del GC (5%) estaban en situación de desempleo.

Finalmente, en cuanto al estado civil, se formaron cuatro categorías: I. Solteros, II. Separados o divorciados, III. Viudos y IV. Casados. 5 sujetos del GAS (20%) eran solteros frente a 17 del GC (28,3%). 2 del GAS (8%) eran separados o divorciados mientras que en el GC lo era 1 (1,6%). 2 del GAS (8%) eran viudos mientras que en el GC lo eran 5 (8,3%) y 16 del GAS (64%) y 37 del GC (61,6%) estaban casados.

Tabla 2. Variables sociodemográficas

	<i>GAS (n=25)</i>	<i>GC (n=60)</i>
Edad	40,12	38,80
Mujeres	76%	70%
Estudios		
I	52%	46,6%
II	28%	31,6%
III	20%	21,6%
Ocupación		
I	24%	21,6%
II	4%	15%
III	4%	10%
IV	44%	45%
V	10,7%	3,8%
VI	12%	5%
Estado civil		
I	20%	28,3%
II	8%	1,6%
III	8%	8,3%
IV	64%	61,6%

B) CARACTERIZACION DEL GAS

Los 25 sujetos de este grupo valoraron del modo siguiente las preocupaciones por la enfermedad:

1) grado de preocupación

La pregunta utilizada fue, “En general, ¿en que medida se preocupa por la

salud?”. La distribución de los sujetos según el grado de preocupación general por la salud fue como sigue:

Mucho: 8 sujetos

Bastante: 12

Moderadamente: 4

Algo: 1

2) Valoración de la ansiedad por la salud como problema

En este caso se preguntó si el sujeto valoraba la preocupación por la salud como problema:

Si: 17 sujetos

No: 8

Este resultado contrasta con el de un grupo de 18 sujetos que expresaron preocupación por la salud pero sin cumplir los requisitos para formar parte del GAS. En este caso, solamente 3 valoraron las preocupaciones por la enfermedad como problema.

3) frecuencia de las preocupaciones:

La pregunta fue, “¿Con que frecuencia se preocupa por su salud?”. Los sujetos valoraron la frecuencia de las preocupaciones del siguiente modo:

A diario: 6 sujetos

4-5 días/semana: 3

2-3 días/semana: 6

Al menos 1 día/semana o temporadas a diario : 10

4) Duración de los episodios de preocupación

En este caso se ofrecieron las tres alternativas de respuesta siguientes:

Preocupaciones a lo largo del día: 16 sujetos

Periodos prolongados de preocupación (al menos 1 hora): 5

Periodos breves (minutos): 4

5) Inicio

La pregunta utilizada fue, “¿Desde cuando le preocupa su estado de salud como en la actualidad?”.La categorización de la antigüedad de la ansiedad por la salud fue como sigue:

Mas de 5 años: 9

Entre 3-5 años: 4

Entre 6 meses y 3 años: 9

Ultimos 6 meses: 3

6) Desencadenantes del inicio de la ansiedad por la salud

Las respuestas a la pregunta “¿Hubo alguna circunstancia o acontecimiento que relacione con el inicio de las preocupaciones por la enfermedad?” se clasificaron del siguiente modo:

Enfermedad y/o muerte de algún allegado: 12 sujetos

Problemas de salud/ molestias físicas: 8

Accidente de tráfico: 1

Publicidad: 1

Responsabilidades familiares: 1

No reconoce: 2

7) Desencadenantes de los episodios de preocupación

Las respuestas a la pregunta “¿Hay alguna cosa que influya en que comience a preocuparse por la enfermedad?” se clasificaron así:

Molestias/síntomas físicos: 22 sujetos

Estímulos relacionados con la enfermedad: 20

Estado de ánimo: 4

Soledad: 6

Inactividad: 1

8) Curso

En este caso se ofrecieron tres alternativas posibles:

Sin cambios: 13 sujetos

Aumento de la preocupación: 8

Disminución de la preocupación: 4

9) Enfermedad temida

Las enfermedades generadoras de ansiedad informadas fueron las siguientes:

Cáncer: 19 sujetos

Enfermedad cardiovascular: 5

SIDA: 2

Parálisis: 2

Enfermedad de Alzheimer: 1

Esclerosis múltiple: 1

Artritis reumatoide: 1

Enfermedades graves en general: 3

10) Ideación durante los episodios de preocupación

Las respuestas a la pregunta “Cuando se preocupa por la enfermedad ¿qué piensa?, ¿qué ideas pasan por su cabeza?” se categorizaron como sigue:

Sufrimiento/dolor: 8 sujetos

Consecuencias negativas para la familia: 8

Deterioro/incapacidad: 4

Muerte: 4

Recuerdos de enfermedad y/o muerte de familiares: 4

Situación de la enfermedad (sin especificar): 4

11) Grado de creencia en padecer la enfermedad temida durante los episodios de preocupación

Se utilizó para la valoración de este aspecto una escala de 5 puntos (De “nada” a “mucho”). Esta cuestión se formuló así “Cuando se preocupa por la enfermedad ¿en que medida cree que la puede padecer?”. La distribución de los sujetos por puntuación fue la siguiente:

Nada: 4 sujetos

Algo: 3

Moderadamente: 7

Bastante: 7

Mucho: 4

12) Grado de riesgo subjetivo de contraer la enfermedad temida durante los episodios de preocupación

Se empleó la misma escala que la utilizada en el caso de la variable anterior. Se formuló la pregunta así “Cuando se preocupa por la enfermedad, ¿en que medida cree que la puede contraer en el futuro?”:

Nada: 6 sujetos

Moderadamente: 6

Bastante: 8

Mucho: 5

13) Ansiedad durante los episodios de preocupación

La ansiedad generada por las preocupaciones se valoró también en una escala de

5 puntos. La pregunta fue, “Cuando se preocupa por la enfermedad, ¿en que medida le hace ello sentirse nervioso o intranquilo?”:

Nada: 1

Algo: 1

Moderadamente: 3

Bastante: 12

Mucho: 8

14) Animo deprimido durante los episodios de preocupación

Se evaluó igual que la anterior. La pregunta utilizada fue, “Cuando se comienza a preocupar por la enfermedad, ¿en que medida ello le hace sentir decaído o bajo de ánimo?”:

Nada: 3

Algo: 1

Moderadamente: 4

Bastante: 7

Mucho: 10

15) Estrategias de reducción de la ansiedad

En este caso se preguntó si “con frecuencia” se implicaba en cada una de las siguientes conductas en relación con la preocupación somática:

a) Comprobación corporal (por ejemplo, tomarse el pulso, mirarse en el espejo o palparse alguna zona corporal)

Si: 16

No: 9

b) Consultar al médico

Si: 14

No: 11

c) Hablar con allegados acerca de la propia salud

- Si: 13
 No: 12
- d) Intentar alejar los pensamientos o distraerse
 Si: 19
 No: 6
- e) Evitar estímulos que recuerdan la enfermedad
 Si: 4
 No: 21

16) Comparación de los sujetos del GAS en las medidas de actitudes hipocondríacas según el sexo

En dos de las medidas de actitudes hipocondríacas se encontraron diferencias significativas entre hombres y mujeres. Así, los 6 hombres del GAS tenían puntuaciones más altas en las escalas “Preocupación por la enfermedad” ($p=0,027$) y “Preocupación corporal” ($p=0,009$). En las otras escalas las diferencias no fueron estadísticamente significativas, aunque en general la tendencia fue que los hombre puntuaran más alto.

C) COMPARACION DEL GAS Y GC

a) *Medidas globales y parciales de actitudes hipocondríacas en la evaluación inicial*

La clasificación en uno u otro grupo en base a los criterios clínicos mencionados Se acompañó de diferencias notables en las distintas medidas de actitudes hipocondríacas globales y parciales utilizadas lo que apoya la diferenciación clara en la variable criterio.

Tabla 3 Comparación en las medidas de actitudes hipocondríacas de la evaluación inicial

	<i>GAS</i>	<i>GC</i>
WII	Media: 44,22	Media: 31,61
(rango: 14-70)	Desv. Tip: 7,46	Desv. Tip: 8,53
	Error Tip.Me:1,59	Error Tip.Me: 1,21
WI	Media: 44,37	Media: 27,88
(rango: 14-70)	Desv. Tip: 8,76	Desv. Tip: 6,71

EAE.CE	Error Tip.Me:1,78	Error Tip.Me:0,95
(rango: 0-12)	Media: 3,52	Media: 0,98
	Desv. Tip: 2,18	Desv. Tip: 1,57
EAE.FE	Error Tip.Me:0,43	Error Tip.Me: 0,20
(rango: 0-12)	Media: 6,48	Media: 1,76
	Desv. Tip:3,15	Desv. Tip: 2,11
FE.CE	Error Tip.Me:0,63	Error Tip.Me:0,27
(rango: 0-24)	Media: 10,12	Media: 2,71
	Desv. Tip: 4,19	Desv. Tip:2,87
EAE.PC	Error Tip.Me:0,83	Error Tip.Me:0,37
(rango: 0-12)	Media: 6,36	Media: 2,63
	Desv. Tip: 2,76	Desv. Tip: 2,01
EAE.PD	Error Tip.Me:0,55	Error Tip.Me:0,26
(rango: 0-12)	Media: 8,12	Media: 4,86
	Desv.Tip: 2,04	Desv. Tip: 2,45
EAE.PE	Error Tip.Me:0,40	Error Tip.Me:0,31
(rango: 0-12)	Media: 9,08	Media: 5,13
	Desv. Tip: 1,63	Desv. Tip: 3,05
EAE.TF	Error Tip.Me:0,32	Error Tip.Me:0,39
(rango: 0-12)	Media: 9,12	Media: 3,96
	Desv. Tip: 3,33	Desv. Tip: 3,99
EAE.ANS.SAL	Error Tip.Me:0,66	Error Tip.Me:0,51
(rango: 0-44)	Media: 29,28	Media: 11,96
	Desv. Tip: 6,66	Desv. Tip: 8,22
	Error Tip.Me:1,33	Error Tip.Me:1,07

WI: Whiteley Index; EAE.CE: Subescala de Creencias de Enfermedad de la Escala de Actitudes ante la Enfermedad; EAE.FE: Subescala de Fobia a la Enfermedad de la EAE; FE.CE: Suma de las puntuaciones de FE y CE de la EAE; EAE.PC: Subescala de Preocupación por el Cuerpo de la EAE; EAE.PD: Subescala de Preocupación por el Dolor de la EAE; EAE.PE: Subescala de Preocupación por la Enfermedad de la EAE; EAE.TF: Subescala de Tanatofobia de la EAE; EAE.ANS.SAL: Escala de Ansiedad por la Salud del EAE.

El WI1 es el administrado en primer lugar para la selección inicial de sujetos y el WI2, el administrado, junto a los otros instrumentos y la entrevista estructurada, en la evaluación inicial.

Todas las diferencias de las medias (prueba T) fueron estadísticamente significativas ($p=0,000$).

b) *Medidas globales y parciales de actitudes hipocondríacas en el período de seguimiento*

En el periodo de seguimiento las puntuaciones medias en las medidas de actitudes hipocondríacas continuaron siendo muy similares a las de la evaluación inicial. Las medias y desviaciones típicas para ambos grupos fueron las siguientes:

Tabla 4 Comparación en las medidas de actitudes hipocondríacas en el seguimiento

	<i>GAS</i>	<i>GC</i>
WI2	Media: 41,95	Media: 27,10
	Desv. Tip: 8,62	Desv. Tip: 6,83
	Error Tip.Me:1,88	Error Tip.Me:0,98
EAE.CE2	Media: 3,19	Media: 1,20
	Desv. Tip: 3,29	Desv. Tip: 1,63
	Error Tip.Me:0,71	Error Tip.Me:0,23
EAE.FE2	Media: 5,33	Media: 1,44
	Desv. Tip: 3,26	Desv. Tip: 1,70
	Error Tip.Me:0,71	Error Tip.Me:0,24
FE.CE2	Media: 8,80	Media: 2,67
	Desv. Tip: 5,61	Desv. Tip: 2,62
	Error Tip.Me:1,22	Error Tip.Me:0,37
EAE.PC2	Media: 5,52	Media: 2,18
	Desv. Tip: 3,18	Desv. Tip: 1,88
	Error Tip.Me:0,69	Error Tip.Me:0,26
EAE.PD2	Media: 8,23	Media: 4,40
	Desv. Tip: 2,27	Desv. Tip: 1,76
	Error Tip.Me:0,49	Error Tip.Me:0,25
EAE.PE2	Media: 8,52	Media: 4,59
	Desv. Tip: 2,46	Desv. Tip: 2,49
	Error Tip.Me:0,53	Error Tip.Me:0,35
EAE.TF2	Media: 7,95	Media: 4,12
	Desv. Tip: 3,63	Desv. Tip: 3,63
	Error Tip.Me:0,79	Error Tip.Me:0,51
EAE.ANS.	Media: 25,42	Media: 10,68
SAL2	Desv. Tip: 8,90	Desv. Tip: 7,40
	Error Tip.Me:1,94	Error Tip.Me:1,06

Todas las diferencias entre medias en el período de seguimiento mantuvieron un nivel de significación estadística $p=0,000$, excepto la variable EAE.CE2 en la que la significación fue de $p=0,001$.

En el GAS aunque hubo una ligera caída en las medidas de ansiedad por la salud en el periodo de seguimiento, en ningún caso las diferencias fueron estadísticamente significativas.

c) *Experiencia familiar y personal relacionada con la enfermedad en la infancia*

En lo que se refiere a experiencias relacionadas con la enfermedad en la infancia (hasta los 18 años), aunque un porcentaje mayor de los sujetos del GAS informaron de este tipo de experiencias, la diferencia solamente fue estadísticamente significativa en el caso de la presencia de enfermedades graves, con clara implicación de amenaza para la vida, entre familiares convivientes a lo largo de la infancia. Las enfermedades que se calificaron como graves fueron las distintas formas de cáncer y las enfermedades cardiovasculares.

Así pues, no hubo diferencias en la presencia de enfermedades en general entre familiares convivientes a lo largo de la infancia. Las enfermedades de las que se informó fueron: enfermedades cardiovasculares (3 sujetos), cáncer (8 sujetos), epilepsia (1 sujeto), diabetes (2 sujetos), asma (4 sujetos), hepatitis (2 sujetos), enfermedades pulmonares (2 sujetos) y problemas gástricos crónicos (2 sujetos). Tampoco hubo diferencias significativas en el número de sujetos que informaban de la ocurrencia de muertes entre familiares en general o familiares convivientes, en la información de tendencia a hacer consultas médicas, expresar molestias físicas o preocupaciones por la salud con frecuencia entre familiares convivientes. Tampoco hubo diferencia en el número de sujetos que informaba que algún familiar conviviente tenía limitaciones para llevar una vida completamente normal a causa de su estado de salud. Aunque solamente hubiera significación estadística en el caso de la ocurrencia de enfermedades graves entre familiares convivientes, hubo una tendencia clara a que los grupos se diferenciaron en la tendencia a consultar con frecuencia entre familiares convivientes durante la infancia.

Tabla 5. Experiencias familiares relacionadas con la enfermedad en la infancia

	<i>GAS (n=25)</i>	<i>GC (n=60)</i>	
MU.F.IN	56%	45,16%	0,246
MU.FA.CONV.IN	20%	15%	0,392
EN.F.IN	36%	28,3%	0,326
EN.GR.F.IN	32%	5%	0,002
CO.F.IN	40%	23%	0,100
QU.F.IN	32%	28,30%	0,463
PR.F.IN	24%	16,6%	0,308
LI.F.IN	28%	23,3%	0,422

MU.F.IN: Muertes entre Familiares en la Infancia; MU.FA.CONV.IN: Muertes entre Familiares Convivientes en la Infancia; EN.F.IN: Enfermedades entre Familiares convivientes en la Infancia; EN.GR.F.IN: Enfermedades Graves entre Familiares convivientes en la Infancia; CO.F.IN: Consultas frecuentes entre Familiares convivientes en la Infancia; QU.F.IN: Quejas físicas frecuentes entre Familiares convivientes en la Infancia; PR.F.IN: Preocupaciones por la salud entre Familiares convivientes durante la Infancia. LI.F.IN: Limitaciones físicas entre Familiares convivientes durante la Infancia.

Con respecto a la experiencias personales de problemas de salud en la infancia, aunque hubo diferencias entre los grupos en la dirección esperada, solamente fue significativa en el caso de la información de interferencias durante la infancia a causa del estado de salud. Cabe destacar también la diferencia marcada, aunque sin alcanzar significación estadística, en las variables relativas a la tendencia a hacer consultas médicas frecuentemente y a tener atenciones especiales por parte de familiares a causa de problemas de salud.

Tabla 6. Experiencias personales relacionadas con la enfermedad en la infancia

	<i>GAS</i>	<i>GC</i>	
TE.IN	24%	15%	P=0,244
CO.IN	24%	11,66%	P=0,135
INT.IN	20%	1,66%	P=0,008
AT.ESP	20%	5,45%	P=0,058

TE.IN: Tendencia a tener problemas de salud a lo largo de la infancia; CO.IN: Tendencia a hacer consultas médicas frecuentes; INT.IN: Interferencias en el funcionamiento diario a causa de problemas de salud; AT.ESP: Atenciones especiales a causa de problemas de salud.

d) *Problemas de salud y muertes entre familiares de primer grado en la actualidad*

Un porcentaje mayor de sujetos del GAS informó de enfermedades diversas entre sus familiares de primer grado. Cuando se consideraron solamente enfermedades graves la diferencia entre grupos se atenuó aunque seguía siendo marcada. Las enfermedades que se clasificaron como graves fueron: cáncer, enfermedades cardiovasculares, Accidente Cerebro Vascular, Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, Colitis ulcerosa y Enfermedad de Crohn. Por el contrario, no se clasificaron entre las enfermedades graves, la diabetes, asma, epilepsia, artrosis, hepatitis, quiste renal y la hipertensión arterial.

No hubo diferencias entre grupos en cuanto a pérdida de familiares en general o de primer grado a lo largo de los 5 años previos a la evaluación inicial.

Tabla 7. enfermedades y muertes en la familia en la actualidad

	<i>GAS</i>	<i>GC</i>	<i>Chi-cuadrado</i>
EN.FAM	56%	30%	P=0,023
EN.GR.FAM	36%	16,6%	P=0,051
MU.FA	40%	51,6%	P=0,229
MU.FA.1grado	4%	15%	P=0,142

EN.FAM: Enfermedades entre familiares de primer grado; EN.GR.FAM: Enfermedades graves entre familiares de primer grado; MU.FA: Muertes de familiares en los últimos 5 años; MU.FA.1grado: Muertes de familiares de primer grado en los últimos 5 años.

e) *Conducta de enfermedad de familiares de primer grado*

En este caso se preguntó acerca de conductas como la expresión de molestias físicas, preocupaciones por la salud y necesidad de acudir con frecuencia al médico entre familiares de primer grado. En concreto se preguntó si “con frecuencia” algún familiar de primer grado se implicaba en alguna de estas conductas.

Tabla 8. Conducta de enfermedad en familiares de primer grado. Evaluación inicial.

	<i>GAS</i>	<i>GC</i>	<i>Chi-cuadrado</i>
PR.FAM	44%	31,6%	P=0,201
QU.FAM	40%	31,6%	P=0,310
CON.FAM	36%	28,3%	P=0,326

PR.FAM: Expresión frecuente de Preocupaciones por la salud entre familiares de primer grado;
 QU.FAM: Expresión frecuente de molestias físicas entre familiares de primer grado; CON.FAM:
 Consultas médicas frecuentes entre familiares de primer grado.

En la evaluación de seguimiento tampoco hubo diferencias.

Tabla 9. Conducta de enfermedad en familiares de primer grado. Seguimiento.

	GAS	GC	
PR.FAM2	38,09%	31,25%	P=0,463
QU.FAM2	45%	57,14%	P=0,257
CON.FAM2	38,09%	34%	P=0,473

f) *Conversaciones con otros acerca de la salud*

12 de los 25 sujetos (48%) del GAS informaron que la salud era un tema frecuente o muy frecuente en sus conversaciones. Este fue el caso de solo 9 de los 60 sujetos (15%) del GC. La diferencia fue estadísticamente significativa ($p=0,002$).

No se recogió información de esta variable en el seguimiento.

g) *Evaluaciones del médico de la amenaza para la vida y limitaciones derivadas del problema de salud y de la expresión excesiva de síntomas y preocupación por la salud*

En primer lugar, no hubo diferencias en el grado de amenaza para la vida ni en la limitación funcional esperable (evaluada con una escala Likert 0-4) de los problemas de salud entre los sujetos de ambos grupos. Los problemas de salud calificados por el médico como de alta amenaza para la vida (puntuación de 3 en la escala) fueron indicados en 3 sujetos, todos ellos del GC. Los problemas de salud que implicaran según el médico una amenaza moderada fueron señalados en 6 sujetos del GC y 4 del GAS, con una amenaza leve en 13 del GC y 5 del GAS y sin amenaza en 38 del GC y 16 del GAS. Una limitación alta fue considerada por el médico en el caso de 6 sujetos del GC y 5 del GAS, moderada en 8 y 3, leve en 22 y 12 y sin limitación en 17 y 4 respectivamente.

En segundo lugar, sí se encontraron diferencias significativas entre grupos en la expresión de molestias ($p=0,003$) y preocupación por la salud ($p=0,000$). Estas variables también fueron valoradas por el médico utilizando una escala Likert (0-4). De los 24 sujetos del GAS que fueron valorados por el médico, 5 (20,83%) tenían una puntuación de 3 o 4 en la escala de expresión excesiva de molestias corporales (es decir, estos 5 sujetos fueron valorados por el médico como con una expresión sintomática bastante o muy excesiva para su estado de salud objetivo) y 11 (45,83%) en la de preocupación por la salud (es decir, fueron valorados por su médico como con bastante o mucha preocupación por su salud). En contraste, en el GC 6 sujetos (14,63%) de los 41 evaluados en esta variable fueron valorados por el médico como con una expresión síntomas bastante o muy excesiva para el estado de salud objetivo y 5 sujetos (12,19%) de este grupo fueron valorados como bastante preocupados por su estado de salud.

h) Identificación y tratamiento de problemas emocionales en atención primaria

En 20 de los 25 pacientes (80%) del GAS había referencias a problemas de tipo psicológico en las historias clínicas cuando se consideraron los dos años previos a la evaluación inicial y el año posterior a esta. En el caso de los pacientes del grupo control, de los 58 en los que se pudo valorar esta variable, en 17 (29,31%) se aludía en la historia clínica a este tipo de problemas. Asimismo, de modo coherente con lo anterior, un porcentaje mayor de sujetos del GAS recibieron algún tipo de tratamiento psicofarmacológico a lo largo de los dos períodos del estudio (2 años previos y año posterior a la evaluación inicial). En concreto, 18 sujetos (72%) del GAS frente a 14 (28%) del GC recibieron este tipo de tratamiento. Las diferencias en los porcentajes entre ambos grupos fue estadísticamente significativa ($p=0,000$). Estas diferencias son consistentes con el mayor malestar emocional reflejado por los sujetos del GAS en las medidas de autoinforme.

i) Experiencia de síntomas somáticos y valoración del estado de salud

Independientemente del origen (claro o no claro médicamente) un porcentaje alto de sujetos informaban experimentar con frecuencia síntomas corporales diversos. Los síntomas o molestias más informados fueron los siguientes:

- Molestias abdominales/síntomas digestivos (16 sujetos)
- Cefalea (15 sujetos)
- Dolor de espalda (12 sujetos)
- Dolor de extremidades (9 sujetos)
- Cansancio (7 sujetos)
- Dolor articulaciones (6 sujetos)
- Dolores en distintas zonas corporales (5 sujetos)
- Mareos (5 sujetos)
- Otros (por ejemplo, disfonía, zumbido oídos, fallos de memoria, dolor pectoral o dificultades respiratorias) (11 sujetos)

En la evaluación inicial no hubo diferencias significativas entre los grupos en la intensidad subjetiva de estos síntomas (el 32% del GAS la valoraban como alta o muy alta frente al 30% del GC) pero si en su frecuencia. Así, en el GAS 20 sujetos (80%) informaban que los síntomas ocurrían en la actualidad con una frecuencia de al menos un episodio a la semana frente a 33 del GC (55%) ($p=0,025$). Por el contrario no hubo diferencias significativas cuando se comparó el número de sujetos de cada grupo que informaban experimentar los síntomas a diario (44% versus 35%) ($p=0,295$).

En el seguimiento, la valoración de la intensidad de los síntomas como alta o muy alta fue de 6 sujetos (28,57%) en el GAS y 9 (18,36%) en el GC. Lo que indica una reducción considerable del número de sujetos que hacían esta valoración en el GC que contrasta con la escasa reducción en el GAS. A pesar haber una diferencia marcada entre ambos grupos, esta no alcanzó significación estadística ($p=0,258$). En cuanto a la frecuencia de los síntomas en el seguimiento, 17 sujetos del GAS y 17 del GC informaron de al menos un episodio de síntomas a la semana. Esta diferencia fue significativa estadísticamente ($p=0,000$). También fue significativa la diferencia en el número de sujetos con síntomas a diario en ambos grupos, lo que contrasta con la ausencia de diferencia en la evaluación inicial. En este caso, 38,09% del GAS frente a 14,28% del GC ($p=0,031$) informaron de síntomas con una frecuencia diaria. De nuevo, como en el caso de la intensidad, en el GC hubo una caída importante en esta variable en comparación con GAS.

Cuando se comparó la distribución de las puntuaciones entre la evaluación inicial y la evaluación de seguimiento en las escala Likert de 5 puntos utilizando la prueba de rangos con signos de Wilcoxon se encontró que mientras que no había diferencias significativas en la distribución de las puntuaciones en las escalas de intensidad y frecuencia de los síntomas en el caso del GAS ($p=0,971$ y $p=0,273$, respectivamente), sí las había en el GC ($p=0,001$ y $p=0,012$).

Para la evaluación de los síntomas corporales también se empleó un cuestionario de autoinforme: el Cuestionario de Molestias Corporales (CMC) del SCL-90-R. Las diferencias entre grupos en esta medida fue notable tanto en la evaluación inicial como en el seguimiento. Así, en la evaluación inicial la puntuación media en esta medida en el GAS fue de 28,12 y en el GC de 17,90 (Prueba T, $p=0,000$). En el seguimiento fueron de 29,23 y 12,39 respectivamente ($p=0,000$). De modo similar a lo observado en el caso de el informe de síntomas en la entrevista, se constató también con el uso del cuestionario que los sujetos del GC tendían a experimentar significativamente menos molestias en el seguimiento que en la evaluación inicial (prueba T, $p=0,000$) sin que se apreciaran cambios en el GAS ($p=0,871$).

Por otra parte, el 79,16% de los sujetos del GAS mencionaban espontáneamente la influencia emocional sobre los síntomas al ser preguntados si reconocían algún factor como influyente en la experiencia de malestar físico. Solamente el 35,18% de los sujetos del GC identificaron este factor como relevante.

11 sujetos tenían algún diagnóstico de tipo funcional (fibromialgia, colon irritable o cefaleas tensionales). La distribución por grupos fue: 4 en el GAS (16%) y 7 en el GC (11,6%). La diferencia no fue significativa ($p=0,412$).

Finalmente, como cabía esperar, los sujetos del GAS valoraron su salud de un modo significativamente menos positivo que los del GC. Solamente 5 sujetos (20%) del GAS valoraron su salud actual como buena frente a 37 (61,6%) del GC. En el seguimiento la valoración de la salud fue muy similar. En este caso, 5 de los 21 sujetos (23,30%) del GAS que completaron la evaluación de seguimiento frente a 36 de los 49 (73,46%) de GC valoraron su salud actual como buena. Las diferencias entre grupos en esta variable, que se evaluó con una escala Likert de 5 puntos (0-4), fueron estadísticamente

significativas tanto en la evaluación inicial (U de Mann-Whitney, $p=0,000$) como en el seguimiento ($p=0,001$).

j) *Limitaciones derivadas de los síntomas somáticos*

Las repercusiones en el funcionamiento diario a causa de los síntomas físicos fue valorada con dos medidas. Por una parte, se utilizó la escala “efectos de los síntomas” del EAE en la que el sujeto valora el grado de afectación en una escala de 5 puntos (0-4) en tres áreas de funcionamiento (trabajo, concentración y diversión/ocio) y por otra, se preguntó si o no los síntomas físicos suponían un problema en cada una de las siguientes 7 áreas: trabajo, tareas domésticas, relaciones sociales, vida familiar, sexualidad, aficiones y pasatiempos y días de fiesta. Esta última escala se extrajo del cuestionario de Nothingam de limitaciones funcionales por el estado de salud.

En ambas escalas las diferencias entre grupos fueron significativas, reflejando la mayor limitación funcional auto-informada de los sujetos del GAS.

Como en el caso de la frecuencia e intensidad de los síntomas físicos, había una caída significativa en el seguimiento en el grado de afectación a causa de los síntomas en el GC, caída que no se produjo en el GAS. Así, la diferencia entre medias en ambos periodos en el GC fue estadísticamente significativa en la medida de limitación funcional del EAE ($p=0,011$) y rondó la significación en la medida derivada del Nothingam ($p=0,095$). Por el contrario, no hubo diferencias significativas en el GAS ($p=1$ y $p=0,723$, respectivamente).

Así pues, los sujetos del GC a pesar de informar de menor limitación en la evaluación inicial que los sujetos del GAS, en el seguimiento la diferencia se había acrecentado al mantener los sujetos del GAS el mismo grado de limitación auto-informado y los del GC aún menor que en la evaluación inicial.

Tabla 10. Limitaciones en el funcionamiento diario

	<i>GAS</i>	<i>GC</i>	<i>Prueba T</i>
EAE.LIM1	Media:5,72	Media:3,11	$P=0,000$
(rango 0-12)	Desv.Tip:2,87	Desv.Tip:2,79	

EAE.LIM2 (rango 0-12)	Error Tip. Med:0,57 Media:5,23 Desv.Tip:3,22	Error Tip. Med:0,36 Media:2,44 Desv.Tip:2,25	P=0,000
NOTHIN1 (rango 0-7)	Error Tip. Med:0,70 Media:2,72 Desv.Tip:2,05	Error Tip. Med:0,32 Media:1,16 Desv.Tip:1,95	P=0,001
NOTHIN2 (rango 0-7)	Error Tip. Med:0,41 Media:2,57 Desv.Tip:2,20	Error Tip. Med:0,25 Media:0,77 Desv.Tip:1,47	P=0,000
	Error Tip. Med:0,48	Error Tip. Med:0,21	

EAE.LIM1: Escala de “efecto de los síntomas” del EAE en la evaluación inicial; EAE.LIM2: Escala de “efecto de los síntomas” del EAE en el seguimiento; NOTHIN1: escala de limitación funcional derivada del cuestionario “Nothingan” en la evaluación inicial; NOTHIN2: escala de limitación funcional del cuestionario “Nothingan” en el seguimiento.

k) *Uso de servicios de salud*

A través de la revisión de las historias clínicas se recogió información del número de consultas y pruebas médicas realizadas en los dos períodos (2 años previos a la evaluación inicial y 1 año posterior a ésta). La media de consultas registradas en la historia clínica en los dos años previos fue en el caso del GAS de 15,95 y en el del GC de 9,72 ($p=0,012$). La diferencia entre grupos en el seguimiento fue menor y no alcanzó significación estadística (6,83 versus 5,36, $p=0,191$). En lo que se refiere al número de pruebas médicas (por ejemplo, analíticas o radiografías), no hubo diferencias significativas entre grupos en ninguna de las dos evaluaciones.

Tabla 11. Número de consultas y pruebas registradas en la historia clínica de Atención Primaria

	<i>GAS</i>	<i>GC</i>	<i>Prueba T</i>
CONS 2 AÑ	Media:15,95 Desv.Tip:12,29 Error Tip Med:2,62	Media:9,72 Desv.Tip:8,23 Error Tip Med:1,10	P=0,012
CONS.SEG	Media:6,83 Desv.Tip:4,10 Error Tip Med:0,83	Media:5,36 Desv.Tip:4,73 Error Tip Med:0,63	P=0,191
PRUEB1	Media:2,86 Desv.Tip:1,96 Error Tip Med:0,43	Media:2,36 Desv.Tip:1,82 Error Tip Med:0,24	P=0,297

PRUEB2	Media:1,59	Media:1,25	P=0,354
	Desv.Tip:1,68	Desv.Tip:1,39	
	Error Tip Med:0,36	Error Tip Med:0,18	

CONS 2 AÑ: Número de Consultas en los dos años previos; CONS.SEG: Número de Consultas en el seguimiento de 1 año; PRUEB1: Número de Pruebas en los dos años previos; PRUEB2: Número de pruebas en el periodo de seguimiento de 1 año.

Asimismo, en la entrevista los sujetos de ambos grupos informaron del número de médicos, incluido su médico de atención primaria, a los que habían consultado en el año anterior a la evaluación inicial y durante el periodo de seguimiento. En el GAS la media en esta variable fue más alta en los dos periodos de seguimiento pero la diferencia no fue estadísticamente significativa. También se preguntó acerca de las pruebas realizadas en el año previo a la evaluación inicial. En este caso la media de pruebas informadas por los sujetos en la entrevista fue significativamente mayor en el GAS.

Tabla 12. Número de médicos consultados y pruebas

	GAS	GC	
N°MEDICOS1	N:20	N:56	P=0,091
	Media:2,30	Media:1,95	
	Desv.Tip:1,17	Desv.Tip:0,96	
	Error Tip. Med:0,26	Error Tip. Med:0,13	
N°MEDICOS2	N:17	N:36	P=0,138
	Media:2,06	Media:1,86	
	Desv.Tip:0,90	Desv.Tip:1,27	
	Error Tip. Med:0,22	Error Tip. Med:0,21	
PRUEBAS	N:25	N:60	P=0,047
	Media:1,96	Media:1,35	
	Desv.Tip:1,48	Desv.Tip:1,17	
	Error Tip. Med:0,29	Error Tip. Med:0,15	

N°MEDICOS1: Número de médicos consultados en el año previo a la evaluación inicial; N°MEDICOS2: Número de médicos consultados en el periodo de seguimiento; PRUEBAS: Número de pruebas realizadas en el año previo a la evaluación inicial.

1) *Satisfacción con los servicios médicos*

Ambos grupos no difirieron significativamente en la valoración de la atención

médica recibida en general o en aspectos particulares de esta (evaluación, tratamiento e información médica). Esta evaluación se realizó con una escala Likert de 5 puntos (0-4). Las puntuaciones medias en las distintas medidas indicó una buena valoración de la atención médica.

Tabla 13. satisfacción con los servicios de salud

	<i>GAS</i>	<i>GC</i>	<i>U Mann-Whitney</i>
SAT.GEN. (rango 0-4)	Media:3,16 Desv.Tip:0,63 Error Tip. Med:	Media:3,15 Desv.Tip:0,63 Error Tip. Med:0,13	P=0,977
SAT.EV (rango 0-4)	Media:2,95 Desv.Tip:0,69 Error Tip. Med:0,14	Media:3,08 Desv.Tip:0,93 Error Tip. Med:0,12	P=0,273
SAT.TTO (rango 0-4)	Media:2,87 Desv.Tip:0,89 Error Tip. Med:0,18	Media:2,89 Desv.Tip:0,88 Error Tip. Med:0,11	P=0,884
SAT.INF (rango 0-4)	Media:3,04 Desv.Tip:0,76 Error Tip. Med:0,16	Media:3,12 Desv.Tip:0,77 Error Tip. Med:0,10	P=0,699

SAT.GEN: Satisfacción General con la atención médica; SAT.EV: Satisfacción con la evaluación del estado de salud; SAT.TTO: Satisfacción con los tratamientos médicos; SAT.INF: Satisfacción con la información médica.

m) *Calidad de vida y estado emocional*

La comparación entre los grupos en estos aspectos reveló notables diferencias. En todas las medidas de malestar emocional (HAD.A, HAD.D y STAIR) las puntuaciones indicaron un marcado malestar emocional en los sujetos del primer grupo. Por ejemplo, en el caso de la ansiedad actual (HAD.A) la puntuación media en el GAS se situó dentro del rango de la ansiedad clínica según la indicación de los autores de este instrumento. La valoración de la Calidad de Vida tomada globalmente fue significativamente peor en el GAS. Sin embargo, cuando se compararon medidas parciales, una de ellas no alcanzó significación (escala “ausencia de sobrecarga laboral”).

Tabla 14. calidad de vida y malestar emocional en la evaluación inicial

	<i>GAS</i>	<i>GC</i>	
CAL.VID	Media:111,82	Media:132,01	P=0,000
(rango:35-175)	Desv. Tip:19,32	Desv. Tip:16,75	
	Error Tip.med:4,03	Error Tip.med:2,18	
CCV.AS	Media:33,95	Media:36,66	P=0,45
(rango:9-45)	Desv. Tip:5,72	Desv. Tip:5,29	
	Error Tip. Med:1,19	Error Tip. Med:0,68	
CCV.ASC	Media:19,27	Media:21,54	P=0,069
(rango:6-30)	Desv. Tip:5,08	Desv. Tip:5,14	
	Error Tip. Med:1,08	Error Tip. Med:0,74	
CCV.BPF	Media:19,60	Media:26,91	P=0,000
(rango:7-35)	Desv. Tip:4,35	Desv. Tip:5,19	
	Error Tip. Med:0,90	Error Tip. Med:0,67	
CCV.SG	Media:39,47	Media:45,77	P=0,000
(rango:13-65)	Desv. Tip:9,95	Desv. Tip:6,96	
	Error Tip. Med:2,07	Error Tip. Med:0,90	
HAD.A	Media:11,92	Media:5,93	P=0,000
(rango:0-21)	Desv. Tip:3,46	Desv. Tip:3,38	
	Error Tip. Med:0,69	Error Tip. Med:0,43	
HAD.D	Media:6,80	Media:3,55	P=0,000
(rango:0-21)	Desv. Tip:3,71	Desv. Tip:2,70	
	Error Tip. Med:0,74	Error Tip. Med:0,34	
STAI.R	Media:32,70	Media:19,74	P=0,000
(rango:0-60)	Desv. Tip:8,54	Desv. Tip:9,18	
	Error Tip. Med:1,74	Error Tip. Med:1,19	

CAL.VID: Cuestionario de Calidad de Vida; CCV.AS: Subescala de Apoyo Social del Cuestionario de Calidad de Vida; CCV.ASC: Subescala “Ausencia de Sobrecarga laboral” del CCV; CCV.BPF: Subescala “Bienestar Psicológico-Físico” del CCV; CCV.SG: Subescala “Satisfacción General” del CCV; HAD.A: Escala de Ansiedad del HAD; HAD.D: Escala de Depresión del HAD; STAI.R: Escala Rasgo del STAI.

Al cabo de un año aproximadamente se volvieron a utilizar las mismas medidas que en la evaluación inicial. Los resultados fueron muy similares. En todas las variables se mantenían diferencias estadísticamente significativas salvo en la escala “Ausencia de Sobrecarga laboral” del Cuestionario de Calidad de Vida (CCV).

Tabla 15. Calidad de vida y malestar emocional en el seguimiento

	<i>GAS</i>	<i>GC</i>	
CAL.VID2	Media:109,80	Media:130,33	P=0,000
	Desv. Tip:21,72	Desv. Tip:19,23	
	Error Tip. Med:4,74	Error Tip. Med:2,77	
CCV.AS2	Media:32,14	Media:36,58	P=0,003
	Desv. Tip:5,47	Desv. Tip:5,38	
	Error Tip. Med:1,19	Error Tip. Med:0,77	
CCV.ASC2	Media:18,94	Media:21,39	P=0,135
	Desv. Tip:6,21	Desv. Tip:5,80	
	Error Tip. Med:1,42	Error Tip. Med:0,85	
CCV.BPF	Media:19,76	Media:27,12	P=0,000
	Desv. Tip:6,57	Desv. Tip:4,50	
	Error Tip. Med:1,43	Error Tip. Med:0,65	
CCV.SG2	Media:38,95	Media:45,37	P=0,009
	Desv. Tip:9,28	Desv. Tip:9,05	
	Error Tip. Med:2,02	Error Tip. Med:1,30	
HAD.A2	Media:11,20	Media:5,65	P=0,000
	Desv. Tip:4,14	Desv. Tip:3,11	
	Error Tip. Med:0,92	Error Tip. Med:0,44	
HAD.D2	Media:7,70	Media:3,71	P=0,000
	Desv. Tip:3,61	Desv. Tip:2,99	
	Error Tip. Med:0,80	Error Tip. Med:0,42	
MOL.COR.2	Media:29,23	Media:12,39	P=0,000
	Desv. Tip:12,87	Desv. Tip:8,47	
	Error Tip. Med:2,80	Error Tip. Med:1,22	
STAI.R2	Media:32,42	Media:20	P=0,000
	Desv. Tip:10,86	Desv. Tip:8,56	
	Error Tip. Med:2,37	Error Tip. Med:1,25	

n) *estrés*

La valoración del estrés se realizó a través de dos preguntas. La primera referida a la ocurrencia en el transcurso del último año de algún acontecimiento especialmente perturbador y la segunda a la presencia en la actualidad de circunstancias que afectasen el bienestar. Ambas cuestiones se formularon en los dos períodos.

Un porcentaje mayor de sujetos del GAS respondió afirmativamente a estas preguntas. En todos los casos las diferencias fueron estadísticamente significativas, salvo en la ocurrencia de acontecimientos estresantes a lo largo del período de seguimiento en que la diferencia entre grupos se acercó pero sin alcanzar la significación estadística.

Tabla 16. Acontecimientos estresantes y estrés actual

	<i>GAS</i>	<i>GC</i>	<i>Chi cuadrado</i>
ESTR1	52%	29,31%	P=0,043
ESTR2	45%	22,44%	P=0,059
ESTR.ACT1	72%	26,6%	P=0,000
ESTR.ACT2	55%	23,40%	P=0,014

ESTR1: Ocurrencia de algún acontecimiento estresante en el transcurso del año previo a la evaluación inicial; ESTR2: Ocurrencia de algún acontecimiento estresante en el período de seguimiento; ESTR.ACT1: Presencia de circunstancias vitales negativas en el momento de la evaluación inicial; ESTR.ACT2: Presencia de circunstancias vitales negativas en el momento del seguimiento.

D) COMPARACION DE SUJETOS DEL GC Y GAS CON PUNTUACIONES ALTAS EN SINTOMAS DE ANSIEDAD

Un total de 12 sujetos del GC que completaron la evaluación de seguimiento tenían puntuaciones elevadas en la medida de ansiedad actual (HAD.A) en la evaluación inicial. El punto de corte (8) para considerar alta ansiedad se basó en los baremos de los autores de este instrumento. De los 21 sujetos del GAS que completaron el seguimiento 18 tenían una puntuación de 8 o más en el HAD.A de la evaluación inicial.

Se planteó si habría diferencias entre los grupos en el curso seguido a lo largo del periodo de seguimiento en la medida de ansiedad. Esta comparación puso de manifiesto que las puntuaciones en el HAD.A de los dos momentos de la investigación eran más altas en el GAS que en el GC y un porcentaje muy elevado de sujetos del primer grupo superaron el punto de corte (85%) frente al porcentaje más limitado del segundo (25%). En el GAS la puntuación media en la evaluación inicial fue de 13,11 y en el seguimiento de 11,83 mientras que en el GC fue de 10,91 y 9 respectivamente. Por tanto en los dos grupos se observó una tendencia a la reducción en el grado de ansiedad

informado. Sin embargo, mientras que en el GC esta caída fue significativa ($p=0,039$) en el GAS no ($p=0,279$).

Un número limitado de sujetos que completaron ambas evaluaciones superó el punto de corte en la otra medida de síntomas depresivos (HAD.D). En concreto, 7 del GAS y 6 del GC. Dado el bajo número de sujetos en los grupos no se realizaron análisis de esta variable.

E) COMPARACION DE SUJETOS DEL GAS CON ANSIEDAD POR LA SALUD MANTENIDA O TRANSITORIA

En el seguimiento 10 de los 21 sujetos del GAS que completaron esta segunda evaluación continuaban cumpliendo los criterios para la inclusión inicial en este grupo. Por el contrario, en los restantes 11 sujetos la ansiedad por la salud se había atenuado de modo que ya no cumplían los criterios por los que inicialmente formaron parte del GAS.

Solamente 1 sujeto del GC cumplió los criterios de ansiedad por la salud en el seguimiento. Este sujeto no fue incluido en los análisis.

No hubo diferencias entre ambos grupos en las variables sociodemográficas (sexo, estudios, ocupación y estado civil).

Al grupo de sujetos que continuaban cumpliendo los criterios en el seguimiento se le denominará Grupo de Ansiedad por la Salud Mantenida (GASM) y al grupo de sujetos que no, Grupo de Ansiedad por la Salud Transitoria (GAST). Tal denominación, sin embargo, no debe oscurecer el hecho de que en este grupo los rasgos hipocondríacos continuaban siendo notables.

	<i>GASM</i>	<i>GAST</i>
Mujeres	70%	100%
Estado civil		
I	30%	18,18%
II	10%	9,09%
III	10%	0%

IV	50%	72,72%
Ocupación		
I	30%	27,27%
II	0%	0%
III	0%	9,09%
IV	40%	45,45%
V	10%	9,09%
VI	20%	9,09%
Estudios		
I	50%	54,54%
II	30%	36,36%
III	20%	9,09%

Estado civil: I. Solteros, II. Separados/divorciados, III. Viudos, IV. Casados; Ocupación: I. Amas de casa, II. Jubilados, III. Estudiantes, IV. Contratados, V. Autónomos, VI. Desempleados; Estudios: I. Primarios o graduado escolar, II. Bachillerato o formación profesional, III. Superiores.

a) Comparación del GASM y el GAST en el seguimiento

1. Actitudes hipocondríacas, estado emocional y calidad de vida

Las puntuaciones medias en el seguimiento en las medidas de actitudes hipocondríacas en el GAST eran, como cabría esperar, más bajas que en el GASM. A pesar de continuar siendo elevadas (si se toman como punto de referencia las de los sujetos del GC), en varias de estas medidas, con respecto al GASM, la diferencia fue estadísticamente significativa. En concreto, hubo diferencias significativas en la medida de ansiedad por la salud del EAE y en las medidas más específicas de este cuestionario referidas a “preocupación por la enfermedad”, “preocupación por el dolor” y “preocupación corporal”. Tales diferencias apoyarían la distinción entre ambos grupos basada en el uso de los criterios utilizados en la entrevista.

Por otra parte, las puntuaciones en las medidas de malestar emocional en el seguimiento también fueron más bajas en el GAST que en el GASM. Solamente en el caso de la medida de sintomatología depresiva (HAD.D2) la diferencia entre grupos no alcanzó significación estadística, mientras que en la medida de síntomas de ansiedad (HAD.A2) y de afectividad negativa (STAIR2) sí la alcanzó. En cuanto a la calidad de vida, la valoración de los sujetos del GASM fue en general más negativa siendo la

diferencia estadísticamente significativa en las escalas de “Bienestar Psicológico-Físico” y de “Ausencia de Sobrecarga Laboral”. Cabe señalar que mientras que en el GASM no había diferencias significativas entre medias en las medidas de actitudes hipocondríacas, malestar emocional y calidad de vida de la evaluación inicial y del seguimiento (salvo en el apoyo social percibido que era peor valorado en el seguimiento), en el GAST hubo una caída estadísticamente significativa en las siguientes variables: “ansiedad por la salud” y “preocupación corporal” del EAE y HAD.A.

2. Molestias físicas, limitaciones en el funcionamiento diario y valoración de la salud

En cuanto al malestar somático valorado con el cuestionario de molestias corporales (CMC), no se encontraron diferencias entre grupos, aunque es de destacar que mientras que en el GASM la puntuación media en el seguimiento era mayor que en la evaluación inicial, en el GAST ocurrió lo contrario. A pesar de la ausencia de diferencias con el uso del CMC, en la entrevista los sujetos del GASM informaron de una frecuencia de molestias físicas significativamente mayor que los del GAST ($p=0,007$) y el porcentaje de sujetos que informaron de molestias físicas a diario difirió marcadamente (60% vs 18% respectivamente, $p=0,063$). La experiencia de molestias al menos 1 vez a la semana fue más similar entre grupos (90% vs 72,7%, $p=0,33$).

La limitación en el funcionamiento diario a causa de los síntomas físicos fue mayor en el GASM cuando se midió con la escala “efecto de los síntomas” del EAE. La diferencia no fue, sin embargo, estadísticamente significativa ($p=0,117$). La puntuación en la escala de Nottingham de áreas afectadas a causa de los problemas físicos fue muy similar ($p=0,662$).

No hubo diferencias significativas en la valoración del estado de salud actual ($p=0,809$) ni en el número de consultas ($p=0,898$) y pruebas diagnósticas ($p=0,847$) registradas en la historia clínica en el año posterior a la evaluación inicial.

Tabla 17. Actitudes hipocondríacas, malestar emocional, calidad de vida y molestias físicas en el GASM y en el GAST en el seguimiento

	<i>GASM (N=10)</i>	<i>GAST (N=11)</i>	<i>Prueba T</i>
--	--------------------	--------------------	-----------------

WI2	Media:44,70 Desv. Tip:7,81 Error Tip. Med:2,47	Media:39,45 Desv. Tip:8,91 Error Tip. Med:2,68	P=0,170
ANS.SAL.EAE2	Media:30 Desv. Tip:8,37 Error Tip. Med:2,64	Media:21,27 Desv. Tip:7,44 Error Tip. Med:2,24	P=0,020
EAE.CE2	Media:3,70 Desv. Tip:3,56 Error Tip. Med:1,12	Media:2,72 Desv. Tip:3,13 Error Tip. Med:0,94	P=0,513
EAE.FE2	Media:6,70 Desv. Tip:2,66 Error Tip. Med:0,84	Media:4,09 Desv. Tip:3,36 Error Tip. Med:1,01	P=0,065
EAE.PE2	Media:9,70 Desv. Tip:2,11 Error Tip. Med:0,66	Media:7,45 Desv. Tip:2,33 Error Tip. Med:0,70	P=0,033
EAE.PD2	Media:9,70 Desv. Tip:1,63 Error Tip. Med:0,51	Media:6,90 Desv. Tip:1,97 Error Tip. Med:0,59	P=0,002
EAE.TF2	Media:8,80 Desv. Tip:3,22 Error Tip. Med:1,01	Media:7,18 Desv. Tip:3,97 Error Tip. Med:1,19	P=0,391
EAE.PC2	Media:7,30 Desv. Tip:3,19 Error Tip. Med:1,01	Media:3,90 Desv. Tip:2,25 Error Tip. Med:0,68	P=0,011
HAD.A2	Media:13,50 Desv. Tip:3,24 Error Tip. Med:1,02	Media:8,90 Desv. Tip:3,75 Error Tip. Med:1,18	P=0,009
HAD.D2	Media:8,60 Desv. Tip:3,65 Error Tip. Med:1,15	Media:6,80 Desv. Tip:3,52 Error Tip. Med:1,11	P=0,277
STALR2	Media:38,80 Desv. Tip:9,16 Error Tip. Med:2,89	Media:26,63 Desv. Tip:9,10 Error Tip. Med:2,74	P=0,007
CAL.VID2	Media:102 Desv. Tip:17,97 Error Tip. Med:5,68	Media:116,90 Desv. Tip:23,17 Error Tip. Med:6,98	P=0,119
CCV.AS2	Media:31	Media:33,18	P=0,376

	Desv. Tip:3,74	Desv. Tip:6,70	
	Error Tip. Med:1,18	Error Tip. Med:2,02	
CCV.SG2	Media:37,40	Media:40,36	P=0,479
	Desv. Tip:8,54	Desv. Tip:10,10	
	Error Tip. Med:2,70	Error Tip. Med:3,04	
CCV.BPF2	Media:16,70	Media:22,54	P=0,038
	Desv. Tip:4,80	Desv. Tip:6,90	
	Error Tip. Med:1,52	Error Tip. Med:2,08	
CCV.ASC2	Media:15,77	Media:21,80	P=0,030
	Desv. Tip:5,28	Desv. Tip:5,76	
	Error Tip. Med:1,76	Error Tip. Med:1,82	
CMC2	Media:30,70	Media:27,90	P=0,632
	Desv. Tip:15,07	Desv. Tip:11,07	
	Error Tip. Med:4,76	Error Tip. Med:3,33	

CMC2: Cuestionario de Molestias Corporales en el seguimiento

3. estrés

En la evaluación de seguimiento un número significativamente mayor de sujetos del GASM ($p=0,003$) consideraban que había en la actualidad circunstancias vitales que estaban afectando significativamente su bienestar personal. No hubo diferencias en el porcentaje de sujetos que informaron de ocurrencia de algún acontecimiento estresante en el transcurso del año previo a la evaluación de seguimiento.

4. Enfermedades y muertes entre familiares

En el seguimiento los sujetos de ambos grupos informaron con una frecuencia similar de enfermedades en familiares de primer grado. Tanto para enfermedades graves como no graves.

En el año posterior a la evaluación inicial el número de sujetos que informó de muertes en la familia fue también similar.

Tabla 18. Enfermedades y muertes en la familia. Seguimiento.

	<i>GASM</i>	<i>GAST</i>

EN.FAM.SEG	50%	54,54%	P=0,590
EN.GR.F.SEG	30%	36,36%	P=0,562
MU.FAM.1grado	0%	9,09%	P=0,524
MU.FAM	30%	27,27%	P=0,633

EN.FAM.SEG: Enfermedades entre familiares de primer grado en el seguimiento; EN.GR.F.SEG: Enfermedades graves entre familiares de primer grado en el seguimiento; MU.FAM.1grado: Muertes entre familiares de primer grado en el periodo de seguimiento; MU.FAM: Muertes de familiares en el seguimiento.

5. Valoraciones del médico

No hubo diferencias entre grupos en la valoración del médico de la amenaza de los problemas de salud y de la limitación funcional. Tampoco en las valoraciones de preocupación por la salud y expresión excesiva de molestias físicas, aunque los sujetos del GASM tendían a ser valorados por el médico como más preocupados por su salud que los del GAST ($p=0,143$).

b) Comparación del GASM y del GAST en la evaluación inicial

1. Actitudes hipocondríacas, malestar emocional, calidad de vida y molestias físicas

Cuando se compararon estos grupos en la evaluación inicial, no hubo diferencias significativas en ninguna de las medidas de malestar emocional, calidad de vida y malestar somático. Tampoco hubo diferencias significativas en las medidas de actitudes hipocondríacas salvo en la escala de “preocupaciones por la enfermedad” del EAE ($p=0,033$). En general, sin embargo, las puntuaciones medias tendían a ser más bajas en el GAST y en el caso de alguna la diferencia se acercó a la significación estadística (Ansiedad por la salud del EAE, $p=0,142$).

Tabla 19. Actitudes hipocondríacas, malestar emocional, calidad de vida y molestias físicas en el GASM y en el GAST en la evaluación inicial

	GASM	GAST	Prueba T
WI	Media:46,44 Desv. Tip:4,24 Error Tip. Med:1,41	Media:41,81 Desv. Tip:10,65 Error Tip. Med:3,21	P=0,238
ANS.SAL.EAE	Media:31,10	Media:26,72	P=0,142

	Desv. Tip:6,87	Desv. Tip:6,19	
	Error Tip. Med:2,17	Error Tip. Med:1,86	
EAE.CE	Media:3,90	Media:3,18	P=0,423
	Desv. Tip:1,28	Desv. Tip:2,48	
	Error Tip. Med:0,40	Error Tip. Med:0,74	
EAE.FE	Media:7,10	Media:6	P=0,432
	Desv. Tip:3,17	Desv. Tip:3,09	
	Error Tip. Med:1	Error Tip. Med:0,93	
EAE.PE	Media:9,70	Media:8,27	P=0,033
	Desv. Tip:1,56	Desv. Tip:1,27	
	Error Tip. Med:0,49	Error Tip. Med:0,38	
EAE.PD	Media:8,50	Media:7,27	P=0,167
	Desv. Tip:1,90	Desv. Tip:2	
	Error Tip. Med:0,60	Error Tip. Med:0,60	
EAE.TF	Media:10	Media:8,09	P=0,207
	Desv. Tip:2,35	Desv. Tip:4,03	
	Error Tip. Med:0,74	Error Tip. Med:1,21	
EAE.PC	Media:6,10	Media:5,72	P=0,754
	Desv. Tip:2,76	Desv. Tip:2,61	
	Error Tip. Med:0,87	Error Tip. Med:0,78	
HAD.A	Media:12,40	Media:12,18	P=0,887
	Desv. Tip:2,75	Desv. Tip:3,99	
	Error Tip. Med:0,87	Error Tip. Med:1,20	
HAD.D	Media:7,60	Media:6,72	P=0,620
	Desv. Tip:3,43	Desv. Tip:4,38	
	Error Tip. Med:1,08	Error Tip. Med:1,32	
STALR	Media:35,44	Media:31,81	P=0,333
	Desv. Tip:7,85	Desv. Tip:8,29	
	Error Tip. Med:2,62	Error Tip. Med:2,50	
CAL.VID	Media:109,66	Media:111	P=0,886
	Desv. Tip:21,93	Desv. Tip:17,91	
	Error Tip. Med:7,31	Error Tip. Med:5,66	
CCV.AS	Media:34,44	Media:33,10	P=0,650
	Desv. Tip:5,47	Desv. Tip:6,35	
	Error Tip. Med:1,82	Error Tip. Med:2	
CCV.SG	Media:36,88	Media:38,90	P=0,657
	Desv. Tip:10,84	Desv. Tip:8,51	
	Error Tip. Med:3,61	Error Tip. Med:2,69	
CCV.BPF	Media:18,55	Media:20	P=0,504
	Desv. Tip:5	Desv. Tip:4,21	

CCV.ASC	Error Tip. Med:1,66	Error Tip. Med:1,33	P=0,736
	Media:20,75	Media:19,90	
	Desv.Tip:4,77	Desv.Tip:5,54	
CMC	Error Tip. Med:1,68	Error Tip. Med:1,75	P=0,456
	Media:27,40	Media:31,81	
	Desv.Tip:13,73	Desv.Tip:12,87	
	Error Tip. Med:4,34	Error Tip. Med:3,88	

Un número mayor de sujetos del GASM en la evaluación inicial habían juzgado su ansiedad por la salud como un problema. En concreto, 8 de los 10 del GASM frente a 6 de los 11 del GAST (80% vs 54,54%, $p=0,221$). Los sujetos del GASM, asimismo, tendían a considerar más alto el grado de preocupación por su estado de salud en la evaluación inicial ($p=0,072$). El GASM y el GAST no difirieron en la frecuencia informada de preocupaciones por la salud en la evaluación inicial. Tampoco lo hicieron en el grado de creencia en padecer o en contraer la enfermedad temida durante los episodios de preocupación por la salud, en la repercusión emocional de las preocupaciones durante los episodios ni en las variables conductuales relacionadas con la ansiedad por la salud (comprobaciones corporales, hablar con otros acerca de los síntomas, consultas médicas por las preocupaciones, evitación cognitiva y evitación de estímulos relacionados con la enfermedad).

La antigüedad del inicio de las preocupaciones por la salud fue similar en ambos grupos.

En la evaluación a través de la entrevista de molestias corporales, del mismo modo que en la evaluación a través de autoinforme, no hubo diferencias significativas. El porcentaje de sujetos que informaron tener molestias a diario o al menos una vez a la semana fue muy similar. Así el 90% de los sujetos del GASM y el 81,8% de los del GAST informó de padecer molestias físicas al menos 1 vez a la semana y el 40 % del GASM y el 54,5% del GAST todos los días.

En la revisión de las historias clínicas no se encontraron diferencias en la frecuencia de referencias a problemas de tipo psicológico y tratamientos psicofarmacológicos. En ambos casos la frecuencia fue muy alta. Así, en un 80% del

GASM y en un 81,8% del GAST había referencias a estos problemas y en un 70% y 72,7% respectivamente a tratamientos psicofarmacológicos.

2. Limitaciones a causa de los síntomas físicos

El grado de limitación funcional también fue similar en ambos grupos (Escala de efecto de los síntomas del EAE, $p=0,956$ y escala del cuestionario Nottingham, $p=0,707$) así como la valoración de la salud ($p=1$) y el número de consultas ($p=826$) y pruebas médicas ($p=1$) realizadas en los dos años previos a la evaluación inicial.

3. Satisfacción con la atención médica

La atención médica fue valorada de un modo más desfavorable por los sujetos del GASM, aunque la diferencia solo se acercó a la significación estadística en el caso de la satisfacción con la evaluación médica ($p=0,063$). Por otra parte cuando se comparó al GASM con el resto de los sujetos (es decir, GAST y GC), la diferencia en la media de la satisfacción con la evaluación médica tuvo significación estadística ($p=0,025$).

4. Experiencias relacionadas con la enfermedad en la infancia

No hubo diferencias significativas entre grupos en las experiencias de enfermedad personales en la infancia ni en la frecuencia de enfermedades, muertes y conducta de enfermedad en familiares convivientes en la infancia, aunque un mayor número de sujetos del GASM informaron de hacer consultas médicas frecuentes en la infancia (40% vs 9,09%, $p=0,126$).

Tabla 20. Experiencias relacionadas con la enfermedad en la infancia

	<i>GASM</i>	<i>GAST</i>	
TE.EN.INF	30%	18,18%	P=0,450
CO.INF	40%	9,09%	P=0,126
INT.INF	30%	9,09%	P=0,256
EN.FAM.INF	40%	36,3%	P=0,608
EN.GR.FAM.INF	30%	36,3%	P=0,562
MU.FAM.INF	10%	18%	P=0,538

LIM.FAM.INF	30%	27,27%	P=0,633
CO.FAM.INF	40%	45,4%	P=0,575
PR.FAM.INF	20%	18%	P=0,669
QU.FAM.INF	50%	27,27%	P=0,268

TE.EN.INF: Tendencia a padecer problemas de salud a lo largo de la infancia; CO.INF: Tendencia a hacer consultas médicas con frecuencia en la infancia; INT.INF: Interferencias frecuentes en el funcionamiento diario a causa de problemas de salud durante la infancia; EN.FAM.INF: Enfermedades entre familiares convivientes en la infancia; EN.GR.FAM.INF: Enfermedades graves entre familiares convivientes en la infancia; MU.FAM.INF: Muertes de familiares convivientes en la infancia; LIM.FAM.INF: Limitaciones en el funcionamiento diario entre familiares convivientes en la infancia; CO.FAM.INF: Tendencia a consultar al médico con frecuencia entre familiares convivientes en la infancia; PR.FAM.INF: Expresión de preocupaciones acerca de la salud frecuentes entre familiares convivientes durante la infancia; QU.FAM.INF: Tendencia a quejarse de síntomas físicos entre familiares convivientes en la infancia

5. Enfermedades y muertes en la familia

No hubo diferencias significativas en el número de sujetos que informaron de enfermedades entre familiares de primer grado o muertes en los 5 años previos a la evaluación inicial. Tampoco difirieron en el informe de conductas de enfermedad (preocupaciones, quejas somáticas y consultas médicas frecuentes) entre los familiares de primer grado.

Tabla 21. Enfermedades y muertes en la familia. Evaluación inicial.

	<i>GASM</i>	<i>GAST</i>	
EN.FAM	60%	63,63%	P=0,608
EN.GR.FAM	30%	45,45%	P=0,392
MU.FAM.1grado	0%	9,09%	P=0,524
MU.FAM	40%	54,54%	P=0,410

EN.FAM: Enfermedades entre familiares de primer grado; EN.GR.FAM: Enfermedades graves entre familiares de primer grado; MU.FAM.1grado: Muertes entre familiares de primer grado en los 5 años previos a la evaluación inicial; MU:FAM: Muertes entre familiares en los 5 años previos a la evaluación inicial.

6. Estrés

Finalmente, no hubo diferencias entre los grupos en la información de ocurrencia de acontecimientos estresantes a lo largo del año previo a la evaluación inicial. Tampoco hubo diferencias en la consideración de estar pasando en la actualidad por acontecimientos estresantes o perturbadores del bienestar en la evaluación inicial.

En resumen, los sujetos del GAS cuya preocupación hipocondríaca disminuyó en el seguimiento mostraban en este periodo una atenuación de las puntuaciones en las distintas medidas de auto-informe de las actitudes hipocondríacas. Esta atenuación se acompañó, asimismo, de una caída en las medidas de malestar emocional y de una mejor valoración de la calidad de vida. Sin embargo, las puntuaciones en estas medidas continuaban siendo altas en comparación con las del GC. Además, en algunas de ellas, como es el caso del malestar físico evaluado con la medida de auto-informe, la puntuación fue muy semejante a la de los pacientes que continuaron cumpliendo los criterios de definición de ansiedad por la salud. En otras variables, como la limitación funcional, aunque se observó una tendencia a la mejoría en el grupo de ansiedad por la salud transitoria, la diferencia con respecto al otro grupo no fue estadísticamente significativa.

Por otra parte, aunque en la evaluación inicial el GAST tendía a tener medias más bajas en las medidas de actitudes hipocondríacas, la única escala en la que se encontraron diferencias significativas fue en la de preocupaciones por la enfermedad. También, los sujetos del GAST tendieron a valorar como menor su grado de preocupación por la enfermedad en comparación con los del GASM. Además de la similaridad en las medidas de preocupación hipocondríaca, ambos grupos fueron en general muy similares en las otras variables del estudio. Cabe señalar, no obstante, que los sujetos del GASM tendían a valorar menos positivamente la evaluación médica de sus problemas de salud y juzgaban su grado de preocupación por la salud como mayor que el GAST. Estos sujetos, finalmente tendían a ser valorados por sus médicos como con más preocupación hipocondríaca.

F) ANALISIS DE REGRESION

Se realizaron análisis de regresión logística con el objetivo de determinar la

posibles de variables con capacidad predictora de la pertenencia al GAS y GC por una parte, y por otra, de la pertenencia, en el seguimiento, al GASM y al GAST.

En primer lugar se consideró como variable criterio la pertenencia o no pertenencia al GAS. Las variables predictoras introducidas (por bloques) en el análisis de regresión logística stepwise fueron aquellas que en la comparación entre grupos hubieran sido significativamente diferentes o hubieran estado cerca de serlo:

1. las relacionadas con experiencias personales de enfermedad en la infancia, es decir, tendencia a consultar al médico con frecuencia y a tener limitaciones en la vida diaria a causa de problemas de salud a lo largo de la infancia.
2. La ocurrencia en la actualidad de enfermedades en general y enfermedades graves en particular entre familiares de primer grado.
3. Las relacionadas con la experiencia en familiares convivientes de problemas de salud graves y con la tendencia a consultar con frecuencia entre familiares convivientes a lo largo de la infancia.
4. El malestar emocional actual (HAD.A y HAD.D) y la afectividad negativa general (STAIR).
5. Las limitaciones en el funcionamiento diario a causa de los síntomas físicos (EAE.LIM) y las molestias corporales actuales (CMC).

Del primer bloque de variables (relacionadas con experiencias personales de enfermedad en la infancia) la única que tuvo capacidad predictiva significativa fue la relativa a la interferencias en el funcionamiento diario por problemas de salud ($p=0,029$). El porcentaje de clasificaciones correctas con este bloque de variables fue del 98,28% en el GC y del 20,83% en el GAS. El porcentaje global de clasificaciones correctas fue de 75,61%.

Con la introducción del segundo bloque de variables en el modelo, el porcentaje global de clasificaciones correctas continuó siendo del 75,61%. El porcentaje de clasificaciones correctas en el GAS aumentó a un 25%, mientras que en el GC disminuyó a un 96,55%. Ninguna de las dos variables relacionadas con problemas de salud entre allegados en la actualidad tuvo capacidad predictiva significativa.

El tercer bloque de variables aumentó el número de clasificaciones correctas en el GAS al 45,8%. Las clasificaciones correctas en el GC fue del 94,8%. El porcentaje global fue del 80,49%. De estas variables solo tuvo capacidad predictiva significativa las enfermedades graves entre familiares convivientes durante la infancia.

Las variables relacionadas con síntomas emocionales y afectividad negativa aumentaron las clasificaciones correctas en el GAS al 79,17% mientras que en el GC fue del 93,10%. El porcentaje global fue del 89,02%. De estas variables solamente el HAD.A se acercó a la significación estadística ($p=0,067$).

Finalmente, de las variables del último bloque solo entró en el modelo la relacionada con las limitaciones en el funcionamiento diario a causa de los síntomas físicos (EAE.LIM) quedando fuera la medida de molestias corporales (CMC). La introducción del EAE.LIM no aumentó el número de clasificaciones correctas en ninguno de los dos grupos.

En el modelo final, las únicas variables que tuvieron una capacidad predictiva significativa fueron las limitaciones en el funcionamiento diario a causa de los síntomas (EAE.LIM) ($p=0,015$) y la medida de ansiedad actual (HAD.A) ($p=0,044$). Otras variables como la tendencia a hacer consultas médicas en la infancia y el informar de problemas de salud entre familiares de primer grado en la actualidad estuvieron cerca de la significación estadística ($p=0,085$ y $p=0,128$, respectivamente).

Tabla 22. Regresión logística. GAS y GC

	<i>Beta</i>	<i>Error típico</i>	<i>Wald</i>	<i>P</i>
CON.INF	-2,07	1,20	2,95	0,085
ENF..FAM	-2,09	1,37	2,30	0,128
HAD.A	0,46	0,22	4,05	0,044
EAE.LIM	0,42	0,17	5,80	0,015

CON.INF: Tendencia a consultar con frecuencia en la infancia; ENF.FAM: Enfermedades entre familiares de primer grado en la actualidad; HAD.A: Síntomas de ansiedad en la actualidad; EAE.LIM: Limitaciones a causa de los síntomas en la actualidad.

En un segundo análisis de regresión logística se trató de identificar variables predictoras de la continuidad o no en el seguimiento de las características que en la línea base justificaron la inclusión en el GAS. Se introdujeron como predictoras tres variables medidas en la línea base: el grado de preocupación auto-informado por la salud, la satisfacción con la evaluación médica y la medida de preocupación por la enfermedad del EAE. En el modelo de regresión solo entraron las dos primeras. La satisfacción con la evaluación permitió una clasificación correcta global del 75% de los sujetos. El 100% de los del grupo de ansiedad por la salud transitoria y el 50% de los del grupo de ansiedad por la salud mantenida o persistente. Con la introducción de la variable “grado de preocupación por la salud” el porcentaje de clasificaciones correctas se incrementó hasta el 95%. 100% del primer grupo y 90% del segundo respectivamente.

Tabla 23. Regresión logística. GASM y GAST

	<i>Beta</i>	<i>Error típico</i>	<i>Wald</i>	<i>P</i>
SAT.EVAL	-2,98	1,42	3,99	0,045
°PREOC	2,30	1,23	3,51	0,060

GASM: Grupo de Ansiedad por la Salud Mantenido; GAST: Grupo de Ansiedad por la Salud Transitoria; SAT.EVAL: grado de satisfacción con la evaluación médica; °PREOC: grado de preocupación por la salud.

Se realizaron, asimismo, análisis de regresión lineal con el objetivo de identificar variables predictoras de la ansiedad por la salud, el malestar emocional y los síntomas corporales.

En los dos primeros la variable dependiente fue la ansiedad por la salud de la evaluación inicial y del seguimiento respectivamente. La medida utilizada fue la escala de ansiedad por la salud del EAE. Se escogió esta medida en vez de la otra medida global de actitudes hipocondríacas (WI), porque la última contiene algunos items relativos a síntomas somáticos de modo que tiene varianza compartida con la escala de síntomas corporales (CMC)

En el primer análisis se introdujeron como variables predictoras de la ansiedad por la salud de la evaluación inicial, el HAD.A, HAD.D, STAIR, CMC, edad y la valoración del médico de la amenaza para la vida de los problemas de salud del sujeto.

Solamente dos variables entraron en el modelo de predicción. Por una parte, la medida de ansiedad (HAD.A) y por otra, la de molestias corporales (CMC). La primera explicó un 54% de la varianza. Con la introducción de la segunda, la varianza explicada se incrementó hasta un 56%.

En un segundo se introdujeron como variables predictoras el HAD.A, HAD.D, STAIR y CMC de la evaluación inicial. En este caso la variable criterio fue la medida de ansiedad por la salud del seguimiento. La única variable que entró en el modelo fue el HAD.A que explicó el 34% de la varianza.

En los siguientes análisis de regresión lineal se tomaron como variables dependientes las relacionadas con el malestar emocional.

En el primero de ellos la variable dependiente fue el HAD.A y las variables independientes, la ansiedad por la salud, el CMC, HAD.D, STAIR, edad y valoración del médico de la amenaza para la vida. En el modelo entraron tres variables: el STAIR, la ansiedad por la salud y el HAD.D. La primera explicó un 63% de la varianza que se incrementó hasta un 71% con la introducción de la segunda y hasta un 77% con la tercera.

Cuando la variable a predecir fue el HAD.A del seguimiento, las variables con capacidad predictiva significativa fueron el HAD.A y la medida de ansiedad por la salud de la evaluación inicial. Ambas variables explicaron conjuntamente el 54% de la varianza. En el modelo de predicción no entraron el HAD.D ni la medida de afectividad negativa (STAIR).

Las variables predictoras de los síntomas depresivos en el seguimiento (HAD.D2) fueron la medida de síntomas depresivos y la medida de ansiedad por la salud de la evaluación inicial que explicaron el 29% de la varianza. No entraron en el modelo ni el HAD.A ni el STAIR.

Finalmente, la puntuación en la medida de afectividad negativa del seguimiento (STAIR2) fue predicha por la de la evaluación inicial y por la de ansiedad por la salud.

Ambas explicaron un 66% de la varianza. No entraron en el modelo las medidas de síntomas de ansiedad y depresivos.

En los últimos análisis la variable dependiente fue el malestar somático en la evaluación inicial y en el seguimiento.

En el primero se consideraron la edad, la valoración del médico de la amenaza para la vida de los problemas de salud, las medidas de malestar emocional (HAD.A, HAD.D y STAIR) y la ansiedad por la salud como variables predictoras de la medida de malestar somático de la evaluación inicial (CMC), las únicas variables que entraron en el modelo fueron el HAD.A y la ansiedad por la salud. La primera explicó un 39% de la varianza. Con la introducción de la segunda la varianza explicada aumentó hasta un 42%. Cuando se substituyó la medida de ansiedad por la salud del EAE por la variable dicotómica pertenencia o no pertenencia al GAS la única variable predictora fue el HAD.A (39% de la varianza).

En el segundo se introdujeron posibles variables predictoras de la evaluación inicial de la medida de molestias corporales en el seguimiento al cabo de 1 año (CMC2). Las variables introducidas como predictoras fueron: molestias corporales (CMC), ansiedad por la salud, edad, amenaza para la vida del estado de salud según la valoración del médico y las medidas de síntomas actuales de ansiedad y depresivos (HAD.A y HAD.D) y de afectividad negativa (STAIR). La primera variable en entrar en el modelo fue la medida de ansiedad por la salud que explicó un 38% de la varianza y en segundo lugar la medida de molestias corporales de la evaluación inicial que incrementó la varianza explicada a un 47%. Como en el caso anterior, también se substituyó la medida de ansiedad por la salud del EAE por la pertenencia o no al GAS. Al contrario que entonces, sin embargo, esta variable entró en primer lugar en el modelo de predicción explicando el 44% de la varianza de la medida de molestias corporales del seguimiento. También entró en el modelo la medida de molestias corporales de la evaluación inicial que incrementó la varianza explicada al 52%.

8) Discusión

A. EVALUACION INICIAL

En primer lugar hay que destacar el porcentaje elevado de sujetos que alcanzaron el punto de corte en la medida de actitudes hipocondríacas utilizada como instrumento de screening (WI). El 23,36% contrasta con el encontrado en otras investigaciones. Por ejemplo, Noyes, Kathol, Fisher, Phillips, Suelzer & Woodman (1994) informa de un 13,8% y Kirmayer & Robbins (1996) de un 7,7%. Hay que señalar, no obstante, que en el estudio de Noyes et al (1994) se utilizó un índice compuesto por el WI y una escala de somatización y en el de Kirmayer & Robbins (1996) la medida utilizada no fue el WI sino el cuestionario de preocupaciones por la enfermedad. No obstante, en al menos un estudio en el que se empleó como punto de corte 40 en el WI (Gerdes, Noyes, Kathol, Phillips, Fisher, Morcuende & Yagla, 1996) el porcentaje fue del 14% (n=210). La media en el WI de la muestra total, por otra parte, en el estudio de Gerdes et al (1996) fue de 27,8 frente a 32,6 en el presente estudio. Es posible, por tanto, que se haya producido un sesgo en el proceso de selección que inflara el porcentaje observado de preocupación hipocondríaca. Así, aunque se planteó, para garantizar el azar, que el WI fuera administrado a aquellos sujetos cuya consulta coincidiera con horas prefijadas, esta norma no pudo seguirse de un modo sistemático. Cabe considerar, sin embargo, que en al menos otros dos estudios se encontraron porcentajes más cercanos. En el primero (Hollifield, Paine, Tuttle & Kellner, 1999), el 20,5% de la muestra de pacientes de Atención Primaria tuvieron respuestas característicamente hipocondríacas en la Escala de Actitudes ante la Enfermedad (EAE) de Kellner (puntuaciones de 3 o 4 en cualquiera de los 6 ítems de las escalas “Fobia a la enfermedad” y “Creencias de enfermedad”). En el segundo (Mabe, Jobson, Jones & Jarvis, 1988), el 36% de la muestra de pacientes ingresados en un hospital por problemas de salud diversos obtuvieron puntuaciones en el WI en el rango de la significación clínica.

Por otra parte, un número alto de los sujetos que habían completado el WI a los que se les propuso la participación en el estudio, rechazaron por distintos motivos o no acudieron a la cita programada. En concreto, la participación global fue de 43,03%. Esta

tasa, aunque no muy diferente a la de otros estudios con un diseño similar (Por ejemplo, Noyes et al, 1994; Kirmayer & Robbins, 1996; Barsky, Wyshak & Klerman, 1990), se puede considerar baja. No es posible responder si los sujetos que participaron son completamente equiparables en las variables de interés a los que no lo hicieron. Como señalan Kirmayer & Robbins (1996) no se puede excluir un sesgo en el muestreo que favoreciera a aquellos más dispuestos a divulgar y discutir sobre su experiencia de enfermedad.

El punto de corte de 40 en el WI tuvo una buena capacidad predictiva del cumplimiento de los criterios para la clasificación en el GAS utilizados en el estudio. La especificidad fue del 70,37% y la sensibilidad del 93,18%. Este resultado es semejante al obtenido por Barsky (1990, cit. Noyes et al, 1994) utilizando una medida compuesta del WI y un inventario de síntomas somáticos para la predicción del cumplimiento de los criterios diagnósticos del DSM-III-R de hipocondría. Así, Barsky (1990) informa de una especificidad del 67% y una sensibilidad del 90%.

Como se ha señalado, la formación del grupo de pacientes de Atención Primaria con alta ansiedad por la salud se realizó en base a una definición amplia de la misma de modo que posiblemente en no todos se podría justificar el diagnóstico de trastorno hipocondríaco tal y como es definido en la clasificación psicopatológica (DSM-IV y CIE-10). La decisión de adoptar esta definición se basó en la constatación de la escasa diferencia entre los pacientes que reciben un diagnóstico de hipocondría y aquellos con actitudes hipocondríacas sustanciales pero sin cumplir todos los criterios clínicos para justificar el diagnóstico (Barsky, Cleary, Wyshak, Spitzer, Williams & Klerman, 1992).

Aquellos sujetos que informaban preocuparse o temer una enfermedad grave con frecuencia, que durante los episodios de preocupación mantenían una creencia al menos moderadamente alta de padecer en la actualidad o de riesgo de contraer en el futuro una o más enfermedades graves, que asociaban a tales preocupaciones una repercusión emocional negativa y que reconocían que el temor o la idea de padecer la enfermedad temida había influido en la búsqueda de atención médica, fueron clasificados en el Grupo de Ansiedad por la Salud (GAS). No se consideró en la entrevista el criterio diagnóstico del DSM-IV de falta de respuesta al reaseguramiento médico de ausencia de enfermedad grave, aunque el hecho de que los sujetos admitieran que la preocupación

por la salud había influido en la búsqueda de atención médica es sugerente de sus dificultades para alejar sus preocupaciones pese a los contactos médicos repetidos sin hallarse ninguna patología mayor. Tampoco se exigió una duración de al menos 6 meses desde el inicio del problema, pero hay que señalar que solamente 3 sujetos situaron el inicio de la ansiedad por la salud en algún momento a lo largo de los últimos 6 meses.

Gureje, Ustun & Simon (1997), basándose en los criterios diagnósticos para trastorno hipocondríaco de la CIE-10, aportan pruebas de la relevancia clínica (por su asociación con malestar emocional notable, limitaciones en el funcionamiento psicosocial y uso de servicios médicos) de la identificación de sujetos con un síndrome sub-definicional de hipocondría y concluyen que es más lo que acerca que lo que separa a este síndrome hipocondríaco sub-umbral de la hipocondría clínica. Además de Gureje et al (1997) otros también han enfatizado el interés clínico de considerar formas menos severas de hipocondría (por ejemplo, Robbins & Kirmayer, 1996; Salkovskis & Warwick, 1986 o Fava, Freyberger, Bech, Chritodoulou, Sensky, Theorell & Wise, 1995) y señalado que la atención a estas formas atenuadas de preocupación somática puede ser también importante en la medida que se asocian a afectación emocional, en la calidad de vida o en el funcionamiento diario. En este último sentido, Piccinelli, Rucci, Ustun & Simon (1999) identificaron un grupo de pacientes de atención primaria con sintomatología somática inexplicada, preocupaciones acerca de su significado y síntomas de ansiedad que no cumplían criterios diagnósticos para ningún trastorno psicopatológico. Sin embargo, los pacientes con este perfil, a diferencia de los otros grupos de pacientes con síndromes “sub-umbral” identificados por los autores, era el único que predecía claramente un riesgo incrementado de interferencias en las actividades de la vida diaria.

Los criterios empleados por Gureje, Ustun & Simon (1997) para el síndrome sub-umbral de hipocondría fueron los siguientes: 1) creencia persistente de al menos 6 meses de duración de padecer alguna enfermedad grave, 2) Malestar emocional o interferencia en el funcionamiento psicosocial asociados y 3) Búsqueda de atención médica en relación con la preocupación.

Así pues, la definición de ansiedad por la salud se correspondió con matizaciones a la de hipocondría sub-umbral de Gureje, Ustun & Simon (1997). En

concreto, a diferencia de esta última definición, el primer criterio fue más laxo de modo que no se excluyeron a los pacientes que aunque no tenían una creencia persistente en padecer la enfermedad sí expresaban un temor marcado a contraerla. Así pues, este criterio menos restrictivo sería análogo al criterio A de hipocondría del DSM-IV (“Preocupación por el miedo a tener, o la idea de que uno tiene, una enfermedad grave que se basa en la interpretación errónea que hace la persona de los síntomas corporales”). Los otros dos criterios fueron similares a los empleados en esta investigación.

A pesar de que la definición de ansiedad por la salud no se corresponde exactamente a la de la clasificación psiquiátrica para el diagnóstico de trastorno hipocondríaco es de destacar que la puntuación media del GAS en la medida de hipocondría WI fue muy similar a la de los pacientes con diagnóstico de trastorno hipocondríaco (DSM-III-R) del estudio de Noyes, Kathol, Fisher, Phillips, Suelzer & Woodman (1994). En concreto, en este último la puntuación fue de 45,8 (desviación típica: 6,5) y en el presente de 44,22 (WI administrado en proceso de selección) y 44,37 (WI de la evaluación inicial) y también a las del estudio de Barsky, Fama, Bailey & Ahern (1998). En el último caso se dividió la puntuación total por el número de items de WI. Barsky y colaboradores informan de una puntuación media de 3,32 en su grupo de pacientes hipocondríacos (DSM-III-R), puntuación muy cercana a la obtenida por los sujetos del GAS tanto en el WI utilizado en el proceso de selección como en el de la evaluación inicial (3,24 y 3,15 respectivamente). En la escala de “fobia a la enfermedad” del EAE la media en el GAS fue de 6,3, puntuación muy semejante a la obtenida por los sujetos hipocondríacos del estudio de Kellner, Winslow & Abbot (1987) (6,2). Sin embargo, en un estudio en España (Martínez, Belloch, & Botella, 1997) en el que se empleó el EAE, los 17 sujetos hipocondríacos (DSM-III-R), reclutados en unidades de salud mental, obtuvieron puntuaciones algo más altas que los sujetos del GAS del presente estudio. Por ejemplo, en el estudio de Martínez et al (1996) la puntuación en la escala de fobia a la enfermedad fue de 8,29 frente a 6,48 en el GAS o en la escala de creencias de enfermedad de 7,52 frente a 3,52. En otras escalas las puntuaciones fueron más cercanas (por ejemplo, Tanatofobia: 9,76 vs 9,12). Por otra parte, las puntuaciones en las escalas de este instrumento de los sujetos no hipocondríacos del estudio de Martínez et al (1996) fueron muy semejantes a las de los sujetos del GC de este estudio.

La formación de los grupos en base a los criterios mencionados se acompañó de diferencias notables en las medidas de auto-informe de hipocondría y en la valoración del médico de la tendencia a preocuparse excesivamente y a experimentar molestias somáticas sin base médica discernible. Con respecto a la valoración del médico es de destacar que en otros estudios (por ejemplo, Gerdes, Noyes, Kathol et al, 1996; Mabe, Hobson, Jones & Jarvis, 1988) también se encuentra que las puntuaciones altas en una medida de hipocondría se asocian a un reconocimiento por parte del médico de preocupaciones irracionales y expresión sintomática excesiva.

Así pues, no hubo discrepancias entre las distintas fuentes de información de la preocupación somática (entrevista, cuestionarios y apreciaciones del médico) lo que se considera un apoyo a las agrupaciones realizadas (GAS vs GC). También apoya esta categorización las diferencias entre grupos en dos variables estrechamente relacionadas con la preocupación hipocondríaca. Por una parte, la valoración subjetiva del estado de salud fue significativamente más negativa en el GAS y por otra, al menos en los dos años previos a la evaluación inicial los sujetos de este grupo habían consultado en el centro de salud con una frecuencia significativamente mayor que los del GC. Tales diferencias no se acompañaron por una peor valoración médica del estado de salud en los sujetos del GAS.

De un modo parecido al resultado del estudio de Gureje, Ustun & Simon (1997) en el que un 82,1% de los sujetos con trastorno hipocondríaco (criterios diagnósticos de la CIE-10) valoraban su salud como “regular” o “mala” en contraste con el 39,7% del grupo de comparación, en el estudio presente un 88% de los los sujetos del GAS la valoraban de este modo frente a un 38,3% de los del GC.

Por otra parte, Barsky, Wyshak & Klerman (1990) informa que el número de consultas médicas externas durante el mismo periodo (2 años) en su muestra de pacientes hipocondríacos (criterios diagnósticos del DSM-III-R) era significativamente mayor que en el caso de la muestra de control compuesta por sujetos no hipocondríacos. De un modo parecido al resultado de Barsky y colaboradores que informan de una media de consultas en su grupo control de 7,34 (desv. Tip: 5,68), en la presente investigación la media de consultas en el GC fue de 9,72 (desv. Tip: 8,23). Sin embargo

los sujetos del GAS de este estudio consultaron con una frecuencia más elevada (media: 15,95, desv. Tip: 12,29) que los hipocondríacos del estudio de Barsky (media:10,48, desv. Tip: 7,30). En la otra medida de uso de servicios (realización de pruebas médicas) aunque no hubo diferencias significativas en el número de pruebas registradas en la historia clínica en los dos años previos, en la entrevista los sujetos del GAS informaron de un número significativamente mayor que los del GC.

El método usado en la entrevista para caracterizar la ansiedad por la salud fue muy similar al empleado en otras investigaciones sobre problemas de ansiedad en general. Por ejemplo, Hibbert (1984) exploró los contenidos ideativos y el grado de credibilidad de los pensamientos relativos al peligro/amenaza durante los episodios de ansiedad, la presencia de acontecimientos que, al menos subjetivamente, hubieran actuado como desencadenantes de la ansiedad o las fuentes de alivio de la misma. También Kellner (1983), de un modo más específico, en un estudio sobre el resultado del tratamiento psicoterapéutico de la hipocondría utilizó escalas de la frecuencia con que surgían las sospechas de enfermedad y el “distrés” ocasionado por estos pensamientos. Warwick (1995), por su parte, hace recomendaciones respecto a la información a recoger y el modo de recogerla en la evaluación psicológica de pacientes con alta ansiedad por la salud. Las indicaciones de esta autora fueron seguidas en lo sustancial. El planteamiento en la recogida de la información que se viene comentando se basa en la asunción de que la preocupación somática es una variable dimensional más que categórica en la que están presentes distintos elementos que varían a lo largo de un continuo. Especialmente relevantes para la caracterización de la preocupación hipocondríaca son: la frecuencia en que surgen los temores, el grado de credibilidad o plausibilidad subjetiva de los pensamientos de enfermedad, las repercusiones emocionales de la ideación y las conductas relacionadas con el temor.

La información aportada por los sujetos del GAS que sirvió para caracterizar al grupo refleja la carga de malestar asociada a la preocupación por la salud. En primer lugar, 20 sujetos reconocían preocuparse “Bastante” o “Mucho” por su estado de salud y hasta 17 calificaban tales preocupaciones, por su repercusión emocional, frecuencia y/o duración, como un problema. En segundo lugar, la frecuencia de las preocupaciones cabría considerarla como elevada. Así, los 25 sujetos reconocían tener episodios de preocupación al menos 1 vez a la semana y solamente 5 indicaron que los episodios

tenían una duración breve (minutos), el resto indicaban que habitualmente se prolongaba durante tiempos más o menos largos (1 hora o más) o describían pensamientos recurrentes a lo largo del día relacionados con este tema. En tercer lugar, el grado de creencia en padecer la enfermedad temida durante los episodios fue calificado como “moderado”, “bastante” o “mucho” por 18 sujetos y por 19 en el caso del riesgo subjetivo de contraerla. En cuarto lugar, la intensidad de la ansiedad en relación con los episodios de preocupación fue calificado como “bastante” o “mucho” por 15 sujetos y por 17 en el caso del ánimo deprimido. Por último, solo cuatro pacientes reconocían una disminución a lo largo del tiempo en el grado de ansiedad por la salud, por el contrario 13 indicaban ausencia de cambios y 8 una tendencia hacia el aumento.

Los contenidos cognitivos de las preocupaciones se centraban en el caso de 8 sujetos sobre el sufrimiento/dolor asociado a la enfermedad. El pensar acerca de las consecuencias negativas para la familia que tendría el enfermar fue mencionado por otros 8. Algo menos frecuentemente se informó de pensamientos relativos a la muerte (4 sujetos), el deterioro o la incapacidad (4 sujetos), recuerdos de la enfermedad y/o muerte de allegados (4 sujetos) y la situación de enfermedad sin más especificación (4 sujetos). Estos temas son muy similares a los que ya señalara Ryle (1948) en su trabajo clásico sobre la “nosofobia”. En concreto, este autor mencionó como temores habituales entre sus pacientes con fobia a la enfermedad los siguientes: la idea del sufrimiento e incapacidad, la muerte y las consecuencias de la enfermedad personal para otros. Cabe recordar aquí la formulación cognitiva de la ansiedad en la que se consideran centrales, además de la probabilidad subjetiva del acontecimiento anticipado temido (en este caso la enfermedad), las implicaciones en la vida que se anticipa que tendría si se concretara. En este sentido, fueron mencionadas diversas implicaciones que sin duda tienen un carácter perturbador. De interés resulta la elevada frecuencia con que se informó del temor a no poder, a causa de la enfermedad, ocuparse de la atención de la familia y las consecuencias negativas que de ello se derivarían. Este hecho no parece casual si se considera la vinculación repetidamente señalada entre actitudes hipocondríacas y rasgos obsesivos de personalidad (Por ejemplo, Pilowski, 1970; Kenyon, 1964; Starcevic, 1990). Una actitud de elevada responsabilidad es característica de la personalidad obsesiva. La amenaza al cumplimiento de las responsabilidades en este caso puede ser especialmente amenazante. Por tanto, aunque únicamente se afirme de una manera

especulativa, la experiencia de ansiedad ante la idea de la enfermedad podría ser potenciada por una actitud de responsabilidad personal elevada.

Solamente 2 sujetos no reconocieron ninguna circunstancia asociada al inicio de las preocupaciones, la mayoría identificó la enfermedad y/o muerte de algún allegado como un acontecimiento importante, directamente relacionado con el temor. Alrededor de la mitad de los sujetos del GAS (12) informaron de este tipo de acontecimiento en el inicio de las preocupaciones. Ello es coincidente con otras investigaciones a las que se aludió en la parte teórica de este trabajo. Por ejemplo, Ryle (1948) encontró que 12 de 31 sujetos con fobia al cáncer habían perdido a un familiar cercano o allegado de cáncer o habían tenido un conocimiento muy cercano de uno o más casos de muerte a causa de esta enfermedad. Noyes, Wessner & Fisher (1992) que 4 de 14 sujetos con fobia a la enfermedad señalaban la enfermedad grave de un familiar como acontecimiento desencadenante del trastorno y Bianchi (1971) que 8 de 14 sujetos con cancerofobia habían tenido la experiencia de perder a algún allegado a causa del cáncer en contraste con 1 sujeto del grupo control compuesto por otros 14 sujetos sin esta fobia. En el presente estudio, además de la enfermedad y/o muerte de allegados, también se mencionó con frecuencia (11 sujetos) la experiencia de molestias físicas diversas como factor influyente en el inicio de las preocupaciones. En el DSM-IV se enfatiza la interpretación errónea de los síntomas corporales como el aspecto central del síndrome hipocondríaco. Además de su papel en el desencadenamiento de la ansiedad por la salud, la gran mayoría de los sujetos (22) aludían a la experiencia de síntomas somáticos en el inicio de los episodios de preocupación. También Bianchi (1971) informa de una alta frecuencia de los síntomas físicos como evocadores del temor. En concreto, 60% de los fóbicos a la enfermedad de su muestra indicaban que las preocupaciones surgían en relación con síntomas de dolor, 17% en relación con cambios físicos y otro 17% con otras sensaciones somáticas. En la investigación presente, también se preguntó acerca de otros estímulos que pudieran ser antecedentes de los episodios de preocupación. Hasta 20 sujetos indicaron que las preocupaciones también surgían en relación con estímulos externos relativos a la enfermedad tales como noticias médicas o conversaciones sobre la salud. En 4 casos se vinculó el inicio de los episodios a un estado de ánimo negativo, a la soledad (6) o a la inactividad (1). Es posible que los estímulos externos relacionados con la enfermedad induzcan una focalización corporal que hace más salientes sensaciones físicas que de otro modo no serían advertidas. Este

hecho se refleja en los informes frecuentes de experimentar síntomas de los que se oye hablar. De un modo parecido, el ánimo negativo puede venir acompañado de una tendencia a la introspección. La atención focalizada en la experiencia interna, como en el caso anterior, favorecería su “amplificación”. Las otras condiciones mencionadas (soledad e inactividad) implican una reducción de la estimulación externa. Ello, como ha señalado Pennebaker (1982), tiene como consecuencia que la estimulación interna sea más notoria. De la misma manera que en ambientes aburridos es más fácil notar sensaciones o cambios físicos, situaciones que comparten esta característica de reducción de la estimulación externa (competidora de la interna) podrían “amplificar” la experiencia somática y favorecer la ocurrencia de pensamientos alarmantes acerca de su significado.

La preocupación hipocondríaca y malestar emocional asociado tiene una traducción conductual. Es decir, ante esta experiencia el sujeto tiende a implicarse en conductas dirigidas al alivio de la ansiedad. Se preguntó directamente acerca de conductas que se dan en mayor o menor medida entre aquellos que se preocupan marcadamente por su salud (Salkovskis & Warwick, 1990; Lucock & Morley, 1996). En concreto, acerca de la implicación “frecuente” en las siguientes conductas: consultar al médico, hablar con familiares o amigos acerca molestias o síntomas, comprobar el estado de salud (se ofrecieron ejemplos como, mirarse en el espejo o palparse alguna zona corporal), intentar alejar los pensamientos o distraerse y evitar la exposición a estímulos relacionados con la enfermedad. Estas conductas, junto con otros cambios, podrían estar implicadas en la continuidad de la ansiedad por la salud. Es decir, podrían entenderse tanto como una consecuencia del grado de preocupación como un elemento obstaculizador de la disminución a la larga de los temores. Se ha planteado (Salkovskis), en este sentido, que algunas de tales conductas de búsqueda de seguridad excesivas favorecen la continuidad de un alto grado de ansiedad por la salud. Son varios los modos en que este resultado desfavorable se puede producir, por ejemplo, porque mantienen a la persona centrada en los síntomas y en los riesgos para la salud o porque en sí mismas pueden producir síntomas que son interpretados alarmantemente. Por tanto, es relevante preguntarse si las manifestaciones conductuales que se investigaron se asocian de modo diferencial al curso seguido (mantenimiento o atenuación de la ansiedad) en sujetos que en la línea base manifiestan un grado de preocupación hipocondríaca equiparable. Así, al margen del interés que tiene la información para la

caracterización de estos problemas, resulta de notable interés determinar la capacidad predictora de las variables conductuales en el mantenimiento de la ansiedad por la salud.

Un número elevado de los sujetos del GAS informaron de implicación frecuente en estas conductas. Los intentos activos de distracción o evitación cognitiva, que eran informados por 19 sujetos, fue el modo de afrontamiento más utilizado. Por el contrario, solamente 4 sujetos afirmaron intentar evitar estímulos externos relacionados con la enfermedad (por ejemplo, hospitales). En cuanto a las otras conductas asociadas a la preocupación, la frecuencia cabe considerarla elevada. En el caso de la comprobación del estado físico, 16 fueron los sujetos que lo informaron, 14 indicaron que consultaban al médico frecuentemente en relación con el temor y 13 informaron que hablaban a menudo con allegados acerca de síntomas que les preocupaban. Así pues, como cabía esperar, la información aportada por los sujetos del GAS refleja que ante la experiencia de ansiedad notable es habitual que se den conductas de este tipo. La naturaleza de los estímulos implicados en la evocación de la ansiedad pueden impedir el uso de una estrategia de evitación pasiva como en otros problemas de ansiedad fóbica. La imposibilidad de escape de los estímulos internos evocadores (por ejemplo, síntomas somáticos a los que se les asigna un significado amenazante) haría necesarias otras estrategias que tienen por finalidad la obtención de seguridad. Es la frecuencia elevada de estas conductas lo que obstaculiza la reducción de las preocupaciones a la larga. El que la preocupación somática continuara siendo elevada en sujetos que situaban el inicio de la ansiedad hacía meses o años sugiere la ineficacia de los intentos frecuentes de reducción de la ansiedad a través de estas conductas, aunque su efecto inmediato sea una atenuación de la ansiedad. En este sentido, hay un paralelismo claro con los rituales de conducta utilizados por el paciente con trastorno obsesivo-compulsivo.

La hipocondría y de modo más general las actitudes hipocondríacas están estrechamente relacionadas con las molestias corporales. Aunque no puede equipararse malestar somático y ansiedad por la salud en la medida que puede haber síntomas físicos sin preocupación significativa por los mismos, la situación inversa parece más difícil de darse. Un número amplio de estudios ponen claramente de manifiesto que las medidas de actitudes hipocondríacas y la hipocondría clínica se asocian a malestar corporal de tipo funcional, es decir no relacionado con una enfermedad médica

objetivable. Algunos ejemplos son el estudio de Palsson (1988) en el que se informa que hasta dos tercios de pacientes de Atención Primaria con síntomas físicos funcionales obtenían puntuaciones elevadas en el Índice Whiteley de actitudes hipocondríacas. También utilizando el Índice Whiteley, Oxman & Barret (1985) encontraron que 8 de 13 pacientes con trastorno por somatización tenían puntuaciones altas en el mismo y consistentemente varios de estos sujetos consideraban que sus síntomas eran producidos por una enfermedad grave y Faravelli, Salvatori, Galass, Arazzi, Drei & Cabras (1997) informa de una media de 6,1 síntomas medicamente inexplicados entre pacientes hipocondríacos.

De un modo parecido a estos y otros estudios que investigaron la experiencia somática en sujetos con ansiedad por la salud, los resultados en esta investigación indicaron que los sujetos del GAS informaban de un alto grado de malestar somático. En concreto, en el Cuestionario de Molestias Corporales (CMC), la puntuación media en la evaluación inicial de 28,12 en el GAS contrasta con la de 17,9 en el GC. La carga de malestar somático informado en este cuestionario por los sujetos del GAS es muy cercana a la que informan pacientes con trastorno por somatización. Así, Oxman & Barret (1985) encuentran puntuaciones muy similares en una muestra de 13 pacientes de Atención Primaria con trastorno por somatización. La escala de somatización utilizada por Oxman y Barret fue la misma que en esta investigación salvo que mientras que en el estudio de estos autores estuvo compuesta por 12 ítems, en el estudio presente se incluyeron 4 síntomas más. La división de la puntuación global por el número de ítems en el grupo de somatizadores del estudio de Oxman y Barret fue de 1,99 y en el presente de 1,75.

Por otra parte, la valoración de la experiencia somática a través de la entrevista también indicó diferencias entre grupos: los sujetos del GAS informaban padecer molestias físicas diversas con una frecuencia mayor que los del GC, no obstante la intensidad subjetiva fue muy similar. Se podría plantear que la mayor carga de malestar somático informado en el GAS refleje la presencia de una mayor morbilidad médica. Parece, sin embargo, que tal posibilidad es poco probable ya que, al igual que en otros estudios (Barsky, Wyshak, Latham & Klerman, 1991), no hubo diferencias entre grupos en el estado de salud objetivo según la valoración realizada por el médico. Tanto la ansiedad por la salud puede influir sobre la experiencia de síntomas como ha sido

señalado repetidamente en la literatura acerca del tema, como a la inversa, es decir, la experiencia de síntomas físicos dar lugar a preocupaciones acerca de su significado. Concebiblemente, como ha señalado Kellner (1990), ambas variables se interinfluyen y a la vez son influenciadas por otras (por ejemplo, estado emocional). Los resultados del análisis de regresión lineal, en el que se emplearon como variables independientes o bien las molestias corporales evaluadas con el CMC o bien la medida de ansiedad por la salud derivada del EAE, indican la estrecha asociación entre estas variables. Así, en el primer análisis la ansiedad por la salud entró en segundo lugar en el modelo de predicción de los síntomas corporales por detrás de la medida de ansiedad actual (HAD.A). Otras variables potencialmente relevantes introducidas (edad, valoración de amenaza para la vida según el médico, HAD.D y STAIR) no entraron en el modelo de predicción. La varianza explicada del CMC por el HAD.A y Ansiedad por la salud (EAE) fue del 42%. En el segundo análisis, con la medida de ansiedad por la salud como variable dependiente, las molestias corporales entraron en segundo lugar en el modelo de predicción. En este caso por detrás del HAD.A. Ambas variables explicaron conjuntamente un 56% de la varianza de la medida de ansiedad por la salud. De un modo coherente con la mayor información de síntomas físicos, los sujetos del GAS también informaron de mayor limitación funcional. Tanto en la medida derivada del EAE como en la del cuestionario de Nothingam las puntuaciones en el GAS fueron significativamente más elevadas lo que refleja el mayor grado de afectación en el funcionamiento diario a causa de los síntomas físicos.

Los resultados de los análisis de regresión en los que la medida de ansiedad (HAD.A) entró en primer lugar como variable predictora de tanto el malestar somático como la ansiedad por la salud es sugestiva del papel central de la sintomatología de ansiedad en los problemas con manifestaciones somatoformes. La sintomatología emocional (ansiedad y depresión, fundamentalmente) se ha relacionado repetidamente con las actitudes hipocondríacas. Ya Burton en su obra “anatomía de la melancolía” (1921/1997, pag. 393) consideró una forma de trastorno del ánimo que llamó “melancolía hipocondríaca” caracterizada por síntomas corporales diversos y preocupaciones relacionadas. En trabajos clásicos como el de Ryle (1948) o de Bianchi (1971) acerca de la fobia a la enfermedad se hace referencia al papel de la perturbación emocional, especialmente ansiedad general como factor influyente en el desencadenamiento de los miedos a la enfermedad. Este último autor informa que la

ansiedad en 22 pacientes de su muestra de 30 fóbicos a la enfermedad podía calificarse como moderada o severa. Por otra parte, la vinculación hipocondría-trastorno emocional se ha enfatizado tradicionalmente. De hecho, varios autores han considerado que los síntomas hipocondríacos forman parte de otros trastornos psiquiátricos, especialmente de tipo afectivo (por ejemplo, Kenyon, 1976). más recientemente, Tyrer, Fowler-Dixon, Ferguson & Kelemen (1990) propone un nuevo diagnóstico “trastorno hipocondríaco de la personalidad” en el que además de síntomas hipocondríacos se daría malestar emocional notable. Estudios actuales indican correlaciones altas entre medidas de actitudes hipocondríacas y medidas de ansiedad y depresión (por ejemplo, Kellner, Hernández & Pathak, 1992) y entre hipocondría o actitudes hipocondríacas y trastornos psicológicos (por ejemplo, Barsky, Wyshak & Klerman, 1992). Por tanto, las diferencias entre el GAS y el GC encontradas en este estudio en las medias de las medidas de síntomas emocionales actuales y afectividad negativa general son coherentes con estudios como los comentados. Por otra parte, la ansiedad actual fue una de las variables con capacidad predictiva significativa de la pertenencia al GAS o al GC en el análisis de regresión logística.

Algunos de los modos en los que el malestar emocional influye en las actitudes hipocondríacas tendrían que ver, entre otros, con los cambios neurovegetativos y cognitivos vinculados a estos estados (por ejemplo, orientación a la amenaza). De la misma manera que en la somatización, la ansiedad por la salud notable puede también estar, al mismo tiempo, implicada en la intensificación de la perturbación emocional o favorecer su continuidad. En este sentido, Stenback (1964) afirma que “una correcta imagen corporal es de considerable importancia para el ajuste y la salud mental”. Si, por otra parte, se considera el resultado anterior de una presencia elevada de “somatización” entre los sujetos del GAS, el perfil se corresponde con el de una persona con alto grado de malestar emocional, síntomas físicos diversos y preocupación notable por su salud. Estas tres variables han sido concebidas como elementos encadenados de un círculo vicioso, tal y como planteó Kellner (1990) quien escribe “Un mecanismo común de la somatización, así como de la hipocondría, parece ser un trastorno afectivo que induce síntomas físicos que se siguen de percepción selectiva de los mismos motivada por el miedo a la enfermedad u otras preocupaciones, con un subsecuente incremento de la ansiedad y síntomas somáticos, encadenándose estos elementos en un círculo vicioso”. La interacción a la que alude Kellner se hace patente en estudios como el de Escobar,

Gara, Silver, Waitzkin, Holman & Comptom (1998) acerca de la somatización en el que se encontró que los sujetos que cumplían los criterios diagnósticos para un síndrome de somatización abreviado y que tenían trastornos psiquiátricos comórbidos (especialmente problemas de ansiedad y depresivos) en comparación con los que no tenían psicopatología asociada, era significativamente más fácil que informaran de preocupación hipocondríaca. En concreto, un 51% del grupo “comorbido” frente a un 32% del grupo “puro” de somatizadores informaron de este tipo de preocupaciones.

No solamente hubo diferencias entre el GAS y GC en los instrumentos de autoinforme de síntomas emocionales y afectividad negativa general. También en las historias clínicas del GAS había más referencias a problemas emocionales y a tratamientos para los mismos. En un 80% de los sujetos del GAS frente al 29,31% del GC había referencias a este tipo de problemas y 72% y 28% respectivamente habían recibido en algún momento a lo largo de los periodos del estudio tratamiento psicofarmacológico. El reconocimiento del médico de problemas de tipo psicológico fue, por tanto, muy elevado en este grupo de pacientes. En otros estudios, el reconocimiento y tratamiento de estos problemas en Atención Primaria fue menor. Por ejemplo, Gureje, Ustun & Simon (1997) informan que un 67% de los pacientes con hipocondría clínica (criterios CIE-10) y un 53% de los pacientes con el síndrome sub-umbral de hipocondría eran reconocidos por el médico como casos psiquiátricos. Noyes, Kathol, Fisher, Phillips, Suelzer & Woodman (1994) encontró porcentajes bastante menores de tratamientos en el grupo de pacientes hipocondríacos y en el grupo control (39,6% y 14,6% respectivamente). Ambos resultados (identificación y tratamiento frecuente de problemas emocionales en atención primaria y puntuaciones elevadas en las medidas de síntomas emocionales) reflejan la alta carga de malestar emocional entre los sujetos identificados en este estudio como con alta ansiedad por la salud. Por otra parte, Kellner (1986) señala que muchos pacientes con miedos a la enfermedad reciben diagnósticos de trastornos depresivos o de ansiedad sin referencias específicas a creencias hipocondríacas. A pesar de que en el estudio presente apenas se encontraron referencias en la historia clínica a este tipo de temores, lo cierto es que ello generalmente no pasa desapercibido para el médico como demuestra el que la comparación de las valoraciones de éste del grado de preocupación entre ambos grupos diferiera sustancialmente.

Una variable directamente relacionada con la sintomatología somática funcional y los síntomas emocionales es la ocurrencia de acontecimientos estresantes o la experiencia de circunstancias en la actualidad calificadas como estresantes o con un impacto negativo sobre el bienestar personal. Su relevancia ha sido destacada en las explicaciones de los problemas somatoformes (por ejemplo, Wickramasekera, 1995). El estrés psicológico podría ser el punto de inicio de la preocupación somática. Los cambios somáticos (relacionados con la activación emocional) inducidos por acontecimientos o circunstancias vitales negativas pueden ser valorados como una amenaza para la salud y estas valoraciones conducir a un estado de aprensión ansiosa y focalización corporal que amplifica la experiencia somática e incrementa las preocupaciones (Kellner, 1990). Un número significativamente mayor de sujetos del GAS informaron de acontecimientos estresantes en el año previo así como circunstancias actuales negativas. Este resultado no era inesperado en la medida que el grado de somatización en este grupo era significativamente mayor que en el GC. Cabe preguntarse, no obstante, como hace Cameron, Leventhal, Leventhal (1993), si la asociación observada entre ansiedad por la salud y molestias corporales por una parte y el estrés informado por otra, está relacionada con circunstancias vitales objetivamente más negativas o, alternativamente, se deriva de un sesgo en la respuesta, de modo que aquellos con una tendencia más acusada a estar insatisfechos con su salud sean también más proclives a informar de circunstancias vitales negativas. Barsky, Wyshak & Klerman (1992) indican que la tendencia del hipocondríaco a informar de molestias corporales y a expresar insatisfacción y preocupaciones por su salud podría ser una faceta de una tendencia más general a experimentar insatisfacción en áreas de la vida diversas (por ejemplo, relaciones sociales, familia o trabajo). Por otra parte, Costa & McCrae (1985) o Watson & Pennebaker (1989) aluden a una dimensión amplia de diferencias individuales a la que llaman Afectividad Negativa (AN) o neuroticismo y que varía a lo largo de un continuo. Es decir, se entendería como una variable dimensional que sigue la distribución de la curva normal. Los individuos con alta AN son descritos como personas con una gran facilidad para, ante circunstancias diversas, experimentar malestar emocional. También les caracterizaría la tendencia a experimentar malestar somático funcional y a informar de preocupaciones relacionadas con el mismo. Según esta concepción, la preocupación hipocondríaca podría entenderse como un aspecto particular de la tendencia general a la preocupación e insatisfacción que caracteriza a las personas altas en AN. De un modo coherente con este

planteamiento, las puntuaciones del GAS en la medida de AN (STAIR) fueron significativamente más elevadas que las del GC. Por otra parte, en el análisis de regresión lineal para la predicción de la ansiedad por la salud (valorada con la escala del mismo nombre del EAE), la medida de AN entró en segundo lugar en el modelo de predicción detrás de la medida de ansiedad actual (HAD.A). Ambas variables conjuntamente explicaron un 58% de la varianza de la medida de ansiedad por la salud.

Además de una mayor información de acontecimientos y circunstancias estresantes, los sujetos del GAS manifestaron más insatisfacción con respecto a distintas áreas de su vida. Así, en el cuestionario de calidad de vida la puntuación global fue significativamente más baja que en el GC. Cuando se consideraron las puntuaciones en las cuatro escalas específicas que componen el cuestionario, solamente no hubo diferencias estadísticamente significativas en la que valora la “sobrecarga laboral”. Los sujetos del GAS, por tanto, se sentían menos satisfechos con los apoyos sociales, con su vida en general y como es natural con su estado de salud física y mental. Estos resultados no son sorprendentes si se considera que la AN, como se ha señalado, se asocia a una tendencia a informar de mayor insatisfacción en distintos ámbitos. Es de destacar que en el GAS las puntuaciones tendían a ser más bajas a las de un grupo de pacientes con problemas psicológicos reclutados en unidades de salud mental a los que se les administró el cuestionario como parte del proceso de validación (Ruiz & Baca, 1993). Por ejemplo, en el estudio de Ruiz & Baca (1993) la puntuación media en la escala de bienestar psicológico/físico fue de 24,3 frente a 19,6 (evaluación inicial) y 19,7 (evaluación de seguimiento) en el estudio presente y en la medida global de calidad de vida fue de 137 frente a 111,8 (evaluación inicial) y 109,8 (seguimiento).

Las experiencias relacionadas con la enfermedad a lo largo de la vida se han destacado como antecedentes importantes de tanto los problemas de somatización (Hotopf, Mayou, Wadsworth & Wessely, 1999) como de la preocupación hipocondríaca. Starcevic (1989) indica que el sentido de vulnerabilidad física de los pacientes con hipocondría pudo haberse establecido en la infancia. Experiencias como la ocurrencia de enfermedades graves o las interacciones con padres con alta ansiedad por la salud son señaladas por este autor como antecedentes significativos. Hay evidencias más directas que avalan la afirmación de Starcevic. Por ejemplo, en el estudio de Pilowski (1970) un 40% de los hipocondríacos primarios eran a su vez hijos

de hipocondríacos y en el de Wheeler (cit.Ehlers, 1993) un 49% de los hijos de pacientes que habían sido diagnosticados de “neurosis cardiaca” padecían fobia a la enfermedad focalizada en el funcionamiento cardiaco en contraste con el 6% del grupo control. Barsky & Wyshak (1990) señalan que el informe de haber padecido muchos problemas de salud es un predictor significativo de rasgos hipocondríacos en la adultez. También hay evidencia del papel influyente del refuerzo de la conducta de enfermedad en la infancia. Parker & Lipscombe (1980) encuentran que los sujetos con actitudes hipocondríacas informaban en comparación a un grupo de sujetos sin actitudes hipocondríacas, de mayor solicitud de los padres durante los episodios de síntomas físicos. También Bianchi (1971) informa de resultados que apoyan esta relación.

En el estudio presente se consideraron tanto experiencias personales como familiares relacionadas con la enfermedad. Se partió de la hipótesis de que en el GAS habría antecedentes de más experiencias de este tipo que en el GC.

Con respecto a los problemas de salud y conducta de enfermedad en la familia y conforme a lo esperado se encontraron diferencias entre los dos grupos en la ocurrencia de enfermedades en general en familiares convivientes durante la infancia (36% vs 28,3%, $p=0,326$). La diferencia, sin embargo, no alcanzó significación estadística. Por el contrario, cuando solo se consideraron las enfermedades graves con una clara implicación de amenaza para la vida (por ejemplo, cáncer o enfermedades cardiacas) las diferencias fueron significativas ($p=0,007$). 28,57% de los sujetos del GAS frente a 5,66% del GC informaron de este tipo de experiencia. Asimismo, un número significativamente más alto de sujetos del GAS (39,28% vs 18,86%; $p=0,044$) informaron que alguno de los familiares convivientes acudía a consultas médicas con frecuencia. También hubo diferencias entre grupos en el informe de preocupaciones por la salud entre familiares convivientes durante la infancia (28,57% vs 15,08%) aunque esta diferencia no fue significativa.

Ambos grupos difirieron, en algunos casos de manera estadísticamente significativa, en la experiencias personales en la infancia relacionadas con la enfermedad. Un mayor número de sujetos del GAS informaron que con frecuencia habían tenido limitaciones a causa de problemas de salud (20% vs 1,66%, $p=0,008$) y recibido atenciones especiales a causa de los mismos por parte de los cuidadores (20%

vs 5,4%, $p=0,058$). Además, un mayor número de sujetos de este grupo informaron que en la infancia tendían a sufrir problemas de salud (24% vs 15%, $p=0,244$) y hacer consultas médicas frecuentemente (24% vs 11,6%, $p=0,135$).

La información aportada por los sujetos acerca de sus historias personales y familiares relacionadas con la enfermedad son sugerentes de su papel importante en la predisposición a la ansiedad por la salud. Los distintos acercamientos teóricos resaltan el papel de experiencias de aprendizaje de este tipo como factor de riesgo a la hipocondría. Circunstancias actuales que aumentan la conciencia de las amenazas para la salud (enfermedad grave o muerte de un allegado, por ejemplo) podrían desencadenar o exacerbar preocupaciones hipocondríacas en sujetos predisuestos. Salkovskis, Shafran, Rachman & Freeston (1999) en su discusión de antecedentes en la vida de actitudes que predisponen al desarrollo de problemas obsesivo-compulsivos, expresan una opinión que es plenamente aplicable al caso de la ansiedad por la salud: “Claramente, la evolución de tales creencias (*en este caso de vulnerabilidad física*) es fácil que sea sutil y se derive de procesos interactivos que ocurren a lo largo de los años de maneras difíciles de detectar”. Una proporción importante de los sujetos con ansiedad por la salud no informaron de este tipo de “contexto de enfermedad” en la infancia, lo que pone de relieve que el punto de arranque y desarrollo de las actitudes relacionadas con la enfermedad puede ser sutil, tal y como plantean Salkovskis et al (1999). Sin embargo, otras circunstancias más obvias pueden ser fácilmente detectadas. Este fue el caso de las contempladas en el estudio.

Por otra parte, también se consideró el contexto de enfermedad en la actualidad. En concreto se recogió información acerca de enfermedades, muertes y conducta de enfermedad (preocupación excesiva por la salud, consultas médicas y expresión de síntomas físicos) entre familiares de primer grado. Mientras que no hubo diferencias entre grupos en la conducta de enfermedad y de fallecimientos en los últimos 5 años, sí se encontraron diferencias significativas en los porcentajes de sujetos de los dos grupos que informaban de enfermedades en general y enfermedades graves en particular entre los familiares de primer grado. Los sujetos del GAS informaron de esta circunstancia con más frecuencia que los del GC. Este resultado es consistente con el encontrado en otros estudios. Por ejemplo, en el de Lerman (1996, cit. McCaul, Branstetter, O'Donnel, Jacobson & Quinlan, 1998) hasta un 30% de los familiares de primer grado de mujeres

con cáncer de mama informaban repercusiones significativas en su vida diaria a causa de las preocupaciones acerca de esta enfermedad. Cabe señalar, por otra parte, que las enfermedades graves entre allegados han sido destacadas como un factor importante en el inicio de la ansiedad por la salud y como antes se indicó, en este mismo estudio, un porcentaje importante de los sujetos del GAS relacionaron la enfermedad o muerte de algún allegado como el acontecimiento principal en el comienzo de las preocupaciones.

En resumen, la formación de los dos grupos (GAS vs GC), basada en el cumplimiento o no de unos criterios operativos para la definición de ansiedad por la salud elevada y que se valoraron a través de una entrevista estructurada, se acompañó de diferencias notables en las medidas de autoinforme de ansiedad por la salud general y aspectos más específicos de la misma (preocupación corporal, fobia a la enfermedad, creencias de enfermedad, preocupación por el dolor y tanatofobia). Además, los médicos de atención primaria de estos pacientes valoraron a los sujetos del GAS como más preocupados por la salud y con más expresión excesiva de síntomas físicos que los del GC. En variables estrechamente relacionadas con la preocupación hipocondríaca tales como la valoración subjetiva del estado de salud, malestar somático, limitación funcional y frecuencia de consultas médicas, los grupos también difirieron en la dirección esperada. Asimismo, los sujetos del GAS informaron de un alto grado de malestar emocional actual y afectividad negativa general. Paralelamente a la información de un elevado malestar emocional en los instrumentos de autoinforme, en las historias clínicas se registraron con alta frecuencia la presencia de problemas emocionales y tratamientos psicofarmacológicos. Los sujetos del GAS informaron también de una mayor insatisfacción con diferentes aspectos de su vida y más frecuentemente de acontecimientos estresantes recientes o circunstancias actuales con un impacto negativo sobre su bienestar. Los sujetos del GAS informaron con una frecuencia significativamente mayor que los del GC de experiencias relacionadas con la enfermedad durante la infancia tales como la convivencia con familiares con problemas de salud graves o que acudían frecuentemente al médico, así como de haber padecido ellos mismos limitaciones a lo largo de la infancia a causa de problemas de salud. Finalmente, los sujetos del GAS informaron con más frecuencia de enfermedades entre familiares de primer grado en la actualidad.

En el análisis de regresión logística en el que se introdujeron distintas variables en las que ambos grupos diferían, el modelo final permitió la clasificación correcta del 79,17% de los sujetos del GAS y del 93,1% del GC. Las variables en este modelo que tuvieron una capacidad predictiva significativa para la clasificación correcta fueron: la medida de ansiedad actual (HAD.A) y la de limitaciones en el funcionamiento diario a causa de los síntomas físicos (EAE.LIM).

B. EVALUACION EN EL SEGUIMIENTO

En el seguimiento al cabo de un año, apenas hubo variaciones con respecto a los resultados de la evaluación inicial. Los sujetos del GAS continuaban diferenciándose de un modo notable del GC en las variables de interés. Sin embargo, de los 21 sujetos del GAS que participaron en el seguimiento, 11 ya no cumplían los criterios de inclusión en este grupo. Este grupo se denominó Grupo de Ansiedad por la Salud Transitoria (GAST). Los 10 sujetos restantes seguían cumpliéndolos. Este grupo se denominó Grupo de Ansiedad por la Salud Mantenido (GASM). Por una parte, interesaba conocer las características de estos dos grupos tanto en relación con las medidas de ansiedad por la salud como en las otras variables del estudio con el objetivo de comprobar si la diferenciación en base a unos criterios clínicos se acompañaba de diferencias también en las otras variables. Por otra parte, también se planteó la posibilidad de que estos dos grupos difirieran en la evaluación inicial. Ello tendría especial interés por sus implicaciones para la predicción del curso de la ansiedad por la salud.

En primer lugar, el porcentaje de sujetos del GASM (47,6%) fue inferior al encontrado en otros estudios de seguimiento utilizando los criterios diagnósticos para trastorno hipocondríaco (DSM-III-R). Por ejemplo, Barsky et al (1998) en el seguimiento al cabo de 4-5 años encuentra que el 65% de la muestra de pacientes hipocondríacos continuaban cumpliendo los criterios diagnósticos. Noyes et al (1994), de un modo parecido informan que el 67% de los pacientes con diagnóstico de hipocondría continuaban cumpliendo los criterios diagnósticos al cabo de un año. Robbins & Kirmayer (1996), por su parte, clasificaron a los sujetos de su muestra en el grupo de hipocondríacos sobre la base de la puntuación obtenida en el cuestionario de preocupaciones por la enfermedad (al menos 4 sobre 9). Un año después, alrededor de la mitad de estos sujetos alcanzaban el punto de corte en este instrumento. Este

porcentaje es más cercano al de la investigación presente. Como en el estudio de Robbins & Kirmayer (1996) no se puede asegurar que los sujetos que se incluyeron en el GAS cumplieran los criterios de definición de hipocondría clínica. Este hecho pudo influir en la diferencia en los porcentajes con respecto a los otros estudios. No obstante, es de destacar que las puntuaciones en el WI en el GAS fueron muy similares a las de los hipocondríacos del estudio de Noyes, Kathol, Fisher, Phillips, Suelzer & Woodman (1994) y de Barsky, Fama, Bailey & Ahern (1998). Asimismo, en la escala de fobia a la enfermedad del EAE los sujetos del GAS no diferían de los hipocondríacos del estudio de Kellner, Winslow & Abbot (1987).

Paralelamente, los sujetos del GAST obtuvieron puntuaciones más bajas que los del GASM en las distintas medidas de actitudes hipocondríacas. A pesar de estas diferencias, continuaban siendo elevadas como indica el hecho de que en todas ellas, salvo en la escala de creencias de enfermedad del EAE ($p=0,053$), hubiera diferencias estadísticamente significativas con respecto a las del GC. Así pues, los sujetos del GAST tendían a diferir más del GC que del GASM y se puede hablar de una tendencia notable a la estabilidad de las actitudes hipocondríacas. Además, características estrechamente relacionadas con la ansiedad por la salud como son las molestias corporales, limitaciones en el funcionamiento diario a causa de las mismas y valoración subjetiva del estado de salud no diferenciaron a los sujetos del GASM y GAST. Ambos grupos, por otra parte difirieron significativamente del GC en estas variables. En resumen, aunque GAST y GASM se separaran en base a los criterios de ansiedad por la salud empleados, continuaba habiendo numerosos elementos que los acercaban.

La tendencia a la continuidad de las actitudes hipocondríacas pese a que las manifestaciones más agudas de ansiedad por la salud se atenuen también ha sido resaltada por Barsky et al (1998) y Noyes et al (1994). Estos autores interpretan la atenuación de la preocupación hipocondríaca en el seguimiento como una fluctuación en el nivel de ansiedad por la salud. Esta fluctuación podría tener que ver con cambios en circunstancias personales, en el estado emocional o en mejorías en el estado de salud a lo largo del periodo de seguimiento. Destacan, no obstante, que tales cambios pueden ser transitorios más que estables como sugiere el que las puntuaciones en los índices de preocupación por la salud tendieran a continuar siendo altas aún cuando se hubieran dejado de cumplir los criterios diagnósticos de hipocondría. Es decir, podrían no reflejar

una modificación significativa del “esquema hipocondríaco” relacionado con la percepción de vulnerabilidad a la enfermedad. Barsky et al (1998) aluden a la mejoría observada en los hipocondríacos transitorios como “ténue y frágil” y, aunque admiten que no se puede afirmar con una base empírica sino únicamente basándose en impresiones y datos cualitativos, expresan su opinión que circunstancias diversas podrían desencadenar nuevamente un estado de ansiedad por la salud que justificara el diagnóstico de trastorno hipocondríaco. Por otra parte, Noyes et al (1994) destacan que la evaluación inicial, coincidente con la búsqueda de atención médica favorece la detección de la preocupación por la salud en un punto álgido, lo que es más difícil que ocurra en el periodo de seguimiento.

A diferencia del GASM, en el GAST en el periodo de seguimiento se observó una caída en las medidas de ansiedad y afectividad negativa con respecto a la evaluación inicial, sin embargo la diferencia solo fue significativa en la medida de ansiedad. Por otra parte, la puntuación en la medida síntomas depresivos fue similar a la de la evaluación inicial. Ambos grupos difirieron en las dos primeras pero no en la segunda. A pesar de esta tendencia a la mejoría en el estado emocional auto-informado continuó habiendo diferencias notables entre el GAST y el GC, lo que refleja la mayor carga de malestar emocional en el primero. Además, la valoración de la calidad de vida, aunque también había mejorado con respecto a la evaluación inicial continuaba siendo peor valorada que en el GC. Este resultado sugiere que la mejoría en el malestar emocional pudo haber tenido repercusiones en la ansiedad por la salud, al mismo tiempo, es posible que la atenuación de la preocupación hipocondríaca tuviera una influencia positiva sobre el estado emocional. En este sentido, cabe recordar aquí el planteamiento de Kellner para quien preocupación hipocondríaca, síntomas corporales y malestar emocional son elementos encadenados que se influyen recíprocamente, de modo que los cambios en cualquiera de ellos puede inducir cambios en los otros. Sobre estos cambios podrían influir las circunstancias actuales, más allá de la influencia de variables de personalidad tal como el neuroticismo o afectividad negativa. Es sugerente de este hecho el que menos sujetos del GAST en la evaluación de seguimiento en comparación con la evaluación inicial informaran de acontecimientos estresantes en el año precedente o circunstancias actuales con un impacto negativo sobre el bienestar. En contraste, no hubo cambios en el GASM en estos aspectos. Así, mientras que no había diferencias entre estos dos grupos en la evaluación inicial, en el seguimiento si las hubo,

siendo tal diferencia estadísticamente significativa ($p=0,005$), en el caso de las circunstancias actuales negativas

En segundo lugar, la evaluación en la línea base de los dos grupos indicó el GAST tendía a tener puntuaciones más bajas en las medidas de ansiedad por la salud aunque solo hubo diferencias estadísticamente significativas en la escala de preocupación por la enfermedad del EAE ($p=0,033$). En lo que se refiere a una de las medidas de hipocondría (WI) Noyes et al (1994) informan de puntuaciones parecidas a las encontradas en este estudio. El grupo de sujetos que continuaban cumpliendo los criterios diagnósticos DSM-III-R para hipocondría en el seguimiento al cabo de un año en el estudio de Noyes y colaboradores obtuvieron en la línea base una puntuación en este instrumento de 46,9 y los que remitieron de 43,5. De manera parecida, en este estudio los sujetos del GASM obtuvieron una puntuación media en el WI en la evaluación inicial de 46,44 y los del GAST de 41,81.

Es de destacar que en la evaluación inicial de la ansiedad por la salud a través de la entrevista solo se observaron diferencias entre los dos grupos en el grado de preocupación por la salud auto-informado. No se observaron diferencias en la frecuencia de las preocupaciones, la repercusión emocional de las mismas, el grado de creencia en padecer o de riesgo subjetivo a contraer la enfermedad. Tampoco las hubo en las conductas relacionadas con el temor. Así, los sujetos del GASM no era más fácil que informaran de implicación frecuente en conductas como comprobaciones corporales, consultas médicas y preguntar a otros para obtener reaseguramiento acerca de su estado de salud o intentos de evitación cognitiva o abierta de estímulos evocadores. Excepto la evitación de estímulos, las restantes conductas de afrontamiento fueron muy habituales en ambos grupos.

Una de las hipótesis de las que se partía fue que los sujetos con ansiedad por la salud mantenida informarían de estas conductas con más frecuencia que los que no. Por tanto, esta predicción no fue confirmada por los resultados. No se puede concluir, sin embargo, que las conductas no sean importantes en el problema. Se podría especular acerca de la ocurrencia a lo largo del período de seguimiento de algún acontecimiento (por ejemplo, información tranquilizadora del médico) o cambio (por ejemplo, en circunstancias personales o en el estado emocional) entre los pacientes con ansiedad por

la salud transitoria que llevara a una reducción en la preocupación corporal que, al mismo tiempo, tuviera como consecuencia la reducción en el uso de las conductas mencionadas. El cambio en la conducta podría facilitar el mantenimiento del cambio en la ansiedad por la salud influido en primer lugar por otros factores. Por otra parte, el número de observaciones fue pequeño de manera que es posible que con grupos de mayor tamaño se revelasen diferencias significativas. Una última consideración acerca de este resultado es que aunque los grupos se formaron base a la definición de ansiedad por la salud empleada, la preocupación hipocondríaca evaluada con los instrumentos de auto-informe continuaba siendo elevada en ambos.

En otras variables como las relacionadas con la conducta de enfermedad (número de consultas y pruebas médicas), valoración del estado de salud, síntomas corporales y limitaciones en el funcionamiento diario, ambos grupos fueron muy semejantes. Este resultado también es similar al del estudio de Barsky et al (1998) en el que tanto hipocondríacos transitorios como persistentes mantenían un alto nivel de sintomatología somática y limitación funcional auto-informada.

Los sujetos de ambos grupos informaron con una frecuencia similar de problemas de salud entre familiares de primer grado. Tampoco se diferenciaron en el contexto de enfermedad en la infancia (enfermedades graves y muertes, consultas médicas frecuentes, expresión de quejas físicas y preocupaciones por la salud entre familiares convivientes). En cuanto a la experiencia personal relacionada con la enfermedad, un resultado es sugerente. Un número mayor de sujetos del GASM informaron de consultar con frecuencia al médico en su infancia. En concreto, 4 de los 10 sujetos del GASM frente a 1 de los 11 del GAST. Esta diferencia se acercó a la significación estadística ($p=0,126$). Es destacable que cerca de la mitad de los sujetos que mantenían un alto nivel de ansiedad por la salud en el seguimiento informaran que a lo largo de la infancia tendían a consultar con frecuencia al médico. Este resultado es sugerente de una pauta de conducta de enfermedad bien consolidada con implicaciones para la autopercepción. En otras palabras, el esquema hipocondríaco de vulnerabilidad física al que en distintos momentos se ha aludido bien pudiera tener en esta experiencia una influencia significativa al menos en aquellos que tienden a mantener altos niveles de ansiedad por la salud crónicamente. Cabe señalar que la influencia de este factor es difícilmente separable de otras influencias que se dan asociadas. Es probable que la

persona que ha consultado mucho a lo largo de la infancia también tuviera más problemas de salud o unos padres con mayor expresión de síntomas y preocupaciones por la enfermedad. Tales influencias podrían actuar conjuntamente favoreciendo una sensibilidad anormalmente alta acerca de las amenazas a la salud.

En los otros estudios de seguimiento que se toman como referencia, la preocupación hipocondríaca persistente en contraste con la transitoria se asoció a una mayor prevalencia de problemas psiquiátricos (problemas de ansiedad y depresivos) a lo largo de la vida y actuales. En esta investigación la presencia actual o lifetime de problemas psicológicos no se evaluó a través de una entrevista estructurada. La información acerca de esta variable se derivó de las medidas de autoinforme de síntomas de ansiedad y depresivos y de afectividad negativa en general, por una parte, y por otra, de las referencias en la historia clínica a problemas emocionales y tratamientos relacionados. La comparación de los dos grupos en estas variables no indicó diferencias significativas, aunque se apreció una tendencia a una menor expresión de síntomas depresivos y afectividad negativa general en el GAST.

Kirmayer & Robbins (1996) afirman que la preocupación hipocondríaca en el contexto de otros problemas emocionales puede hacer al sujeto menos responsivo a la tranquilización médica que cuando la preocupación se produce aisladamente. Es decir, un contexto de malestar emocional notable podría estar implicado en la tendencia a que las preocupaciones persistan. Esta hipótesis no se pudo comprobar en la medida que la gran mayoría de los sujetos con preocupación hipocondríaca que compusieron el GAS tenían una carga de malestar emocional significativo (evaluada a través de medidas de auto-informe). En otras palabras, no se pudo comparar sujetos con ansiedad por la salud con malestar emocional significativo con sujetos con ansiedad por la salud sin el mismo. A pesar de ello, un resultado da verosimilitud al planteamiento apuntado por Kirmayer & Robbins (1996). De las variables independientes de la evaluación inicial introducidas en el análisis de regresión lineal para la predicción de la ansiedad por la salud en el seguimiento, la única que tuvo capacidad predictiva significativa fue la medida de síntomas de ansiedad (HAD.A) que explicó un 34% de la varianza. Las otras variables independientes (HAD.D, STAIR, CMC, Edad y valoración del médico de amenaza para la vida de los problemas de salud) no entraron en el modelo de regresión. la intensidad de la sintomatología de ansiedad en la evaluación inicial, por tanto,

predijo una porción importante de la varianza de la preocupación hipocondríaca (evaluada a través de cuestionario) en el seguimiento.

Las únicas variables en las que tendía a haber diferencias significativas entre el GASM y el GAST fueron la valoración de la evaluación médica ($p=0,063$) y el grado de preocupación por la salud autoinformado (en una escala Likert 0-4) ($p=0,072$) por una parte y por otra, como se señaló, en escala de la preocupación por la enfermedad valorada con una de las escalas del EAE

Así pues, los sujetos con ansiedad por la salud mantenida tendían a valorar menos positivamente la evaluación médica, a tener puntuaciones más elevadas en la escala de preocupación por la enfermedad del EAE y a valorar como más alto su grado de preocupación por la enfermedad. En el análisis de regresión logística en el que se introdujeron estas variables como predictoras de la pertenencia a uno u otro grupo, entró en primer lugar la satisfacción con la evaluación médica. Esta variable predijo un 75% de clasificaciones correctas. En segundo lugar, entró el grado de preocupación por la salud que incrementó las clasificaciones correctas al 95%. La otra variable no entró en el modelo.

El hecho los sujetos del GAST tendieran a tener puntuaciones algo más moderadas en las medidas de ansiedad por la salud y en una de ellas, la de preocupación de enfermedad del EAE, la diferencia fuera significativa es consistente con otros estudios (Barsky,) que indican que una de las variables predictivas del mantenimiento de la hipocondría es la propia intensidad de la hipocondría en la línea base.

Barsky, Wyshak & Klerman (1990) encuentran que a los hipocondríacos persistentes en contraste a los transitorios tienden a estar menos satisfechos de la atención médica. En este estudio la valoración de la atención médica fue valorada menos satisfactoriamente por los sujetos del GASM y en el caso más específico de la evaluación médica de los problemas de salud la diferencia se acercó a la significación estadística ($p=0,063$). El que los sujetos del GASM consideraran más desfavorablemente la atención sanitaria y en especial la evaluación del médico merece un comentario. Tradicionalmente la hipocondría se ha asociado con dificultades en la atención médica (Nemiah, 1982) y las caracterizaciones del hipocondríaco resaltan su

búsqueda persistente de explicaciones e información (Warwick & Salkovskis, 1990). Tales manifestaciones se pueden concebir como una consecuencia de la ansiedad por la salud. Las dificultades del paciente para ser tranquilizado por la ausencia de hallazgos médicos que justifiquen sus sospechas puede derivarse de la ausencia de una explicación plausible y benigna alternativa a la de la enfermedad grave (Leventhal, Diefenbach & Leventhal, 1992). En la práctica médica rutinaria normalmente no se aporta esa explicación de modo que los nuevos episodios de síntomas pueden desencadenar las interpretaciones de enfermedad grave habituales y con ellas el impulso a consultar nuevamente. Esta pauta de conducta fácilmente llega a convertirse en habitual sin que las sospechas injustificadas desaparezcan y conducir, con el tiempo, a un estado de frustración acerca de la posibilidad de obtener lo que cualquiera esperaría: tranquilización efectiva. Es posible que la tendencia a informar de mayor insatisfacción acerca de la evaluación médica manifestada por los pacientes con alta ansiedad por la salud mantenida crónicamente se derive, al menos en parte o al menos en algunos, de esta frustración.

Una de las hipótesis planteadas fue que los síntomas emocionales de los sujetos con ansiedad por la salud notable tenderían a ser más persistentes que los de aquellos sin estas manifestaciones. Esta hipótesis se basó en estudios como el de Tyrer, Seivewright & Seivewright (1999) en el que se encuentra que las actitudes hipocondríacas son un indicador pronóstico de un curso desfavorable de los problemas emocionales. Se consideró el curso en los síntomas de ansiedad (HAD.A) en los sujetos de ambos grupos (GAS y GC) que en la evaluación inicial tuvieran una puntuación alta en síntomas de ansiedad (al menos 8 en el HAD.A). Los resultados indicaron que aunque había una atenuación en los síntomas de ansiedad en el seguimiento en ambos grupos, solamente en el GC esta atenuación era estadísticamente significativa ($p=0,039$). La capacidad predictiva de la ansiedad por la salud en el mantenimiento de los síntomas emocionales también se revela en los análisis de regresión lineal para la predicción de síntomas de ansiedad, depresivos y afectividad negativa en el seguimiento. En todos ellos la ansiedad por la salud (valorada con la escala del mismo nombre del EAE) de la evaluación inicial tuvo capacidad predictiva significativa de las puntuaciones en el seguimiento en los cuestionarios de síntomas de ansiedad, depresivos y afectividad negativa general.

Finalmente, la preocupación hipocondríaca además de su asociación con un curso crónico de los síntomas emocionales se tiende a asociar a un curso más desfavorable en la sintomatología somática funcional. Es decir, la ansiedad por la salud es un factor de mantenimiento importante de estos síntomas a través de varios mecanismos. Por ejemplo, tendencia a la focalización corporal y síntomas somáticos relacionados con la activación emocional, conectada a las preocupaciones. Se esperaba, por tanto, que la ansiedad por la salud estuviera asociada no solo a síntomas somáticos actuales sino también que fuera un predictor significativo de su mantenimiento. Los resultados confirmaron esta hipótesis. Por una parte, en el GC se produjo una caída clara en los síntomas somáticos evaluados con el CMC y a través de la entrevista mientras que en el GAS no se produjeron cambios a lo largo del periodo de seguimiento. Así, aunque en la evaluación inicial la información de síntomas en el GC era significativamente menor que en el GAS todavía lo era más en el seguimiento. Por otra parte, los resultados de los análisis de regresión pusieron de manifiesto que la ansiedad por la salud era una variable predictiva significativa de tanto los síntomas somáticos en la evaluación inicial como en el seguimiento. Así, en el primer análisis de regresión los síntomas corporales de la evaluación inicial fueron predichos por los síntomas de ansiedad actuales y la medida de ansiedad por la salud. Debe recordarse, por otra parte, que la medida de ansiedad utilizada (HAD.A) no contiene ítems acerca de síntomas físicos de ansiedad. Estas dos variables explicaron un 42% de la varianza. En el segundo se introdujeron variables de la evaluación inicial para la predicción de molestias corporales en el seguimiento. En este segundo análisis la primera variable en entrar en el modelo de predicción fue la ansiedad por la salud que explicó un 38% de la varianza detrás de la que entró la medida de molestias corporales que incrementó la varianza explicada al 47%.

En resumen, en la evaluación inicial tanto el grupo de sujetos que mantenían ansiedad por la salud notable como el que no (evaluada a través del protocolo de entrevista) difirieron escasamente en las medidas de autoinforme de esta variable. Solamente en una de las medidas específicas de ansiedad por la salud, la preocupación por la enfermedad, las diferencias alcanzó significación estadística. Por otra parte, en la valoración general de la preocupación por la enfermedad, los sujetos del GASM tendían a juzgarla más alta que los del GAST. El grado de malestar emocional, aunque en dos variables tendía a ser discretamente menor (HAD.D y STAIR) en el GAST era alto en

ambos grupos. Estos dos grupos también fueron muy semejantes en la valoración que hacían de su salud, la limitación funcional y la frecuencia de consultas médicas. Asimismo, no difirieron en las distintas dimensiones de la ansiedad por la salud valoradas a través de la entrevista (frecuencia de las preocupaciones, creencias de enfermedad, repercusión emocional de la preocupación y conductas asociadas a la misma). Solamente en una variable relativa a experiencias de enfermedad en la infancia tendía a haber diferencias entre los grupos: la tendencia a hacer consultas con frecuencia en la infancia. En las otras variables, aunque hubo diferencias con respecto al GC, en algunos casos significativas, fueron muy similares. Finalmente, los sujetos del GASM tendían a hacer juicios menos favorables de la evaluación médica de sus problemas de salud.

Limitaciones

Hay, como es obvio, un riesgo en el planteamiento de considerar no solo los casos en los que la preocupación y ansiedad es de la intensidad que justifica el diagnóstico del trastorno hipocondríaco. Este riesgo tiene que ver con la posibilidad de “problematizar” manifestaciones de malestar menores o transitorias. No obstante, también es posible que la consideración por parte del médico de atención primaria de la presencia de ansiedad por la salud, entre pacientes que consultan con frecuencia, que manifiestan molestias para las que no se encuentran alteraciones que las justifiquen y con variados niveles de afectación emocional, facilite al paciente la expresión abierta de sus temores y, probablemente en muchos casos, la posibilidad al médico de ofrecer una tranquilización simple y efectiva. Ya Ryle (1948) planteó la importancia de este modo de intervenir del médico y ofreció el siguiente ejemplo de un paciente con miedo al cáncer: “en uno de estos (casos), tras completar el examen y mientras aun me preguntaba que podría sugerirle como tratamiento, comencé a decir ‘me alegra decirle que no hay signos de cáncer o cualquier otra enfermedad seria’, ‘gracias’ replicó inmediatamente, ‘esto es todo lo que quería saber’”. La consideración, por parte del médico de atención primaria, de la posible presencia de preocupación somática significativa abre un camino para intervenciones potencialmente eficaces en aquellos pacientes con ansiedad por la salud perturbadora y mantenida. Esta cuestión es especialmente relevante si se considera que estos temores son raramente explicitados de manera espontánea por el paciente (Mayou, 1976; Weinmann & Petrie, 1997).

Intervenciones potencialmente útiles son el reaseguramiento simple (tal como señaló Ryle) u otras cuando este se compruebe insuficiente. Por ejemplo, Robbins & Kirmayer (1996) indican que a diferencia del reaseguramiento simple, en estos pacientes con notable preocupación hipocondríaca, puede ser más útil una explicación simple de lo que el síntoma es, en contraste a la afirmación de lo que no es. El paciente puede tener un esquema hipocondríaco de vulnerabilidad a la enfermedad que lo haga proclive en momentos en los que surgen síntomas a focalizarse en los mismos y a interpretarlos como enfermedad grave. La explicación del médico puede servir como un nuevo modelo para representar el síntoma y ponerlo a prueba durante los episodios de malestar físico subsiguientes. Ello puede facilitar la generación de atribuciones más benignas e impedir entrar en la dinámica frecuente de síntomas, interpretaciones alarmantes, ansiedad, intensificación de los síntomas, aumento de la preocupación y así sucesivamente. Noyes, Kathol, Fisher, Phillips, Suelzer & Woodman (1994), por su parte, recomiendan el reaseguramiento específico más la programación de consultas posteriores para reforzar el reaseguramiento inicial y desalentar la realización de pruebas médicas innecesarias y consultas inapropiadas. Cabe señalar, por otra parte, que en pacientes con trastorno hipocondríaco la duración del trastorno influye en los resultados del tratamiento en un sentido negativo, es decir, la identificación temprana de pacientes con ansiedad por la salud se asocia a una mayor eficacia del tratamiento (Kellner, 1983).

Otra limitación se deriva del carácter retrospectivo de algunos de los datos.

Número limitado de observaciones en el caso GASM-GAST.

No evaluación de variables potencialmente relevantes.

Conclusiones

Los resultados de la evaluación inicial y de seguimiento, tomados conjuntamente indican que la ansiedad por la salud tiende a mantenerse establemente y que se da asociada a un marcado malestar emocional actual (especialmente ansiedad) y afectividad negativa o neuroticismo. También indican que se asocia a valoraciones más negativas de los distintos ámbitos de la vida. Los sujetos con alta ansiedad por su salud

consultan con más frecuencia, realizan más pruebas médicas, tienen más limitaciones en el funcionamiento diario a causa de los síntomas físicos y en general se sienten más insatisfechos con su estado de salud. Sus médicos tienden a considerarlos como excesivamente preocupados por la enfermedad y con una expresión excesiva de molestias físicas para el estado objetivo de salud que, también según el médico, no difiere del de sujetos sin preocupaciones hipocondríacas significativas. Estos sujetos informaron con mayor frecuencia de experiencias relacionadas con la enfermedad en la infancia y de enfermedades entre familiares de primer grado en la actualidad.