

ESTÍMULOS VERBALES ASOCIADOS A HIPOCONDRIA

CLAUDIA CASTAÑEIRAS¹ y AMPARO BELLOCH²

¹ Universidad Nacional de Mar del Plata, Argentina

² Universidad de Valencia

(Recibido el 15 de junio de 2000)

Uno de los aspectos más importantes en la investigación psicopatológica desde un enfoque cognitivo es garantizar la adecuada selección de estímulos que se utilizan para identificar y evaluar los procesos, operaciones y/o estructuras cognitivas que subyacen al funcionamiento psicológico. En tal sentido, este trabajo tuvo como objetivo identificar y seleccionar un conjunto de estímulos verbales relacionados con sensaciones físicas y síntomas corporales que pudieran ser relevantes para la activación de «esquemas hipocondríacos». Con esta finalidad, se elaboró un instrumento formado por 77 palabras en el cual los sujetos debían valorar para cada una de ellas, y en escalas Likert de 0-10, 4 indicadores: *frecuencia subjetiva de uso*, *emocionalidad*, *poder descriptivo de enfermedad e imaginabilidad*. El instrumento fue cumplimentado por una muestra de 186 estudiantes universitarios (154 mujeres; 32 hombres; edad: 20-47 años). Los resultados permitieron establecer dos conjuntos de palabras: a) grado máximo de amenaza de enfermedad percibida (34 palabras), y b) grado mínimo de amenaza de enfermedad percibida (12 palabras). La consistencia interna para los 4 indicadores en los dos grupos de palabras fue satisfactoria (α de Cronbach = 0,84-0,94). Finalmente se investigaron las diferencias en las categorías mencionadas en función del género y la edad.

Palabras clave: Estímulos verbales, hipocondría, esquema hipocondríaco, trastornos somatoformes, ansiedad por la salud.

Verbal stimuli related to hypochondria

One of the most critical issues in cognitive psychopathological research is the accurate selection of the stimuli to be used in order to assess the processes, mechanisms and cognitive structures involved in the psychological functioning. From this perspective, the aim of this work has been to identify a set of verbal stimulus related to somatic sensations and symptoms, which could be relevant to the activation of «hypochondriacal schemata». With this purpose, an instrument containing 77 words was designed to obtain information on four parameters for each word: subjective frequency to use; emotionality; descriptive power of disease; and imaginability. One hundred and eighty six university students (154 women, 32 men; 20 to 47 years) completed the instrument, using Likert scale responses (from 0 to 10) for each one of the parameters assessed. The results showed two different sets of words: a) highest degree of disease threat (34 words), and b) lowest degree of disease threat (12 words). The internal consistency for both sets in each of the four parameters was satisfactory (Cronbach' α : 0.84 to 0.94). Differences among age ranges as well as sex were also investigated.

Key words: Verbal stimuli, hypochondriasis, hypochondriacal schemata, somatoform disorders, health anxiety.

INTRODUCCIÓN

En la investigación psicopatológica y clínica es de suma importancia contar con instrumentos y tareas adecuadas que per-

mitan indagar de un modo operativo la presencia de ciertas características del funcionamiento cognitivo-emocional de los sujetos. Por lo tanto, el tipo de estímulos utilizados —en sus distintas modalidades— constituye un aspecto central de la evaluación; asimismo nos enfrentamos a la necesidad de controlar

un número considerable de variables que afectan directamente al tipo de estímulos y que pueden influir en los resultados que se derivan de las condiciones experimentales. En este caso nos referimos por un lado a la probabilidad de asociación semántica de la palabra con ciertas valencias emocionales, a la familiaridad y a la frecuencia subjetiva de uso de dichas palabras en el lenguaje habitual del sujeto, etc. Por otro, a las características y el objetivo de la tarea experimental.

En cuanto a las tareas experimentales en las que se utilizan estímulos verbales, la selección de las palabras-estímulo debe poder asegurar que los descriptores sean lo suficientemente sensibles como para activar los esquemas implicados en los procesos, las operaciones y los productos cognitivos, según se trate, así como las valencias emocionales relacionadas con tales esquemas. De hecho, el control de variables como la *emocionalidad* y la *imaginabilidad* son requisitos a tener en cuenta, ya que pueden afectar considerablemente la validez de los resultados de las tareas (Paivio, 1971; Graves, Landis y Goodglass, 1981; Pascual, 1984; MacLeod, 1991; Campos y González, 1991; Martin, Williams y Clark, 1991).

La investigación que presentamos se centra en el trastorno hipocondríaco. Esta entidad, y los trastornos somatoformes en los que se encuadra, se caracteriza por la presencia de sensaciones físicas y/o síntomas corporales que no se justifican o explican por una condición médica, pero que sin duda constituyen un aspecto central del malestar o queja que manifiesta el paciente (DSM-IV, APA, 1994). Los estímulos verbales que se seleccionen para evaluar dicha psicopatología consistirán entonces en palabras que describan este tipo de sensaciones o síntomas corporales, teniendo en cuenta que deberán ser lo suficientemente *sensibles* para activar los *esquemas de enfermedad* de los sujetos, y, a su vez, será importante identi-

car aquellas que se comporten, al menos potencialmente, como indicadores de enfermedad (aspecto típico del trastorno hipocondríaco), es decir *específicas* para esta psicopatología.

La revisión de la literatura sobre el tema evidencia que las principales aportaciones recientes se han derivado básicamente de la teoría del procesamiento de la información a través de propuestas metodológicas que se muestran útiles para el diseño y la elaboración de tareas experimentales (escucha dicótica, la versión modificada del paradigma Stroop, tareas de memoria implícita, etc.), destinadas a investigar las distintas hipótesis cognitivas ofrecidas como explicación al desarrollo y mantenimiento de los trastornos psicológicos (MacLeod y Mathews, 1991; Eysenck, 1992).

Pero si bien se cuenta con antecedentes relevantes en este aspecto, la mayoría de los trabajos están dedicados a ansiedad y depresión (Mathews y MacLeod, 1985; Greenberg, Vázquez y Alloy, 1988; Martin, Williams y Clark, 1991; Mogg, Bradley, Williams y Mathews, 1993; Ruiz y Bermúdez, 1993; Blanch y Baños, 1996; Ruipérez y Belloch, 1997; Jiménez, Vázquez y Hernangómez, 1998), y, en los últimos años también se ha observado un aumento considerable en la investigación de los trastornos alimentarios (Perpiña, Hemsley, Treasure y de Silva, 1993; Cooper, y Fairburn, 1993; Pons y Perpiña, 1996), pero no contamos con referencias en el caso de los trastornos somatoformes.

Por este motivo consideramos necesario estudios como el presente que permitan contar con una adecuada selección de estímulos, en este caso verbales, con el fin de asegurar las condiciones metodológicas, y poder además disponer de un conjunto de palabras que describan sensaciones físicas y síntomas corporales que sean lo suficientemente sensibles y específicos como estímulos en el diseño de tareas experimentales.

Este propósito derivó en el trabajo que se presenta a continuación y que tiene como objetivo principal proporcionar datos normativos de un conjunto de *descriptores* relacionados con *malestar somático funcional* para su utilización en el estudio de trastornos como el que nos ocupa.

MATERIAL Y MÉTODO

Muestra

La muestra se recogió en las Facultades de Psicología de la Universidad de Valencia y la Universidad Jaume I de Castellón y estuvo compuesta por 186 sujetos, de los cuales 154 eran mujeres y 32 eran hombres. El rango de edad osciló entre 20 y 47 años ($M = 22,61$; $DT = 3,47$).

Si bien la composición de la muestra fue considerablemente homogénea en la variable edad, para análisis posteriores se establecieron en un primer momento tres grupos de edad según cortes percentilares: hasta 21 años-P25 ($N = 82$), entre 22 y 23 años-P50 ($N = 67$) y mayores de 23 años-P75 ($N = 37$). Posteriormente y a la luz de los resultados obtenidos se decidió finalmente considerar la variable edad en dos grupos, tomando como punto de corte la mediana de la distribución: 20-23 años (grupo 1, $N = 149$) y 24-47 años (grupo 2, $N = 37$).

Procedimiento

Originalmente se elaboró un listado de 77 palabras que suelen describir *sensaciones físicas o síntomas corporales más que signos de enfermedad*, a partir de distintas fuentes (otros instrumentos, manuales diagnósticos, diccionarios, etc.)

El listado de palabras seleccionadas fue ordenado al azar y cada una de ellas fue valorada en las categorías de: *frecuencia subjetiva de uso, imaginabilidad,*

emocionalidad y poder descriptivo de enfermedad. Es decir, la tarea consistía en que cada sujeto valorara de forma individual y en una escala Likert 0-10 (siendo 0=nada y 10=totalmente):

- con qué *frecuencia* utilizaba cada palabra en su lenguaje cotidiano; es decir, en qué medida cada palabra formaba parte de su modo de expresión habitual;
- en qué medida valoraba que cada palabra era capaz de provocarle una *emoción (positiva o negativa)*;
- en qué medida podía *imaginarse* una sensación relacionada con esa palabra, y por último,
- en qué medida valoraba que esa palabra *describía o indicaba* la presencia de enfermedad (poder descriptivo).

Para la última categoría comentada, posteriormente se establecieron dos grupos diferentes de palabras en función del grado de amenaza valorado por los sujetos, entendiéndose *grado de amenaza* como la capacidad del estímulo verbal para producir un significado de enfermedad manteniendo estable en todos los casos el grado de familiaridad lingüística de las palabras para los sujetos. Con esto último se trató de neutralizar que una mayor o menor valoración para el poder descriptivo de enfermedad no fuera debida a la falta de familiaridad en el uso de la palabra. A partir de esta distinción se establecieron dos grupos: aquellas palabras que presentaban un poder descriptivo de enfermedad valoradas de *amenaza máxima* y las que fueron valoradas como *amenaza mínima*, tomando como punto de corte estadístico el valor de la mediana para dicha categoría.

Análisis estadísticos

En primer lugar se hallaron los esta-

dísticos descriptivos (Media y Desviación Típica) para cada una de las palabras en las 4 categorías consideradas, tomando las puntuaciones dadas por la totalidad de los sujetos.

Posteriormente a partir de las palabras seleccionadas (según criterio estadístico mediana de la distribución, Md, por ser un estadístico adecuado para frecuencias y resistente a la presencia de valores extremos en la distribución), se establecieron dos grupos de estímulos: *amenaza máxima* (frecuencia de uso, Md \geq 6; poder descriptivo de enfermedad, Md \geq 6) y *amenaza mínima* (frecuencia de uso, Md \geq 6; poder descriptivo de enfermedad, Md $<$ 6).

Para estos dos grupos se realizaron pruebas *t* para muestras independientes y Anova de un factor respectivamente para analizar la presencia de diferencias en función del sexo y la edad para las puntuaciones que los sujetos dieron a la *frecuencia subjetiva de uso*, la *imaginabilidad*, la *emocionalidad* y el *poder descriptivo de enfermedad* de las palabras.

Finalmente se examinó la consistencia interna de cada categoría y se hallaron los coeficientes de fiabilidad (α de Cronbach), y se aplicaron pruebas *t* y análisis de correlación entre los grupos de categorías de amenaza máxima y mínima.

Todos los análisis estadísticos se realizaron con el paquete SPSS 8.0.

RESULTADOS

Los resultados obtenidos a partir de los análisis estadísticos comentados permitieron realizar una primera selección de las puntuaciones dadas al conjunto de palabras. De las 77 palabras originales, algunas de ellas fueron excluidas para los análisis posteriores por tratarse de

signos o condiciones patológicas en sí mismas (arritmia, anemia o alergia por ejemplo) así como otros descriptores (sed, hambre, sueño) que no constituyen potenciales indicadores de enfermedad. Con esta delimitación se redujo la cantidad de palabras a 46. La intención de incluir estas palabras en un principio fue valorar la tendencia de respuesta de los sujetos participantes en el estudio respecto del resto de palabras que sí describían sensaciones o síntomas benignos, relativamente habituales, y considerablemente difusos como potenciales indicadores de una enfermedad, y de este modo garantizar su mayor sensibilidad para captar el peso de la interpretación del sujeto con probable presencia de hipocondría.

En cuanto a los dos grupos resultantes (amenaza mínima/amenaza máxima), tal como se observa en la Tabla 1, se mantuvo la frecuencia de uso alta (Me \geq 6) para controlar los efectos que pudieran derivarse de la mayor o menor familiaridad o poco uso de la palabra y el peso que esto pudiera tener en el *poder descriptivo de enfermedad* valorado por los sujetos.

Asimismo en términos cualitativos los sujetos presentaron una mayor tendencia a formarse una imagen de los descriptores, que a asociarlos a alguna emoción y, a su vez, puntuaron con una mayor valencia emocional las palabras que describían sensaciones o síntomas más difusos y menos concretos a nivel somático (p.ej., debilidad, malestar, angustia). Al distinguir tipos de descriptores para la muestra general, nos encontramos con que las palabras desconcentración, tristeza, nerviosismo, irritabilidad y angustia fueron valoradas dentro del grupo de amenaza máxima en la variable *poder descriptivo de enfermedad*, siendo sin embargo descriptores semánticamente «no somáticos».

Tabla 1. Medidas de tendencia central obtenidas para la distribución de descriptores

Descriptores	Frecuencia de uso			Emocionalidad			Imaginabilidad			Poder descriptivo de enfermedad		
	Me	M	(DT)	Me	M	(DT)	Me	M	(DT)	Me	M	(DT)
Adelgazar	9	7,89	(2,25)	5	4,79	(3,07)	7	6,22	(2,97)	7	6,74	(2,37)
Afonía	6	5,68	(2,63)	3	3,95	(5,31)	7	6,82	(2,68)	6	5,88	(2,58)
Agujeta	8	7,51	(2,20)	3	3,48	(2,67)	8	7,03	(2,66)	3	3,72	(3,36)
Angustia	7	6,93	(2,41)	7	6,51	(2,74)	7	6,98	(2,23)	6	6,11	(2,42)
Bulto	7	6,84	(2,75)	5	4,59	(3,26)	7	6,62	(2,85)	7	6,70	(2,61)
Cansancio	9	8,58	(1,50)	6	5,64	(2,41)	8	7,74	(2,03)	7	6,32	(2,70)
Congestión	6	6,05	(2,37)	3,5	3,82	(2,64)	7	6,52	(2,51)	7	6,66	(2,21)
Debilidad	6	6,29	(2,25)	6	5,30	(2,58)	6	6,45	(2,22)	6	5,97	(2,46)
Desconcentración	7	6,48	(2,54)	6	5,35	(2,63)	7	6,89	(2,47)	6	5,66	(2,55)
Desgana	6	6,01	(2,46)	4,5	4,47	(2,74)	6	6,19	(2,49)	5,5	5,47	(2,48)
Desmayo	7	6,53	(2,63)	6	5,61	(2,67)	7	6,74	(2,67)	7	6,70	(2,30)
Diarrea	7	6,44	(2,64)	4,5	4,26	(2,60)	7	6,84	(2,53)	7	6,65	(2,48)
Dolor	9	8,71	(1,74)	8	7,19	(2,31)	8	7,26	(2,36)	8	6,90	(2,97)
Estornudo	9	8,56	(1,90)	2	3,06	(2,90)	9	8,00	(2,50)	6	5,86	(2,93)
Estreñimiento	6	5,81	(2,43)	3	3,72	(2,83)	7	6,41	(2,60)	6	5,97	(2,46)
Fatiga	7	6,98	(2,23)	6	5,50	(2,66)	7	6,98	(2,31)	6	5,98	(2,49)
Fiebre	9	8,04	(2,21)	6	5,83	(2,76)	8	7,78	(2,03)	9	8,30	(1,93)
Grano	9	8,49	(1,99)	3	3,92	(3,06)	8	7,49	(2,84)	3	4,05	(3,39)
Hipo	6	6,28	(2,58)	2	2,56	(2,50)	7	6,67	(2,99)	2	3,45	(3,43)
Indigestión	7	6,04	(2,56)	5	4,73	(2,82)	6	5,80	(2,72)	6	6,10	(2,52)
Insomnio	7	6,79	(2,42)	6	5,69	(2,77)	8	7,11	(2,35)	7	6,70	(2,42)
Intranquilidad	7	6,53	(2,27)	6	5,61	(2,80)	7	6,89	(2,26)	6	5,19	(2,54)
Irritabilidad	7	6,89	(1,92)	7	6,34	(2,42)	8	7,42	(2,16)	6	5,81	(2,52)
Jaqueca	6	5,57	(2,56)	5	5,08	(2,81)	7	6,47	(2,49)	7	6,29	(2,39)
Malestar	8	7,17	(2,25)	6	5,96	(2,35)	6	6,21	(2,37)	6	5,68	(2,67)
Mancha	7	6,77	(2,69)	3	3,37	(2,85)	7	6,44	(3,15)	6	5,73	(2,65)
Mareos	8	7,54	(2,26)	6	5,71	(2,64)	7	7,40	(2,15)	7	6,96	(2,09)
Molestia	8	8,03	(1,97)	5	5,02	(2,67)	7	6,52	(2,54)	5	5,17	(2,79)
Náuseas	6	5,44	(2,34)	6	5,96	(2,40)	7	6,98	(2,19)	7	6,77	(2,08)
Nerviosismo	9	8,38	(1,83)	8	7,11	(2,53)	9	8,18	(1,83)	6	6,15	(2,44)
Ojeras	8	7,84	(2,28)	3	3,29	(2,83)	8	7,04	(3,00)	5	4,60	(3,08)
Palidez	6	6,17	(2,47)	4	3,95	(2,63)	7	6,67	(2,60)	6	5,68	(2,55)
Palpitaciones	6	5,45	(2,56)	6	5,89	(2,61)	8	6,93	(2,52)	7	6,74	(2,48)
Picor	8	7,46	(2,33)	5	4,37	(2,76)	8	7,47	(2,30)	5	5,38	(2,83)
Pinchazo	7	6,47	(2,52)	5	4,70	(2,79)	7	6,67	(2,50)	5	5,13	(2,57)
Presión	6	5,44	(2,53)	3	3,71	(2,67)	5	4,98	(2,58)	5	4,93	(2,65)
Retortijones	6	5,70	(2,34)	4,5	4,50	(2,64)	7	6,69	(2,42)	5	4,95	(2,62)
Sangre	9	8,13	(2,35)	6	5,93	(3,13)	9	8,03	(2,48)	7	6,52	(3,24)
Somnolencia	6	5,50	(2,53)	5	4,36	(2,79)	7	7,14	(2,41)	6	5,66	(2,55)
Sudoración	6	5,87	(2,61)	5	4,60	(2,90)	8	7,04	(2,53)	6	5,81	(2,79)
Temblor	6	5,94	(2,39)	5	4,95	(2,66)	7	6,91	(2,29)	6,5	6,03	(2,68)
Tensión	7	7,10	(2,03)	6	5,73	(2,71)	7	6,54	(2,44)	6	5,82	(2,62)
Tirón	7	6,54	(2,49)	4	4,01	(2,83)	7	6,38	(2,77)	5	4,95	(2,96)
Tos	8	7,67	(2,37)	4	2,56	(2,27)	7	8,09	(7,93)	5	6,96	(2,38)
Tristeza	9	7,98	(2,21)	8	7,14	(2,54)	8	7,76	(2,28)	7	6,72	(2,42)
Vértigo	6	5,98	(2,55)	6	5,68	(2,69)	7	7,09	(8,06)	7	6,01	(2,51)

La aplicación de pruebas *t* puso de manifiesto la presencia de diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres, en las categorías de *emocionalidad* e *imaginabilidad* (7 descriptores), obteniendo las mujeres mayores puntuaciones medias en cuatro de

ellos para *emocionalidad* (adelgazar, dolor, irritabilidad, nerviosismo) y en cinco palabras (sudoración, nerviosismo, grano, náuseas, irritabilidad) para la categoría de *imaginabilidad*.

Sin embargo, para las categorías de *frecuencia subjetiva de uso* y *poder des-*

criptivo de enfermedad sólo en tres palabras se observaron estas diferencias significativas: intranquilidad y presión (puntuaciones medias mayores en hombres), y malestar (puntuaciones medias mayores en mujeres) en el indicador de

frecuencia subjetiva de uso, mientras que en el caso de *poder descriptivo de enfermedad*, dolor y tristeza fueron puntuadas más por las mujeres, y grano por los hombres. Estos resultados se pueden constatar en la Tabla 2.

Tabla 2. Diferencias entre hombres y mujeres (Pruebas *t*)

Descriptor		Frecuencia de uso	Emocionalidad	Imaginabilidad	Poder descriptivo
Adelgazar:	Hombres		3,59 (2,80)		
	Mujeres		5,04 (3,07)		
	<i>t</i>		-2,46 **		
Afonía:	Hombres		4,43 (3,05)		
	Mujeres		3,46 (2,45)		
	<i>t</i>		1,95*		
Diarrea:	Hombres		5,18 (2,58)	7,53 (1,93)	
	Mujeres		4,07 (2,58)	6,70 (2,62)	
	<i>t</i>		2,21*	2,06*	
Dolor:	Hombres		6,37 (2,53)		5,68 (3,15)
	Mujeres		7,36 (2,24)		7,15 (2,88)
	<i>t</i>		-2,21*		-2,58**
Grano:	Hombres			6,53 (2,95)	5,09 (3,34)
	Mujeres			7,69 (2,78)	3,84 (3,37)
	<i>t</i>			-2,12*	1,90*
Intranquilidad:	Hombres	7,28 (2,11)			
	Mujeres	6,37 (2,27)			
	<i>t</i>	2,06*			
Irritabilidad:	Hombres		5,53 (2,62)	6,62 (2,33)	
	Mujeres		6,51 (2,35)	7,59 (2,09)	
	<i>t</i>		-2,10*	-2,32*	
Malestar:	Hombres	6,40 (2,57)			
	Mujeres	7,33 (2,16)			
	<i>t</i>	-2,12*			
Mancha:	Hombres		4,61 (3,27)		
	Mujeres		3,12 (2,70)		
	<i>t</i>		2,69***		
Náuseas:	Hombres			6,06 (2,60)	
	Mujeres			7,18 (2,06)	
	<i>t</i>			-2,66***	
Nerviosismo:	Hombres		6,25 (2,86)	7,46 (2,09)	
	Mujeres		7,29 (2,43)	8,33 (1,74)	
	<i>t</i>		-2,13*	-2,47**	
Presión:	Hombres	6,56 (2,38)			
	Mujeres	5,21 (2,50)			
	<i>t</i>	2,79***			
Sudoración:	Hombres			6,25 (2,78)	
	Mujeres			7,20 (2,46)	
	<i>t</i>			-1,95*	
Tristeza:	Hombres				5,87 (2,64)
	Mujeres				6,89 (2,34)
	<i>t</i>				-2,19*
Vértigo:	Hombres			7,50 (2,31)	
	Mujeres			6,36 (2,80)	
	<i>t</i>			2,14*	

Nota: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,005$

Originalmente para la variable edad se diferenciaron tres grupos (hasta 21 años, 22-23 y 24-47, según percentiles) y se aplicó un Anova de un factor. Sin embargo a partir de las diferencias observadas, la mayoría de ellas encontradas entre los dos primeros grupos frente al tercero, se con-

sideró más adecuado considerar sólo dos grupos. En todos los casos el de menos edad mostró una mayor *frecuencia subjetiva de uso* y *mayor impacto emocional* asociado a los descriptores que el grupo de más edad. Los resultados obtenidos de la prueba *t* se muestran en la Tabla 3.

Tabla 3. Diferencias en edad (pruebas *t*)

Descriptor		Frecuencia subj. de uso	Emocionabilidad	Poder descrip. de enfermedad
Angustia:	Grupo 1		6,93 (2,53)	
	Grupo 2		5,00 (2,90)	
	<i>t</i>		4,01***	
Debilidad:	Grupo 1		5,47 (2,57)	
	Grupo 2		4,51 (2,57)	
	<i>t</i>		2,04*	
Desconcentra.:	Grupo 1			5,47 (2,54)
	Grupo 2			6,67 (2,26)
	<i>t</i>			-2,62***
Desmayo:	Grupo 1		5,91 (2,57)	
	Grupo 2		4,56 (2,76)	
	<i>t</i>		2,79***	
Dolor:	Grupo 1		7,38 (2,31)	
	Grupo 2		6,37 (2,20)	
	<i>t</i>		2,38**	
Fiebre:	Grupo 1		6,13 (2,67)	
	Grupo 2		4,89 (2,82)	
	<i>t</i>		2,48**	
Indigestión:	Grupo 1	6,28 (2,43)	4,96 (2,81)	
	Grupo 2	5,16 (2,81)	3,94 (2,66)	
	<i>t</i>	2,41**	1,98*	
Intranquilidad:	Grupo 1	6,71 (2,16)	5,92 (2,75)	
	Grupo 2	5,67 (2,48)	4,37 (2,78)	
	<i>t</i>	2,52**	3,04***	
Irritabilidad:	Grupo 1	6,99 (1,84)		
	Grupo 2	6,32 (2,13)		
	<i>t</i>	1,91*		
Malestar:	Grupo 1	6,23 (2,30)		
	Grupo 2	4,94 (2,09)		
	<i>t</i>	3,09***		
Molestia:	Grupo 1		5,32 (2,60)	
	Grupo 2		3,97 (2,62)	
	<i>t</i>		2,82***	
Náuseas:	Grupo 1		6,23 (2,26)	
	Grupo 2		4,91 (2,49)	
	<i>t</i>		3,08***	
Palidez:	Grupo 1	6,33 (2,39)		
	Grupo 2	5,45 (2,69)		
	<i>t</i>	1,93*		
Pinchazo:	Grupo 1	6,61 (2,41)		
	Grupo 2	5,72 (2,78)		
	<i>t</i>	1,93*		
Sangre:	Grupo 1		6,35 (3,03)	
	Grupo 2		4,56 (2,98)	
	<i>t</i>		3,21***	
Retortijón:	Grupo 1		4,78 (2,62)	
	Grupo 2		3,59 (2,52)	
	<i>t</i>		2,47**	

(Continúa)

Tabla 3. Diferencias en edad (pruebas *t*) (Continuación)

Descriptor	Frecuencia subj. de uso	Emocionabilidad	Poder descrip. de enfermedad
Somnolencia:	Grupo 1	5,71 (2,44)	4,58 (2,75)
	Grupo 2	4,81 (2,76)	3,62 (2,73)
	<i>t</i>	1,94*	1,91*
Tensión:	Grupo 1		5,89 (2,61)
	Grupo 2		4,94 (2,98)
	<i>t</i>		1,90*
Tristeza:	Grupo 1	8,15 (2,05)	
	Grupo 2	7,29 (2,67)	
	<i>t</i>	2,11*	
Vértigo:	Grupo 1	6,17 (2,45)	5,94 (2,60)
	Grupo 2	5,24 (2,90)	4,75 (2,83)
	<i>t</i>	1,97*	2,43**

Nota: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,00$. Grupo 1: 21-23 años. Grupo 2: 24-47 años.

Algunas de las palabras fueron sometidas a pruebas no paramétricas (U de Mann-Whitney) en la variable edad por ser adecuada para el tipo de distribución que presentaban. Con este análisis se hallaron también diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos de edad para: dolor, grano y nerviosismo en la categoría de *frecuencia subjetiva de uso* y para irritabilidad, nerviosismo, tirón y tristeza en *emocionalidad*.

En ninguno de los casos se hallaron para la variable *edad* diferencias estadísticamente significativas en la facilidad de los sujetos para imaginarse una sensación que pudiera ser descrita con esas palabras, y sólo para desconcentración hubo diferencias en la categoría *poder descriptivo de enfermedad*, donde el grupo de más edad presentó una mayor tendencia a considerar esta palabra como indicador de enfermedad.

A continuación se halló la consistencia interna de cada una de las cuatro categorías valoradas originalmente para los grupos de amenaza mínima y amenaza máxima por separado. En ambos casos los valores obtenidos fueron satisfactorios (grupo de amenaza máxima, $N = 34$; $\alpha = 0,93-0,94$; grupo de amenaza mínima, $N = 12$; $\alpha = 0,84-0,88$).

Finalmente se realizó un análisis correlacional entre los 8 grupos resultantes de las combinaciones de las cuatro categorías, en los dos grupos de amenaza diferenciados, para establecer la presencia y el tipo de relaciones entre ellos. La Tabla 5 muestra que la correlación entre las cuatro categorías fue considerablemente elevada para el grupo de amenaza máxima, oscilando entre 0,73-0,86, mientras que en el caso del grupo de amenaza mínima, estas fueron considerablemente menores (0,18-0,36). En todos los casos las correlaciones fueron positivas.

Tabla 4. Análisis de fiabilidad para los descriptores de amenaza máxima y mínima

Grupo Amenaza mínima (12)	α de Cronbach
Frecuencia subjetiva de uso	0,8826
Emocionalidad	0,8718
Imaginabilidad	0,8402
Poder descriptivo de enfermedad	0,8643
Grupo Amenaza máxima (34)	α de Cronbach
Frecuencia subjetiva de uso	0,9467
Emocionalidad	0,9465
Imaginabilidad	0,9387
Poder descriptivo de enfermedad	0,9372

Tabla 5. Correlaciones Spearman para las distintas categorías según pertenencia al grupo de amenaza máxima o mínima

Grupos	1	2	3	4	5	6	7	8
1	—	0,82**	0,20**	0,22**	0,15*	0,24**	0,35**	0,25**
2	—	—	0,24**	0,34**	0,27**	0,43**	0,28**	0,31**
3	—	—	—	0,86**	0,36**	0,31**	0,22**	0,23**
4	—	—	—	—	0,34**	0,37**	0,24**	0,33**
5	—	—	—	—	—	0,80**	0,18*	0,23**
6	—	—	—	—	—	—	0,24**	0,42**
7	—	—	—	—	—	—	—	0,73**
8	—	—	—	—	—	—	—	—

Nota: Grupo amenaza mínima: 1. emocionabilidad; 3. frecuencia subjetiva de uso; 5. imaginabilidad; 7. poder descriptivo de enfermedad. Grupo amenaza máxima: 2. emocionabilidad; 4. frecuencia subjetiva de uso; 6. imaginabilidad; 8. poder descriptivo de enfermedad.

CONCLUSIONES

Este trabajo tuvo como objetivo identificar, seleccionar y proporcionar datos normativos de un conjunto de palabras-estímulo (*descriptores*) relacionadas con las sensaciones físicas, y los síntomas corporales que pueden resultar relevantes para la activación de «esquemas hipocondríacos», tanto en la población sana como en la que presenta el trastorno. Ahora bien, como los valores normativos obtenidos corresponden a población no clínica, las palabras finalmente seleccionadas pueden entenderse como una línea base adecuada de estímulos verbales para el diseño de tareas experimentales que evalúen a la población potencialmente clínica de trastornos somatoformes, y particularmente hipocondría. De hecho, una característica distintiva de dicha psicopatología es justamente el *poder descriptivo de enfermedad* que le otorgan las personas con hipocondría a las sensaciones físicas o síntomas corporales, no necesariamente graves por su carácter objetivo como signo de enfermedad, sino muchas veces por lo inhabituales, o poco familiares que esas sensaciones les resultan.

Dicho esto, consideramos que los datos normativos ofrecidos para población sana pueden ser de utilidad como valores de referencia para la población clínica, ya

que si algo caracteriza a las personas que padecen o tienen alta probabilidad de padecer este tipo de trastornos es el carácter de indicador de enfermedad que conllevan las sensaciones corporales o los síntomas somáticos que experimenta, aunque sean menores e inocuos o poco frecuentes, más que el peso que puedan tener como signos de enfermedad.

Los indicadores valorados de *frecuencia subjetiva de uso*, *emocionabilidad*, *imaginabilidad* y *poder descriptivo de enfermedad* permitieron establecer algunas diferencias de interés para las variables de sexo y edad. El sexo se presenta como una variable discriminativa aunque sólo moduladora en mayor grado para las categorías de *emocionabilidad* e *imaginabilidad*, mientras que hombres y mujeres parecen diferir en mucha menor medida en la *frecuencia subjetiva de uso* de los descriptores y en el *poder descriptivo de enfermedad*.

Otro dato a destacar es que se observa que los hombres tienden a puntuar más que las mujeres para los 4 indicadores cuando se trata de descriptores más concretos y básicamente esta característica se destaca en la capacidad de asociar una imagen a ese estímulo y a provocarles una emoción (afonía; diarrea; vértigo), mientras que en las mujeres las mayores puntuaciones para estas categorías se dan

en descriptores más difusos somáticamente (dolor; irritabilidad; nerviosismo).

En cambio la edad sí parece constituir una variable relevante para la selección de los descriptores que se utilicen en el diseño de tareas experimentales. Concretamente, los sujetos más jóvenes en general tendieron a una mayor valoración en todas las categorías, a excepción del estímulo desconcentración en el que la tendencia de puntuación fue inversa.

Como conclusión consideramos que este estudio ofrece una base razonablemente segura y adecuada de estímulos verbales que pueden ser útiles para el diseño de tareas destinadas a evaluar la presencia de «esquemas hipocondríacos» en la población hispano-hablante.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder* (4ª ed.). Washington, DC: Autor. (Edición española, Barcelona: Masson, 1995).
- Belloch, A., Sandín, B., y Ramos, F. (1995). Conceptos y modelos en psicopatología. En A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos (Eds.), *Manual de Psicopatología* (Vol. 1). Madrid: McGraw Hill.
- Blanch, M.T., y Baños, R. (1996). Estímulos verbales y trastornos emocionales: un estudio sobre palabras con contenido emocional. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 1, 137-157.
- Campos, A., y González, M.A. (1991). Imagery, meaningfulness and emotionality values of words when meaning is controlled. *Perceptual and Motor Skills*, 73, 787-791.
- Chorot, P., Pérez-Llantada, C., y Sandín, B. (1995). Métodos de investigación en Psicopatología. En A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos (Eds.), *Manual de Psicopatología* (Vol. 1). Madrid: McGraw Hill.
- Cooper, M.J., y Fairburn, C.G. (1993). Demographic and clinical correlates of selective information processing in patients with bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 13, 109-116.
- Eysenck, M.W. (1992). *Anxiety: The cognitive perspective*. London: Hillsdale.
- Graves, R., Landis, T., y Goodglass, H. (1981). Laterality and sex differences in visual recognition of emotional and non-emotional words. *Neuropsychologia*, 19, 95-102.
- Greenberg, M.S., Vázquez, C., y Alloy, L.B. (1988). Depression versus anxiety: Differences in self-and other-schemata. En L.B. Alloy (Ed.), *Cognitive processes in depression* (pp. 109-142). New York: Guilford Press.
- Jiménez, F., Vázquez, C., y Hernangómez, L. (1998). Adjetivos en castellano de contenido depresivo auto-referente y de contenido neutral: normas de emocionalidad y frecuencia subjetiva de uso. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 3, 199-215.
- MacLeod, C. (1991). Half a century of research on the Stroop effect: An integrative review. *Psychological Bulletin*, 109, 163-203.
- MacLeod, C., y Mathews, A. (1991). Biased cognitive operations in anxiety: accessibility of information or assignment of processing priorities. *Behaviour Research and Therapy*, 30, 599-610.
- Martin, M., Williams, R.M., y Clark, D.M. (1991). Does anxiety lead to selective processing of threat-related information? *Behaviour Research and Therapy*, 29, 147-160.
- Mathews, A., y Klug, F. (1993). Emotionality and interference with color-naming in anxiety. *Behaviour Research and Therapy*, 31, 57-62.
- Mathews, A., y McLeod, C. (1985). Selective processing of threat cues in anxiety states. *Behaviour Research and Therapy*, 23, 563-568.

- Mogg, K., Bradley, B.P., Williams, R., y Mathews, A. (1993). Subliminal processing of emotional information in anxiety and depression. *Journal of Abnormal Psychology, 102*, 304-311.
- Paivio, A. (1971). *Imagery and verbal processes*. New York: Holt, Rinehart & Winston.
- Pascual, J. (1984). Categorización de la información personal. *Boletín de Psicología, 4*, 33-49.
- Perpiñá, C., Hemsley, D., Treasure, J., y de Silva, P. (1993). Is the selective information processing of food and body words specific to patient with eating disorders? *International Journal of Eating Disorders, 14*, 359-366.
- Pons, C., y Perpiñá, C. (1996). Palabras relacionadas con la comida y el cuerpo: un estudio sobre la selección de material estimular con significado para utilizar en tareas experimentales en el área de los trastornos alimentarios. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica, 1*, 159-167.
- Ruipérez, M.A., y Belloch, A. (1997). Depresión y autoesquemas depresivos en pacientes deprimidos y ansiosos. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica, 2*, 65-80.
- Ruiz, J.A., y Bermúdez, J. (1993). Estado de ánimo depresivo, decisión léxica y percepción de información emocional. *Boletín de Psicología, 39*, 67-76.