

## **HIPOCONDRIA: ¿UN TRASTORNO TRATABLE?**

**M<sup>a</sup> Pilar Martínez Narváez-Cabeza de Vaca<sup>1</sup>**

**Cristina Botella Arbona<sup>2</sup>**

**Amparo Belloch Fuster<sup>1</sup>**

*<sup>1</sup> Universitat de València.*

*<sup>2</sup> Universitat Jaume I, Castellón.*

### **RESUMEN**

El presente trabajo se sitúa en el marco de los estudios que se están dedicando en los últimos años a desarrollar estrategias de tratamiento para los problemas hipocondriacos. Se describen las pautas generales de actuación para el manejo de este tipo de trastornos. Asimismo, se presenta una adaptación del programa de tratamiento cognitivo-comportamental para la hipocondría elaborado por Salkovskis y Warwick y se comenta la eficacia de este programa.

**Palabras clave:** hipocondría, tratamiento cognitivo-comportamental, eficacia

### **ABSTRACT**

During the last few years, some studies are being carried out on the development of treatment strategies for hypochondriacal problems. This paper is also focussed on this topic. The guidelines to the management of hypochondriasis are described. Moreover, an adaptation of the cognitive-behavioural treatment programme for hypochondriasis developed by Salkovskis and Warwick is presented and the efficacy of this programme is discussed.

**Key words:** hypochondriasis, cognitive-behavioural treatment, efficacy

## INTRODUCCIÓN

El tratamiento de la hipocondría ha tenido hasta hace pocos años una contundente respuesta negativa. Durante mucho tiempo los pacientes hipocondríacos han sufrido la "marginación" de algunos profesionales de la salud por llevar el "estigma" de ser pacientes muy resistente al tratamiento y con los que resulta difícil establecer una adecuada relación terapéutica. Afortunadamente, en la actualidad estamos presenciando un intento por paliar este estado de cosas, tratando de desarrollar métodos de intervención que permitan un mejor manejo del trastorno

Desde una perspectiva médica, la principal estrategia utilizada para la hipocondría ha sido la terapia farmacológica. Aunque algunos estudios han informado de resultados alentadores acerca del tratamiento de esta condición con compuestos tales como la clomipramina (Kamlana y Gray, 1988), la imipramina (Wesner y Noyes, 1991) y la fluoxetina (Fallon, Liebowitz, Salman, Schneier, Jusino, Hollander y Klein, 1993), no se dispone por el momento de datos concluyentes al respecto. Desde un enfoque psicológico comportamental y/o cognitivo-comportamental, las técnicas más aplicadas han sido la desen-sibilización sistemática (Floru, 1973; Rifkin, 1968), el manejo de contingencias (Mansdorf, 1981; Reinders, 1988; Williamson, 1984), y la exposición in vivo y/o en imaginación junto con la prevención de respuesta (Logsdail, Lovell, Warwick y Marks, 1991; Warwick y Marks, 1988).

Por otra parte, en los últimos años se han diseñado diversos programas de orientación cognitivo-comportamental para abordar los problemas hipocondríacos entre los que destacan el de Barsky, Geringer y Wool (1988), House (1989), Salkovskis y Warwick (Salkovskis, 1989, 1991; Warwick, 1989; Warwick y Salkovskis, 1989, 1990), Stern y Fernández (1991), Sharpe, Peveler y Mayou (1992), Avia (1993), y Speckens, Spinhoven, Hawton, Bolk y van Hemert (1996). Aunque las expectativas que han suscitado estos programas son muy favorables, todavía no existe suficiente evidencia empírica sobre su validez terapéutica. De todas estas propuestas las que han contado con mayor respaldo empírico han sido la de Barsky y colaboradores y la de Salkovskis y Warwick, centradas respectivamente en el tratamiento del estilo somático

amplificador y de las interpretaciones catastróficas de los síntomas.

El presente trabajo tiene dos objetivos. El primero consiste en señalar las pautas generales a contemplar en el abordaje de los pacientes hipocondríacos, y en general en los somatizadores. El segundo objetivo estriba en describir la adaptación que hemos realizado del programa de tratamiento para la hipocondría realizado por Salkovskis y Warwick y exponer la posible utilidad del programa en nuestro contexto.

## RECOMENDACIONES GENERALES

Entre los trabajos existentes sobre el tratamiento de la hipocondría y/o condiciones similares destacan algunos informes que, sin constituir programas terapéuticos formales, han planteado algunas sugerencias que pueden resultar útiles para abordar este tipo de problemática. Puesto que una importante proporción de las personas que presentan problemas hipocondríacos o de somatización son asiduos "clientes" de las consultas de los médicos generales y/o especialistas, algunos autores (p. ej., Bass y Benjamin, 1993; Dubovsky, 1988; Marshall, 1987) han reseñado unas líneas generales de actuación que pueden ayudar a los profesionales de la salud a lograr un manejo más adecuado de tales pacientes.

### Las recomendaciones de Marshall (1987)

Según Marshall, el primer paso para manejar (que no curar) a una persona con problemas hipocondríacos o de somatización, consiste en transmitirle de manera sutil pero clara, la idea de que el médico se encuentra más interesado en establecer una buena relación médico-paciente que en curar sus síntomas. Durante la fase diagnóstica se acuerda con el paciente ir abordando los síntomas de uno en uno, y se le plantea la realización de aquellas pruebas clínicas que permitan al médico excluir la existencia de un trastorno orgánico (éstas nunca deben ir encaminadas a tranquilizar al paciente). A continuación, se le propone la posibilidad de concertar nuevas citas con el fin de que el médico pueda llegar a conocerle mejor, entender sus síntomas adecuadamente y determinar

Tabla 1.- Estrategias de tratamiento para los pacientes somatizadores e hipocondríacos (Marshall, 1987)

Hacer	No hacer
<p>Proporcionar una aproximación de apoyo.</p> <p>Considerar un síntoma cada vez.</p> <p>Centrar el interés en las cuestiones de la vida y no en los síntomas.</p> <p>Permitir al paciente que mantenga las defensas (contra la enfermedad) con el mínimo de sufrimiento y de consumo de recursos médicos.</p> <p>Citas regulares (dos veces a la semana, una vez al mes) y de corta duración (10-20 minutos).</p> <p>Contrato: acuerdo mutuo explícito entre médico y paciente.</p> <p>Solicitar solamente los exámenes necesarios para convencer al médico de que no existe patología orgánica (no para tranquilizar al paciente).</p> <p>El diagnóstico debe implicar una enfermedad crónica pero benigna.</p> <p>Ayudar al paciente a renovar los intereses de su vida.</p> <p>Cuando la medicación sea necesaria, utilizar la dosis más baja de la medicación más suave que el paciente aceptará con el propósito de suspenderla tan pronto como sea posible.</p> <p>Establecer citas más frecuentes en los momentos de estrés.</p>	<p>Ignorar las quejas.</p> <p>Minimizar las quejas.</p> <p>Ofrecer información tranquilizadora definitiva.</p> <p>Promesas de cura.</p> <p>Decir "no hay nada físico".</p> <p>Utilizar placebos.</p> <p>Utilizar explicaciones psicológicas de las quejas.</p> <p>Utilizar aproximaciones de <i>insight</i> o confrontación.</p> <p>Remitir directamente al psicólogo o al psiquiatra (habitualmente no aceptados por el paciente).</p>

aquellos aspectos de su vida que pueden estar afectando a su problema.

A lo largo de cada sesión el terapeuta da al paciente la oportunidad de hablar libremente durante algunos minutos. Aunque al principio es posible que éste centre su conversación en sus síntomas, a medida que vaya transcurriendo el tratamiento, el núcleo de atención se irá desplazando hacia otros temas. Esto permitirá que, poco a poco, vaya dándose cuenta de que ha estado tan pendiente de sus preocupaciones que ha descuidado otros ámbitos de su vida (p. ej., relaciones sociales). A medida que se vayan sucediendo las sesiones, el clínico irá tomando

un mayor control, tanto en las citas como en el contenido de las sesiones. En la Tabla 1 se recogen algunas otras indicaciones de Marshall para el tratamiento de estos casos.

#### Las recomendaciones de Dubovsky (1988)

Dubovsky ha propuesto una línea de intervención para el manejo de los pacientes somatizadores, basada en la consideración de que el problema nuclear de estos pacientes reside en su necesidad de cuidado y atención por parte de los demás, y en su tendencia a utilizar el lenguaje corporal como modo de

expresar sus dificultades psicológicas. Su formulación se sintetiza en los diez principios siguientes:

1. *Ver al paciente de manera regular.* Hay que asegurar al paciente que puede tener un acceso permanente al clínico; así se evitará que utilice las quejas físicas como "excusa" para ser atendido. En un principio, el paciente podría ser visto una vez cada 2-6 semanas durante 15-30 minutos; posteriormente, las visitas se irían recortando en frecuencia y duración hasta quedar reducidas a 1-2 visitas al año durante 10 minutos.

2. *Aceptar la necesidad que tiene el paciente de ser considerado como un enfermo.* Transmitir al paciente la idea de que aunque los síntomas mejoren, su problema es de carácter crónico. En este contexto, el tratamiento está dirigido a proporcionarle apoyo y comprensión.

3. *No permitir visitas que sean contingentes con las quejas somáticas.* En la misma línea que el primer principio, hacer ver al paciente que puede consultar a su terapeuta aunque se encuentre bien, reduce la probabilidad de que utilice los síntomas físicos como modo de acceder a él.

4. *No prolongar los contactos con el paciente como respuesta al incremento de síntomas.* Se debe informar al paciente con antelación, de la duración de la consulta y su finalización con puntualidad, con el fin de que el paciente no pretenda controlar, con la gravedad de su sintomatología, el tiempo que el clínico le dedica.

5. *Fijar por adelantado una fecha para dar el alta a los pacientes ingresados.* Esta indicación está dirigida a aquellos pacientes somatizadores que son hospitalizados con el fin de someterles a exploraciones clínicas que permitan descartar una posible enfermedad orgánica. La hospitalización no tendrá por objeto, necesariamente, eliminar o reducir los síntomas, ni tendrá una duración prolongada, ya que, por ser una situación potencialmente gratificante para el paciente, puede dificultar su posterior alta clínica.

6. *Permitir al paciente estructurar el contenido de las discusiones.* Formular preguntas abiertas (p. ej., ¿cómo se ha sentido?), no implicarse en discusiones acerca de los síntomas o sobre si realmente el paciente está enfermo, y favorecer los comentarios de éste acerca de sus emociones.

7. *Minimizar las ganancias secundarias.* Antes de decidir cuáles van a ser las metas del tratamiento, es preciso resolver los problemas relativos a demandas de invalidez y litigios. Se ayudará a la familia a que no reestructure su funcionamiento en torno a la enfermedad del paciente sino a que, progresivamente, vaya incrementando las tareas que se le exigen a éste, con independencia de cómo se encuentre.

8. *Enseñar al paciente a expresar con palabras sus emociones.* Hacer que el paciente se dé cuenta de que el terapeuta está interesado, no sólo en su sintomatología física sino también en las emociones que experimenta.

9. *Control firme de las reacciones hacia el paciente.* Los pacientes que exhiben una conducta de role de enfermo pero al mismo tiempo rehúsan los intentos del terapeuta por ayudarlo, suelen provocar en éste fuertes reacciones emocionales, que le llevan a decirle, por ejemplo, que no vuelva a menos que empeoren los síntomas o a tratarle con excesiva hostilidad. El clínico debe aprender a detectar y controlar este tipo de reacciones.

10. *Estar alerta ante la aparición de enfermedades físicas concurrentes.* Cuando el paciente tenga síntomas que no puedan ser explicados por la aparición de nuevos estresores o por la falta de habilidad del terapeuta, es posible que se trate de un nuevo problema físico.

### **Las recomendaciones de Bass y Benjamin (1993)**

Bass y Benjamin han señalado una serie de estrategias para el tratamiento de los pacientes somatizadores por parte del médico general o el especialista: 1) identificar los factores psicosociales que pueden estar incidiendo en el problema; 2) proporcionar información clara sobre los resultados obtenidos en las pruebas realizadas; 3) planificar el tiempo que se dedica a atender al paciente; 4) elaborar y negociar con el paciente el contenido de la agenda; 5) poner límites a la realización de exámenes clínicos; 6) explicar al paciente los motivos por los cuales se le va a remitir a otro especialista; 7) evitar los diagnósticos espúreos; 8) no dar tratamiento para la condición médica que el paciente no tiene; 9) evitar mantener un modelo dualista (problema físico vs. problema mental); 10) pro-

porcionar un modelo explicativo de los síntomas; 11) remitir al paciente al psiquiatra o al psicólogo clínico cuando se carezca del tiempo o las destrezas oportunas; 12) procurar que siempre sea el mismo médico el que atiende al paciente; 13) decir al paciente honestamente, que va a ser remitido para una exploración psiquiátrica; 14) realizar una evaluación del estado del paciente conjuntamente con el médico/especialista-psiquiatra/psicólogo clínico; 15) rebatir las excusas del paciente para visitar al psiquiatra; y 16) ser consistente a lo largo de las actuaciones que emprenda.

### Recomendaciones de Salkovskis (1989)

Por otra parte, y desde una perspectiva más centrada en la actuación psicológica, Salkovskis ha planteado una serie de principios generales que sirven como guía para la aplicación de las diversas estrategias de intervención de corte cognitivo-comportamental (consúltese la Tabla 2). Entre estos principios destacarían, por ejemplo, la insistencia en que la finalidad de la interven-

ción consiste en ayudar al paciente a que conozca cuál es su problema y no en descubrir las enfermedades que no tiene; el reconocimiento explícito de la veracidad de los síntomas corporales que el paciente dice experimentar (no se considera que éstos son fingidos ni simulados) y el firme propósito de tratar de ofrecer con el tratamiento una explicación convincente del origen de los mismos; y la diferenciación entre las "explicaciones apropiadas" consistentes en proporcionar de manera clara y comprensible información relevante que el sujeto no posee, y las "explicaciones inapropiadas" que incluirían la realización de pruebas clínicas innecesarias y la provisión reiterada de datos irrelevantes o redundantes.

Posiblemente hay muchas indicaciones de gran utilidad entre las propuestas señaladas, no obstante, las autoras de este trabajo abogamos por las sugeridas por Salkovskis (1989) puesto que, desde un punto de vista psicológico, son las que pueden resultar más idóneas para el tratamiento de un paciente hipocondríaco.

Tabla 2.- Principios generales del tratamiento cognitivo-conductual de los problemas somáticos relacionados con la ansiedad (Salkovskis, 1989)

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

## PROGRAMA DE TRATAMIENTO PSICOLÓGICO

Salkovskis y Warwick (Salkovskis, 1989, 1991; Salkovskis y Warwick, 1986; Warwick, 1989; Warwick y Salkovskis, 1989, 1990) a partir de su modelo explicativo de la hipocondría han propuesto una línea de tratamiento para este trastorno. La intervención está dirigida a enseñar al paciente a que detecte y sustituya por otros más adaptativos los comportamientos problemáticos, los pensamientos automáticos negativos sobre los síntomas físicos y los supuestos disfuncionales sobre la salud/enfermedad. Para lograr estos objetivos las principales estrategias utilizadas son:

1. *Comportamientos problemáticos.* Se recurre a experimentos con las conductas involucradas en el mantenimiento del problema, a la prevención de las conductas de verificación del estado corporal y de búsqueda de información tranquilizadora, y a la retirada de la atención a los comentarios sobre los síntomas.

2. *Pensamientos automáticos negativos.* Se requiere la identificación de dichos pensa-

mientos y la evidencia en la que se apoyan, así como la elaboración y comprobación de explicaciones alternativas no patológicas sobre la naturaleza de los síntomas. Para ello se utilizan técnicas verbales y experimentos comportamentales.

3. *Supuestos disfuncionales.* Se hace uso de procedimientos similares a los anteriores centrados en la reatribución y los experimentos comportamentales.

Basándonos en las directrices generales que han expuesto Salkovskis y Warwick en diversos trabajos, hemos estructurado un protocolo terapéutico para la hipocondría (consúltase Botella y Martínez, 1997; Martínez, 1997; y Martínez y Botella, 1997). El programa consta de 10 sesiones, cada una de ellas con una duración de aproximadamente una hora y con una periodicidad semanal. El protocolo se desarrolla en tres fases: a) formulación del modelo y obtención del compromiso (sesiones 1 y 2); b) estrategias de intervención (sesiones 3, 4, 5, 6, 7 y 8); y c) prevención de recaídas (sesiones 9 y 10). En la Tabla 3 se recogen los principales contenidos de estas fases.

Tabla 3.- Contenido de las fases de intervención

<b>FORMULACIÓN DEL MODELO Y OBTENCIÓN DEL COMPROMISO</b>
1. Plantear la hipótesis que el paciente considera que explica el problema ("trastorno orgánico").
2. Proponer una nueva hipótesis alternativa a la anterior ("problema de ansiedad").
3. Comparar las dos hipótesis explicativas del problema.
4. Establecer el contrato terapéutico.
5. Plantear la lógica del tratamiento.
<b>ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN</b>
1. Discusión del factor conductual en el mantenimiento del problema.
2. Lista de "auto-prohibiciones".
3. Pautas de actuación para los familiares.
4. Desafío verbal de las interpretaciones negativas de los síntomas (I).
5. Desafío verbal de las interpretaciones negativas de los síntomas (II).
6. Role de la auto-atención en la percepción de las sensaciones corporales.
7. Efectos paliativos de la distracción.
8. Entrenamiento en técnicas de distracción.
9. Reestructuración de las imágenes espontáneas desagradables.
10. Identificación y discusión de las creencias disfuncionales.
<b>PREVENCIÓN DE RECAÍDAS</b>
1. Repaso del contenido de las sesiones anteriores.
2. Repaso de la evolución del paciente a lo largo de la terapia.
3. Valoración de las creencias residuales y futuras preocupaciones del paciente.
4. Conveniencia de generalizar el contenido de la terapia a otras sensaciones corporales.
5. Conveniencia de seguir practicando las técnicas aprendidas.
6. Resolución de dudas finales respecto al tratamiento.
7. Programación de las evaluaciones de post-tratamiento y seguimientos.

## Formulación del modelo y obtención del compromiso

### 1ª Sesión

La sesión comienza resumiendo la información recogida durante la fase de evaluación, enfatizando los datos que en opinión del paciente confirman su sospecha de que se encuentra gravemente enfermo, y haciéndole ver que existen datos que no concuerdan con su idea de enfermedad. Seguidamente, frente al planteamiento inicial que mantiene el paciente (padece una grave enfermedad), el terapeuta introduce una hipótesis explicativa alternativa basada en la consideración de la situación como un problema de ansiedad.

Para que el paciente empiece a entender este nuevo enfoque recurrimos a algunas de las ideas que utilizan Barlow y Cerny (1988). Se discuten e ilustran los siguientes conceptos: a) qué es la ansiedad (se explica que la ansiedad es una emoción que actúa como un sistema de alarma que se dispara cuando percibimos una amenaza); b) valor adaptativo de la ansiedad (se incide en el hecho de que la ansiedad es beneficiosa en la medida en que permite que las personas pongamos en marcha los mecanismos necesarios para hacer frente al peligro o escapar de éste, pero resulta perjudicial cuando se activa ante situaciones inofensivas); c) formas de manifestarse la ansiedad (se describe la presentación de la ansiedad a nivel fisiológico, cognitivo y comportamental); y d) relación entre pensamiento, emoción y conducta (se ilustra este vínculo recurriendo al ejemplo de Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979, págs. 138-139; y a los episodios de preocupación registrados por el paciente). Asimismo, se comentan y ejemplifican los factores responsables de la aparición y agravamiento de los síntomas y signos físicos (p. ej., una herida empeora si se la toca de manera reiterada).

A continuación, se ilustra el modelo cognitivo-comportamental del desarrollo y mantenimiento de la hipocondría propuesto por Salkovskis y Warwick, a través de la descripción de un caso de "fobia cardíaca" y la elaboración de las correspondientes figuras clarificadoras. La presentación de este tipo de casos suele facilitar la disposición del paciente a analizar su problema en términos similares a los expuestos. Así, el terapeuta, contando con la colaboración activa del paciente, elabora esquemas explicativos del

problema que contemplan los elementos básicos que han sido recogidos durante la evaluación.

Como tarea para casa se propone al paciente que reflexione sobre las figuras elaboradas para su problema y que haga un listado que incluya las ideas con las que está de acuerdo y las ideas con las que no lo está. También se le pide que anote las dudas que le hayan podido surgir así como los comentarios que quiera plantear al respecto.

### 2ª Sesión

La primera parte de la sesión se dedica a evaluar las ventajas y desventajas de cada una de las hipótesis explicativas del problema (enfermedad física vs. ansiedad). Esta cuestión se puede abordar discutiendo, por ejemplo, los escasos logros que ha conseguido el paciente intentando tratar el problema como un trastorno orgánico y los beneficios que podría conseguir con el modelo psicológico propuesto.

Seguidamente, se ofrece al paciente la posibilidad de abordar su problema, de acuerdo con el nuevo enfoque sugerido por el terapeuta, durante un período de tiempo limitado que será de, al menos, dos meses. Esta propuesta se plantea como una hipótesis provisional de trabajo que tendrá que ser sometida a prueba, es decir, deberá ser comprobada a través de la correspondiente evidencia empírica. Se explica al paciente que la aceptación de la propuesta no conllevará ninguna consecuencia negativa para él puesto que si la intervención psicológica funciona su problema se habrá resuelto, pero en caso contrario al menos le quedará la certeza de haber considerado todas las posibles formas de solucionar el problema y podrá retomar la hipótesis inicial de enfermedad.

En algunas ocasiones, el paciente se muestra reticente a iniciar el tratamiento psicológico a no ser que se someta a un "último" reconocimiento médico. En estos casos es recomendable actuar del siguiente modo: a) que un médico le haga de nuevo un examen físico para tranquilizarle; y b) evaluar la ansiedad por la salud, la convicción de enfermedad y la necesidad de información tranquilizadora, antes, inmediatamente después y transcurrido un período más largo tras la consulta médica. Con este procedimiento se hace ver al paciente que

la información tranquilizadora desempeña una función importante en el mantenimiento del problema (aunque a corto plazo tranquiliza, a la larga aumenta la preocupación), y se facilita la aceptación de la prevención de respuesta (supresión de la información tranquilizadora) como estrategia de intervención.

Una vez que hemos conseguido la suficiente implicación del paciente para tratar de solucionar su problema de acuerdo con el enfoque propuesto, se le explica, en términos generales, que el tratamiento consistirá en cortar el círculo vicioso que contribuye a mantener la preocupación por la salud, y en recabar información que permita examinar la utilidad de la nueva conceptualización.

Como tarea para casa se solicita al paciente que reflexione sobre su tratamiento y que conteste por escrito a las siguientes preguntas: ¿por dónde se podría cortar el círculo de la ansiedad por la salud?, y ¿qué cosas debería hacer y qué cosas no debería hacer para ayudarse a sí mismo?".

## **Estrategias de Intervención**

### **3ª Sesión**

La sesión se inicia exponiendo brevemente las estrategias de intervención que se van a utilizar. Se subraya que la terapia va a estar dirigida a analizar los factores implicados en su preocupación por la salud y a enseñarle una forma más lógica y realista de pensar sobre sus síntomas físicos.

El núcleo de la sesión consiste en discutir el papel de algunas de las conductas que el paciente realiza en el mantenimiento del problema. A través de experimentos comportamentales se muestra la influencia de la evitación de determinadas actividades, la auto-inspección corporal, la búsqueda de información tranquilizadora, etc. El terapeuta se centra en las conductas que más relevancia tienen en el problema del paciente. A título ilustrativo exponemos los siguientes experimentos:

1. Conductas de evitación 1. Se solicita al paciente que realice las conductas que evita (p. ej., deporte) y compruebe si producen el efecto negativo esperado (p. ej., un ataque al corazón).

2. Conductas de auto-inspección corporal. Se pide al paciente que presione con fuerza la zona de su cuerpo que le preocupa para que

verifique el aumento del malestar que esta conducta produce.

3. Conductas de consultas médicas. Se utiliza el ejercicio del "último" reconocimiento médico. Se hace ver cómo esta conducta aunque en un principio proporciona cierto alivio a la preocupación con el transcurso del tiempo la empeoran.

Después de estas ilustraciones, paciente y terapeuta acuerdan establecer una lista de actividades que el paciente se compromete a no realizar a partir de ese momento. Estas "auto-prohibiciones" son: 1) realizar visitas innecesarias a médicos y repetir exploraciones clínicas; 2) hablar de sus síntomas a familiares, amigos y compañeros de trabajo; 3) informarse (p. ej., lecturas, T.V., radio) o conversar con otras personas sobre temas relacionados con enfermedades; y 4) observarse o tocar las zonas de su cuerpo objeto de sus preocupaciones.

Para conseguir que la familia y las personas más allegadas se involucren en el tratamiento, se les informa de las repercusiones negativas que tienen sus intentos de tranquilizar al paciente. Asimismo, se les da la siguiente pauta de actuación: "cuando X le hable de sus molestias físicas y de temas relacionados con la enfermedad, dígame con tono de voz neutro (ni agresivo ni demasiado suave) lo siguiente: 'no puedo contestar a tus comentarios'. Si insiste de nuevo, vuelva a repetir la frase anterior e intente hablar de otro tema. Repita la frase tantas veces como sea necesario".

A partir de esta sesión y hasta el final del tratamiento se propone al paciente como tarea para casa que elabore una lista de lo que ha aprendido en la sesión.

### **4ª Sesión**

Las sesiones 4 y 5 están destinadas a enseñar al paciente a que cuestione sus ideas de enfermedad, utilizando una serie de métodos para analizar objetivamente la interpretación negativa de los síntomas y la explicación alternativa de éstos. Uno de estos procedimientos es la prueba de hipótesis, que consiste en examinar los datos a favor y en contra de cada una de las dos explicaciones del problema a través de las siguientes puntos: a) exposición clara del pensamiento negativo (p. ej., "tengo un



cáncer de hígado"); b) estimación del grado de creencia en el pensamiento negativo según una escala de 0 ("no lo creo en absoluto") a 100 ("estoy completamente convencido de que es verdad"); c) elicitación, identificación y anotación de las evidencias a favor y en contra del pensamiento negativo; d) suma de las evidencias (paciente y terapeuta tienen que estar de acuerdo en el resultado); e) elaboración de una explicación alternativa para los síntomas mediante preguntas y observaciones; f) elicitación, identificación y anotación de las evidencias a favor y en contra de la explicación alternativa; g) suma de las evidencias (paciente y terapeuta tienen que estar de acuerdo en el resultado); y h) estimación del grado de creencia en el pensamiento negativo y en la explicación alternativa (cuando está tranquilo en el despacho del terapeuta, y cuando note los síntomas).

Otro método que puede ayudar al paciente a retar sus pensamientos negativos consiste en proponer que se haga a sí mismo preguntas como las siguientes y reflexiones sobre ellas: ¿existen, por tanto, otras interpretaciones alternativas a lo que me sucede?, ¿estoy olvidando hechos relevantes o centrándome demasiado en hechos irrelevantes?, ¿qué pensaría otra persona en mi situación?, etc.

Para facilitar la práctica de estas técnicas se enseña al paciente a cumplimentar un Diario de Hipocondría. Este diario permite el registro de los síntomas físicos y su gravedad; la hora del día y situación en que se experimentan; las interpretaciones negativas sobre la causa que los origina y el grado de creencia en éstos; las emociones que desencadenan y su intensidad; las consecuencias comportamentales que conllevan; las explicaciones alternativas acerca del origen de los síntomas y el grado de creencia en las mismas; y la reestimación de la creencia en la interpretación negativa inicial.

Como tarea para casa se propone al paciente la realización de un experimento que aporte información adicional para probar la hipótesis alternativa. Asimismo, se plantea la cumplimentación del diario (esta tarea se incluye hasta el final del tratamiento).

### 5ª Sesión

En esta sesión se continúa con el desafío de las interpretaciones catastróficas sobre los

síntomas, mediante la tarea de la "hora de preocuparse". Se trata de un cuadernillo que está compuesto por una serie de ejercicios. Con el primero de ellos el paciente realiza una tarea continuada de saciación y exposición imaginada a la posibilidad de estar gravemente enfermo. Para ello se le da la instrucción de que dedique una hora diaria a pensar y escribir acerca de todo lo que le preocupa sobre sus síntomas físicos. Con los restantes ejercicios el paciente continúa avanzando en el análisis de las ideas de enfermedad buscando explicaciones alternativas para sus síntomas (se utiliza un diagrama pastel), y examinando si está sobrevalorando la probabilidad de padecer una enfermedad (se utiliza una pirámide invertida).

Como tarea para casa, y hasta el final de tratamiento, se propone la cumplimentación del cuadernillo de la "hora de preocuparse".

### 6ª Sesión

El objetivo fundamental de esta sesión es mostrar al paciente el papel de la auto-atención en la percepción de las sensaciones corporales, mostrándole cómo el hecho de centrar la atención en el cuerpo y estar excesivamente pendiente de éste, puede hacer que se dé cuenta de sensaciones que de otro modo podrían haberle pasado inadvertidas. Para ilustrar este proceso se utilizan diversos ejemplos (entre ellos los que describen Barsky et al., 1988), y experimentos comportamentales como manipular el foco de la atención durante la sesión. Un procedimiento bastante útil consiste en pedir al paciente que, manteniendo los ojos cerrados, se concentre en su corazón durante cinco minutos. El paciente se dará cuenta de que con tan solo prestar atención a su corazón (sin tocar su cuerpo) puede detectar sus latidos, y que cuando se le pide que abra los ojos y describa la habitación, deja de percibirlos.

A continuación se muestran al paciente los efectos atenuantes de la distracción en la percepción de síntomas (se utilizan algunos ejemplos de Barsky et al., 1988), y se le entrena en algunas técnicas de distracción, por ejemplo, las que se describen a continuación:

1. Centrarse en un objeto. Se solicita al paciente que focalice su atención a nivel visual en un objeto externo y que lo describa lo más detalladamente posible (p. ej., forma, color).

2. Ejercicios mentales. Consiste en que el paciente realice ejercicios mentales de dificultad media (p. ej., contar de 1.000 a 0 restando de 6 en 6).

3. Actividades absorbentes. Se trata de que el paciente realice actividades que requieran atención y le resulten entretenidas (p. ej., jugar a las cartas).

La tarea para casa consiste en practicar las técnicas de distracción (esta tarea se incluye hasta el final del tratamiento).

### **7ª y 8ª Sesiones**

Las sesiones 7 y 8 no están tan estructuradas como las anteriores ya que, dependiendo de cómo evolucione el paciente a lo largo de la terapia, en estas sesiones se hará hincapié en uno u otro de los aspectos abordados. No obstante, como puntos específicos de estas sesiones cabe señalar la modificación de las creencias disfuncionales subyacentes, y la reestructuración de las imágenes mentales desagradables.

### **Prevención de recaídas**

#### **9ª Sesión**

En esta sesión se hace un repaso de los conceptos trabajados y las técnicas utilizadas en el tratamiento, incidiendo en aquellas que más beneficio han aportado al paciente. Se revisan las mejorías conseguidas durante el proceso terapéutico, y se explora su opinión sobre los cambios experimentados y los factores responsables de éstos. Se evalúa su grado de creencia en las dos hipótesis explicativas del problema (enfermedad física vs. ansiedad) y se revisa la evidencia acumulada a favor y en contra de cada una de ellas. Se anticipan recaídas identificando las posibles preocupaciones futuras por la reaparición de los síntomas.

Finalmente, se insiste en la posibilidad de aplicar las estrategias aprendidas a las preocupaciones que puedan surgir en un futuro respecto a otro tipo de síntomas, y en la conveniencia de practicar dichas estrategias para consolidar los cambios.

Como tarea para casa se solicita al paciente que responda por escrito a las siguientes preguntas: 1) ¿qué es la ansiedad? y ¿qué factores intervienen en el mantenimiento de la preocupa-

ción por la salud?; 2) ¿qué pensamientos negativos tenía o tengo con respecto a mis síntomas? (evidencia a favor y en contra); 3) ¿qué creencias inadecuadas tenía o tengo con respecto a la salud? (evidencia a favor y en contra); 4) ¿qué aspectos de la terapia me han ayudado más?; y 5) ¿cómo puedo hacer frente a las preocupaciones por mi salud?.

### **10ª Sesión**

Esta última sesión se dedica a solventar las dudas finales sobre el tratamiento, a realizar una última valoración de la terapia, a insistir de nuevo en la necesidad de poner en práctica lo aprendido en la terapia para mantener y aumentar la mejoría, y a programar las evaluaciones de los seguimientos posteriores.

En cuanto a los beneficios terapéuticos que proporciona este programa de tratamiento podemos decir que disponemos de datos que ilustran su eficacia. Recientemente, hemos realizado un estudio que nos ha permitido analizar la utilidad de este protocolo (Martínez, 1997). La muestra utilizada estuvo compuesta por 12 pacientes con hipocondría (criterios DSM-III-R), 4 de los cuales eran hombres y 8 mujeres, situándose su edad media en torno a los 36 años. Los resultados de este estudio permiten inferir la eficacia del programa terapéutico administrado. En concreto, el tratamiento contribuyó a producir un cambio positivo en el estado de ánimo disfórico (inquietud y tristeza), en los síntomas clínicos nucleares de la hipocondría tales como la creencia de enfermedad, en la tendencia a considerar como amenazantes las señales interoceptivas, y en los supuestos desadaptativos sobre la salud y la enfermedad. En un futuro trabajo se presentarán resultados detallados de este estudio (Martínez, Botella y Belloch, en preparación).

### **CONCLUSIÓN**

Los datos de nuestro estudio confieren solidez a la adaptación que hemos realizado del programa de tratamiento de Salkovskis y Warwick, y en general a las intervenciones cognitivo-conductuales. Sin embargo, y a pesar de estas y otras incipientes evidencias empíricas (p. ej., Avia, Ruiz, Olivares, Crespo, Guisado, Sánchez y Varela, 1996; Warwick, Clark,

Cobb y Salkovskis, 1996), estamos todavía lejos de poder afirmar que la hipocondría es un problema totalmente resuelto. En efecto, existen preguntas de gran relevancia que carecen por el momento de respuesta y que podrían constituir el centro de atención de los futuros trabajos de investigación. Nos estamos refiriendo, por una parte, a la necesidad de lograr una delimitación precisa de las características definicionales de la hipocondría y, por otra, a estudiar si la hipocondría constituye un constructo unitario o si es posible delimitar distintos subtipos. Finalmente, también es necesario señalar que una estructuración adecuada de los programas de tratamiento (y de los componentes que puedan conformarlos) pasa por encontrar respuestas a estas cuestiones. Precisamente, en estos momentos estamos trabajando para intentar conseguir estos objetivos. Los avances que, a corto plazo o medio plazo, logremos en el estudio de este trastorno permitirán, sin lugar a dudas, ir despejando algunas de las muchas incógnitas que todavía nos quedan por resolver.

#### Agradecimientos

Este estudio ha sido financiado a través de una beca de investigación concedida a la primera de las autoras por la Conselleria de Cultura, Educació i Ciència de la Generalitat Valenciana, para llevar a cabo una investigación más extensa, de la cual forma parte este trabajo.

#### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (3ª ed. rev.). Washington, DC, APA (Barcelona, Masson, 1988).
- Avia, M. D. (1993). *Hipocondría*. Barcelona, Martínez Roca.
- Avia, M. D., Ruiz, M. A., Olivares, M. E., Crespo, M., Guisado, A. B., Sánchez, A., y Varela, A. (1996). The meaning of psychological symptoms: effectiveness of a group intervention with hypochondriacal patients. *Behaviour Research and Therapy*, 34 (1), 23-31.
- Bartow, D. H., y Cerny, J. A. (1988). *Psychological Treatment of Panic*. New York, Guilford.
- Barsky, A. J., Geringer, E., y Wool, C. A. (1988). A cognitive-educational treatment for hypochondriasis. *General Hospital Psychiatry*, 10, 322-327.
- Bass, C., y Benjamin, S. (1993). The management of chronic somatisation. *British Journal of Psychiatry*, 162, 472-480.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., y Emery, G. (1979). *Cognitive Therapy of Depression*. New York, Guilford Press (Bilbao, Desclée de Brouwer, 1983).
- Botella, C., y Martínez, M. P. (1997). Tratamiento cognitivo-conductual de la hipocondría. En V. E. Caballo (dir.), *Manual para el Tratamiento Cognitivo-Conductual de los Trastornos Psicológicos. Trastornos por Ansiedad, Sexuales, Afectivos y Psicóticos* (Vol. 1). Madrid, Siglo Veintiuno.
- Clark, D. M. (1989). Anxiety states. Panic and generalized anxiety. En K. Hawton, P. M. Salkovskis, J. Kirk, y D. M. Clark (dirs.), *Cognitive-Behaviour Therapy for Psychiatric Problems: A Practical Guide*. Oxford, Oxford University Press.
- Dubovsky, S. L. (1988). *Concise Guide to Clinical Psychiatry*. Washington, DC, American Psychiatric Press.
- Fallon, B. A., Liebowitz, M. R., Salman, E., Schneier, F. R., Jusino, C., Hollander, E., y Klein, D. F. (1993). Fluoxetine for hypochondriacal patients without major depression. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 13 (6), 438-441.
- Floru, L. (1973). Attempts at behavior therapy by systematic desensitization. *Psychiatria Clinica*, 6 (5), 300-318.
- House, A. (1989). Hypochondriasis and related disorders: assessment and management of patients referred for a psychiatric opinion. *General Hospital Psychiatry*, 11, 156-165.
- Kamlana, S. H., y Gray, P. (1988). Fear of AIDS. *British Journal of Psychiatry*, 129, 152-153.
- Logsdail, S., Lovell, K., Warwick, H. M. C., y Marks, I. (1991). Behavioural treatment of AIDS-focused illness phobia. *British Journal of Psychiatry*, 159, 422-425.
- Mansdorf, I. J. (1981). Eliminating somatic complaints in separation anxiety through contingency management. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 12 (1), 73-75.
- Marshall, W. R. (1987). Chronic somatizers. En C. S. Rogers, y J. D. McCue (dirs.), *Managing Chronic Disease*. Medical Economics Books.
- Martínez, M. P. (1997). *Nuevas Aproximaciones Cognitivas a la Conceptualización y al Tratamiento de la Hipocondría*. Tesis Doctoral. Universidad de Valencia.
- Martínez, M. P., Belloch, A., y Botella, C. (en preparación). *Eficacia de un programa psicológico de orientación cognitivo-conductual para el tratamiento de la hipocondría*.

- Martínez, M. P., y Botella, C. (1997). Intervención psicológica en los trastornos hipocondríacos. En L. M. Pascual, y R. Ballester (dirs.), *La Práctica de la Psicología de la Salud*, Valencia, Promolibro.
- Reinders, M. (1988). Behavioural treatment of a patient with hypochondriacal complaints. *Gedragstherapie*, 21 (1), 45-55.
- Rifkin, B. G. (1968). The treatment of cardiac neurosis using systematic desensitization. *Behaviour Research and Therapy*, 6, 239-240.
- Salkovskis, P. M. (1989). Somatic problems. En K. Hawton, P. M. Salkovskis, J. Kirk, y D. M. Clark (dirs.), *Cognitive-Behaviour Therapy for Psychiatric Problems: A Practical Guide*. Oxford, Oxford Medical Publications.
- Salkovskis, P. M. (1991). Aspectos cognitivo-conductuales de problemas con presentación somática: ansiedad por la salud, hipocondría, fobia a la enfermedad y problemas psicósomáticos. *Cuadernos de Medicina Psicosomática*, 18, 42-55.
- Salkovskis, P. M., y Warwick, H. M. C. (1986). Morbid preoccupations, health anxiety and reassurance: a cognitive-behavioural approach to hypochondriasis. *Behaviour Research and Therapy*, 24 (5), 597-602.
- Sharpe, M., Peveler, R., y Mayou, R. (1992). The psychological treatment of patients with functional symptoms: a practical guide. *Journal of Psychosomatic Research*, 36 (6), 515-529.
- Speckens, A. E. M., Spinhoven, P., Hawton, K. E., Bolk, J. H., y van Hemert, A. M. (1996). Cognitive behavioural therapy for medically unexplained physical symptoms: a pilot study. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 24, 1-16.
- Stern, R., y Fernandez, M. (1991). Group cognitive and behavioural treatment for hypochondriasis. *British Medical Journal*, 303, 1229-1231.
- Warwick, H. M. C. (1989). A cognitive-behavioural approach to hypochondriasis and health anxiety. *Journal of Psychosomatic Research*, 33 (6), 705-711.
- Warwick, H. M. C., Clark, D. M., Cobb, A. M., y Salkovskis, P. M. (1996). A controlled trial of cognitive-behavioural treatment of hypochondriasis. *British Journal of Psychiatry*, 169, 189-195.
- Warwick, H. M. C., y Marks, I. M. (1988). Behavioural treatment of illness phobia and hypochondriasis: a pilot study of 17 cases. *British Journal of Psychiatry*, 152, 239-241.
- Warwick, H. M. C., y Salkovskis, P. M. (1989). Hypochondriasis. En J. Scott, J. M. G. Williams, y A. T. Beck (dirs.), *Cognitive Therapy in Clinical Practice: An Illustrative Casebook*. London, Routledge.
- Warwick, H. M. C., y Salkovskis, P. M. (1990). Hypochondriasis. *Behaviour Research and Therapy*, 28 (2), 105-117.
- Wesner, R. B., y Noyes, R. (1991). Imipramine: an effective treatment for illness phobia. *Journal of Affective Disorders*, 22, 43-48.
- Williamson, P. N. (1984). An intervention for hypochondriacal complaints. *Clinical Gerontologist*, 3 (1), 64-68.