

HIPOCONDRIA Y TRASTORNO POR ANGUSTIA: ¿DOS PERFILES DISTINTOS DE ACTITUDES Y CONDUCTAS DE ENFERMEDAD?

M^a Pilar Martínez¹

Amparo Belloch¹

Cristina Botella²

¹ Universitat de València

² Universitat Jaume I (Castelló)

RESUMEN

El propósito de este estudio fue explorar las actitudes disfuncionales y las conductas problemáticas relacionadas con la salud y la enfermedad típicas de la hipocondría y del trastorno por angustia. La muestra estuvo compuesta por 34 pacientes (17 con hipocondría y 17 con trastorno por angustia; criterios DSM-III-R) y 17 controles normales que cumplimentaron diversos cuestionarios (el Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo, el Inventario de Depresión de Beck, la Escala de Hipocondriasis del Inventario de Personalidad Multifásico de Minnesota, las Escalas de Actitud hacia la Enfermedad, y el Cuestionario de Conducta de Enfermedad). No se encontraron diferencias en las puntuaciones de ansiedad, depresión y síntomas somáticos al comparar los pacientes hipocondríacos con aquellos con trastorno por angustia; sin embargo, ambos grupos difirieron en algunos componentes de las Escalas de Actitud hacia la Enfermedad y del Cuestionario de Conducta de Enfermedad. Los resultados sugieren que los pacientes hipocondríacos tienen un perfil más acentuado de actitudes y conductas de enfermedad que los pacientes con trastorno por angustia.

Palabras clave: hipocondría, trastorno por angustia, actitud hacia la enfermedad, conducta de enfermedad.

ABSTRACT

The aim of the current study was to explore dysfunctional attitudes and behaviours on health and illness in hypochondriasis and panic disorder. With this purpose, 34 patients (17 hypochondriacs and 17 with panic disorder, following DSM-III-R criteria) and 17 healthy controls were asked to answer several questionnaires (the State-Trait Anxiety Inventory, the Beck's Depression Inventory, the Hypochondriasis Scale of Minnesota Multiphasic Personality Inventory, the Illness Attitude Scales, and the Illness Behaviour Questionnaire). No differences were found between hypochondriacs and panic disorder patients in their scores on anxiety, depression and somatic symptoms. However, the two groups differed in some of the components of both the Illness Attitude Scales and the Illness Behaviour Questionnaire. The results suggest that hypochondriacs have a more marked profile of illness attitudes and behaviours than panic disorder patients.

Key words: hypochondriasis, panic disorder, illness attitudes, illness behaviour.

INTRODUCCIÓN

La hipocondría ha sido un trastorno prácticamente ignorado durante casi toda la historia de la psicopatología; sin embargo, en los últimos años ha aumentado el interés por profundizar en el conocimiento de esta condición. Existen, al menos, dos razones que justifican la incipiente atención que se está otorgando a la hipocondría y a los problemas de somatización en general (Chorot y Martínez, 1995; Martínez y Botella, en prensa): 1) los efectos perniciosos que originan en la persona que los sufre (p. ej., angustia emocional, riesgos físicos derivados de la realización de pruebas clínicas innecesarias); y 2) las repercusiones negativas que suponen para el funcionamiento del sistema público de salud (p. ej., consumo de recursos sanitarios que implican importantes costos a nivel económico, de tiempo y de personal).

Con independencia de la relevancia de estas razones, un hecho que probablemente ha estimulado el interés por la hipocondría ha sido el avance en la comprensión y tratamiento de otros desórdenes psicológicos. En nuestra opinión, han desempeñado un papel crucial las contribuciones realizadas para la mejora del conocimiento del fenómeno del pánico. Recientemente se ha sugerido, que el trastorno por angustia y la hipocondría tienen características comunes. Por ejemplo, desde una aproximación cognitivo-conductual se ha enfatizado la importancia de las interpretaciones catastróficas de los síntomas somáticos como elementos implicados en el desarrollo de estas patologías (Clark, 1986, 1988; Salkovskis, 1988, 1989; Warwick y Salkovskis, 1989, 1990). Asimismo, algunos informes señalan que el tratamiento cognitivo-conductual centrado en la modificación de la atribución causal de los síntomas y la supresión de las conductas problemáticas es eficaz en el manejo de ambas condiciones (Ballester y Botella, 1992; Warwick y Salkovskis, 1989).

Actualmente, existe un debate abierto acerca del estatus de la hipocondría. Las cuestiones más controvertidas se centran en sus vertientes conceptual, diagnóstica y terapéutica. En relación con el primer aspecto, cabe decir, que se han propuesto diversas hipótesis para explicar este trastorno. Por ejemplo, la hipocondría ha sido entendida como una ex-

presión de fuerzas emocionales inconscientes e intrapsíquicas, como una manifestación de una alteración perceptiva/cognitiva o como una conducta social aprendida (para una revisión consúltese Avia, 1993; Barsky y Klerman, 1983). A nivel nosológico, las cuestiones más relevantes han sido las críticas a sus criterios diagnósticos (Fallon, Klein y Liebowitz, 1993; Salkovskis y Clark, 1993), las sugerencias acerca de la posibilidad de incluirla en la categoría de los trastornos de ansiedad (Côté, O'Leary, Barlow y Strain, 1994; Salkovskis, Warwick y Clark, 1990), y su relación con el trastorno por angustia en este grupo diagnóstico (Schmidt, 1994). A pesar de ello, tanto el ICD-10 (WHO, 1992) como el DSM-IV (APA, 1994) han seguido clasificando la hipocondría en el epígrafe de los trastornos somatomorfos/somatoformes, sin haber resuelto los problemas inherentes a sus criterios diagnósticos. En cuanto al ámbito de los métodos para tratarla cabe apuntar, que no existe un acuerdo absoluto respecto al tratamiento de elección (farmacológico vs. psicológico) y, en relación a este último, se ha generado una importante polémica acerca del role terapéutico de la información tranquilizadora (Martínez, Belloch y Botella, 1995).

A partir de las consideraciones precedentes, en este estudio nos propusimos contribuir al conocimiento de las semejanzas y diferencias clínicas entre la hipocondría y el trastorno por angustia. Con el fin de cubrir este objetivo exploramos el perfil de actitudes y conductas de enfermedad que presentan ambos grupos de sujetos. Posteriormente, se discuten las implicaciones nosológicas de los resultados obtenidos.

MÉTODO

Muestra

La muestra clínica estuvo compuesta por 34 pacientes que acudían a consulta ambulatoria en varias unidades de salud mental de Valencia y Castellón. De ellos, 17 eran pacientes hipocondríacos (4 hombres y 13 mujeres; edad media de 33,12 años) y 17 pacientes con trastorno por angustia (5 hombres y 12 mujeres; edad media de 29,53 años). La hipocondría o el trastorno por angustia fueron las condiciones principales en cada muestra.

Se excluyeron aquellos pacientes en los que se daba una comorbilidad de ambos trastornos. También se utilizó un grupo control formado por 17 sujetos que no presentaban problemas psicológicos diagnosticados (4 hombres y 13 mujeres; edad media de 32,24 años). Todos los participantes tenían un nivel socioeconómico y de instrucción similar (en la mayoría de los casos medio/bajo). En los tres grupos se requirió el cumplimiento de las siguientes condiciones: edad comprendida entre 18 y 65 años, ausencia de historia de adicción a drogas o alcoholismo y ausencia actual de una enfermedad física grave diagnosticada.

Procedimiento

El primer paso en los grupos clínicos consistió en la evaluación inicial llevada a cabo por un psiquiatra o un psicólogo clínico. Los pacientes que presentaban preocupaciones hipocondríacas o ataques de pánico fueron escogidos para la realización de una entrevista de *screening*. A continuación, aquéllos que reunían los criterios diagnósticos del DSM-III-R (APA, 1987)¹ para la hipocondría o para el trastorno por angustia y los requisitos adicionales mencionados anteriormente, fueron seleccionados para la cumplimentación de diversos cuestionarios. A los pacientes se les explicó que dichos instrumentos eran un método para profundizar en el conocimiento de su problemática.

La muestra control fue recabada en contextos no asistenciales. A todos los sujetos se les informó de que el estudio pretendía explorar su opinión sobre la salud y la enfermedad.

Instrumentos

Para la selección de los pacientes se utilizaron dos entrevistas clínicas estructuradas: una versión modificada de la *Entrevista Diagnóstica Estructurada para la Hipocondría* (Barsky, Cleary, Wyshak, Spitzer, Williams y Klerman, 1992) que permitió realizar un diagnóstico según los criterios del DSM-III-R, y la *Entrevista Clínica Estructurada para el DSM-III-R (sección del trastorno por angustia)* (Spitzer, Williams, Gibbon y First, 1990).

Todos los sujetos (psiquiátricos y normales) cumplieron las adaptaciones castellanas de los siguientes instrumentos:

Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo, STAI (Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1970). El STAI consta de dos escalas independientes que evalúan conceptos diferentes de la ansiedad: la ansiedad como estado (E) y la ansiedad como rasgo (R) (Spielberger *et al.*, 1970). Cada escala está compuesta por 20 ítems que son estimados en un intervalo que oscila entre 0 ("nada" en el STAI-E; "casi nunca" en el STAI-R) y 3 ("mucho" en el STAI-E; "casi siempre" en el STAI-R).

Inventario de Depresión de Beck, BDI (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979). Este cuestionario comprende 21 grupos de 4 enunciados cada uno que describen síntomas depresivos. La tarea del sujeto consiste en indicar la frase que mejor define su estado de ánimo. Cada ítem se puntúa de 0 a 3.

Escala de Hipocondriasis (Hs) del Inventario de Personalidad Multifásico de Minnesota (Hathaway y McKinley, 1967). Este instrumento evalúa la preocupación anormal por las funciones corporales (Hathaway y McKinley, 1967). La escala Hs consta de 33 enunciados de respuesta dicotómica ("verdadero" o "falso"). En este estudio hemos utilizado este instrumento como un listado de síntomas somáticos.

Escalas de Actitud hacia la Enfermedad (Illness Attitude Scales, IAS) (Kellner, 1986). Las IAS estiman las actitudes, miedos y creencias asociadas a las características psicopatológicas de la hipocondría y de la conducta anormal de enfermedad (Kellner, 1986). Este instrumento está compuesto por 27 preguntas divididas en 9 subescalas de 3 ítems cada una. Las subescalas son: Preocupación por la Enfermedad (PE), Preocupación por el Dolor (PD), Hábitos de Salud (HS), Creencias Hipocondríacas (CH), Tanatofobia (T), Fobia a la Enfermedad (FE), Preocupación por el Cuerpo (PC), Experiencia de Tratamiento (ET), y Efectos de los Síntomas (ES). Cada pregunta se evalúa en una escala de cinco puntos que oscila entre 0 ("no") y 4 ("casi siempre"), a excepción de los ítems de la escala ET cuyo rango numérico es el mismo pero varía el contenido de las alternativas de respuesta. Las IAS incluyen dos preguntas adicionales (ítems

22 y 26) acerca de si a la persona le han diagnosticado una enfermedad física y cuáles han sido los tratamientos que ha recibido durante el último año.

Cuestionario de Conducta de Enfermedad (Illness Behaviour Questionnaire, IBQ) (Pilowsky y Spence, 1983). Este instrumento evalúa las actitudes que indican modos desadaptativos de responder al propio estado de salud (Pilowsky, 1971). El IBQ consta de 62 ítems de dos alternativas de respuesta ("sí" o "no") agrupados en 7 factores de primer orden: Hipocondría General (HG), Convicción de Enfermedad (CE), Percepción Psicológica vs. Somática de Enfermedad (P/S), Inhibición Afectiva (IA), Perturbación Afectiva (PA), Negación (N), e Irritabilidad (I); y dos factores de segundo orden: Estado Afectivo (EA) y Afirmación de Enfermedad (AE). El IBQ también cuenta con una Función Discriminante (FD) que explora si existe una reacción de conversión, y un índice (Índice Whiteley, IW) que evalúa las actitudes hipocondríacas. El Índice Whiteley está compuesto por 14 ítems e incluye tres factores: Preocupación por el Cuerpo, Fobia a la Enfermedad, y Convicción de Enfermedad.

Análisis estadísticos

Para analizar si los grupos de estudio (hipocondría, trastorno por angustia y normal) difieren respecto a los valores medios obtenidos en las subescalas de las IAS y del IBQ,

así como en las restantes medidas estimadas, se utilizó el análisis de varianza. Con anterioridad a la realización de esta prueba se comprobó la homogeneidad de las varianzas mediante la prueba de Levene. Para los efectos que resultaron significativos en el ANOVA se calculó la prueba *post-hoc* Scheffé con el fin de determinar la fuente de las diferencias. En todos los análisis estadísticos se estableció como nivel de significación $p < 0,05$ (dos colas).

RESULTADOS

Tomando como punto de referencia los datos de baremación del STAI en población española² (Seisdedos, 1988), cabe decir, que los valores medios en el STAI-E de los grupos de hipocondría y trastorno por angustia se situaron en el centil 75, y los del grupo normal en el centil 25. En el STAI-R, el primer grupo alcanzó el centil 95, el segundo el centil 89, y el tercero el centil 25. Considerando los puntos de cortes del BDI (Beck, Steer y Garbin, 1988) podemos afirmar, que los hipocondríacos obtuvieron una puntuación media correspondiente a una depresión entre moderada y grave (19-29); los pacientes con trastorno por angustia alcanzaron un valor medio indicativo de una depresión entre leve y moderada (10-18); y los sujetos no psiquiátricos mostraron puntuaciones representativas de depresión ausente o mínima (0-9). Las dos muestras clínicas puntuaron más alto en la escala Hs (MMPI)

Tabla 1.- Diferencias en Ansiedad, Depresión y Síntomas Somáticos entre los grupos de hipocondría, trastorno por angustia y normal

VARIABLES	HIPOCONDRIA	TRASTORNO POR ANGSTIA	NORMAL	F
Ansiedad-Estado (0-60)	30,17 (10,39)	31,29 (10,74)	15,35 (8,41)	13,73*** (b,c)
Ansiedad-Rasgo (0-60)	41,88 (7,15)	39,17 (9,02)	17,18 (9,42)	42,27*** (b,c)
Depresión (0-63)	23,35 (8,17)	18,47 (8,64)	4,15 (5,39)	29,81*** (b,c)
Síntomas Somáticos (0-33)	17,70 (5,42)	19,88 (5,81)	5,00 (2,89)	45,95*** (b,c)

Los resultados se expresan como media (desviación estándar).
 Los valores entre paréntesis junto a cada variable indican el rango de puntuaciones.
 * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,005$.
 Diferencias significativas: a=hipocondría-trastorno por angustia; b=hipocondría-normal; c=trastorno por angustia-normal.

que el grupo normativo de referencia² (media=6,86) (Seisdedos y Cordero, 1988), mientras que la muestra normal puntuó más bajo.

Los resultados obtenidos en el ANOVA muestran la existencia de diferencias significativas entre los tres grupos en Ansiedad-Estado, Ansiedad-Rasgo, Depresión y Síntomas Somáticos. La prueba de comparación *a posteriori* Scheffé evidenció que los pacientes con hipocondría fueron similares a aquellos con trastorno por angustia en estas medidas, pero ambos grupos difirieron del normal en todas ellas. Los resultados se muestran en la Tabla 1.

Las puntuaciones medias obtenidas por los hipocondriacos en actitudes y conductas de enfermedad fueron superiores a las informadas por los sujetos con trastorno por angustia y los controles normales. Con respecto a las IAS, el primer grupo puntuó alto (valores entre 9 y 12) en las subescalas de Preocupación por la Enfermedad, Preocupación por el Dolor, Tanatofobia y Preocupación por el Cuerpo; el segundo grupo sólo tuvo puntuaciones extremas en Preocupación por la Enfermedad; y el tercero presentó puntuaciones indicadoras de normalidad en todas las escalas. En relación con el IBQ, los dos

Tabla 2.- Diferencias en las Escalas de Actitud hacia la Enfermedad y el Cuestionario de Conducta de Enfermedad entre los grupos de hipocondría, trastorno por angustia y normal

VARIABLES	HIPOCONDRIA	TRASTORNO	NORMAL POR ANGUSTIA	F
IAS (total) (0-108)	80,11 (13,76)	67,00 (16,51)	26,24 (14,57)	59,70*** (a,b,c)
Preocupación por la Enfer. (0-12)	11,11 (1,49)	9,58 (2,26)	5,35 (2,85)	29,37*** (b,c)
Preocupación por el Dolor (0-12)	10,05 (2,60)	8,70 (2,75)	4,24 (2,66)	22,06*** (b,c)
Hábitos de Salud (0-12)	8,70 (3,19)	6,00 (3,53)	3,88 (3,39)	8,72*** (b)
Creencias Hipocondríacas (0-12)	7,52 (2,67)	4,35 (2,97)	0,47 (1,07)	37,17*** (a,b,c)
Tanatofobia (0-12)	9,76 (3,28)	8,70 (3,17)	3,00 (2,96)	22,76*** (b,c)
Fobia a la Enfermedad (0-12)	8,29 (2,51)	7,17 (2,55)	1,94 (2,54)	30,38*** (b,c)
Preocupación por el Cuerpo (0-12)	9,76 (2,25)	8,64 (1,96)	2,82 (2,83)	41,76*** (b,c)
Experiencia de Tratamiento (0-12)	6,88 (2,20)	5,94 (2,58)	3,18 (1,55)	13,57*** (b,c)
Efectos de los Síntomas (0-12)	8,00 (2,06)	7,88 (2,59)	1,35 (1,90)	50,54*** (b,c)
IBQ (total) (0-41)	29,11 (4,09)	24,52 (4,69)	9,88 (4,72)	84,41*** (a,b,c)
Hipocondría General (0-9)	7,47 (1,50)	5,88 (2,02)	1,35 (1,17)	66,38*** (a,b,c)
Convicción de Enfermedad (0-6)	5,05 (1,08)	4,29 (1,04)	0,53 (0,72)	107,31*** (b,c)
Percepción Psicológica vs. Somática de Enfermedad (0-5)	2,11 (0,85)	2,11 (1,16)	2,41 (0,51)	0,62
Inhibición Afectiva (0-5)	3,00 (1,50)	2,41 (1,58)	1,29 (1,65)	5,12** (b)
Perturbación Afectiva (0-5)	4,64 (0,70)	4,58 (0,79)	1,00 (1,32)	77,40*** (b,c)
Negación (0-5)	3,58 (1,46)	2,23 (1,56)	2,06 (1,52)	5,19** (a,b)
Irritabilidad (0-6)	3,23 (1,82)	3,00 (1,65)	1,29 (1,40)	7,12*** (b,c)
Estado Afectivo (0-20)	15,35 (3,29)	13,47 (2,98)	3,71 (3,06)	68,50*** (b,c)
Afirmación de Enfermedad (0-11)	7,94 (1,29)	7,17 (1,46)	3,12 (0,70)	79,28*** (b,c)
Función Discriminante (0-100)	67,84 (10,50)	60,59 (13,12)	36,42 (7,19)	41,33*** (b,c)
Índice Whiteley (0-14)	12,11 (1,61)	10,00 (3,18)	2,12 (1,69)	90,81*** (a,b,c)
Preocupación por el Cuerpo (0-7)	6,00 (1,22)	4,94 (1,74)	0,76 (0,97)	71,05*** (b,c)
Fobia a la Enfermedad (0-4)	3,88 (0,33)	3,00 (1,17)	1,29 (1,10)	32,63*** (a,b,c)
Convicción de Enfermedad (0-3)	2,23 (0,56)	2,05 (0,82)	0,06 (0,24)	70,39*** (b,c)

Los resultados se expresan como media (desviación estándar).

Los valores entre paréntesis junto a cada variable indican el rango de puntuaciones.

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,005$.

Diferencias significativas: a=hipocondría-trastorno por angustia; b=hipocondría-normal; c=trastorno por angustia-normal.

grupos clínicos obtuvieron puntuaciones en grado patológico en los factores de Convicción de Enfermedad, Afirmación de Enfermedad e Índice Whiteley (los puntos de corte son: en CE puntuación 3-6; en AE puntuación 7-11; y en IW puntuación 8-14; Pilowsky y Spence, 1983); en cambio, el grupo no clínico puntuó dentro del intervalo de normalidad en todos los factores.

De acuerdo con los resultados vertidos por el ANOVA, los valores de F resultaron significativos en los índices de actitudes hacia la enfermedad. En todas las subescalas de las IAS la prueba *post-hoc* (Scheffé) mostró que los grupos psiquiátricos diferían significativamente del grupo no clínico. La única excepción fue la subescala de Hábitos de Salud en la que la diferencia encontrada fue la existente entre el grupo de hipocondría y el normal. Sólo se apreciaron diferencias significativas entre los grupos clínicos en la subescala de Creencias Hipocondríacas.

Respecto al IBQ, el ANOVA arrojó valores de F que fueron significativos en todos los índices a excepción de la escala de Percepción Psicológica vs. Somática de Enfermedad. En la totalidad de ellos, la prueba *a posteriori* de Scheffé reveló la existencia de diferencias significativas entre los grupos clínicos y el no clínico, con la única salvedad de los factores de Inhibición Afectiva y Negación, en los que las diferencias significativas se limitaron al contraste entre el grupo de hipocondría y el normal. A su vez, se observaron diferencias significativas entre los grupos psiquiátricos en algunos de los factores de primer orden del IBQ (Hipocondría General y Negación), y en el Índice Whiteley, en concreto en la escala de Fobia a la enfermedad. No se detectaron diferencias entre ellos en los factores de segundo orden (Estado Afectivo y Afirmación de Enfermedad) ni en la Función Discriminante de este instrumento. Los resultados se presentan en la Tabla 2.

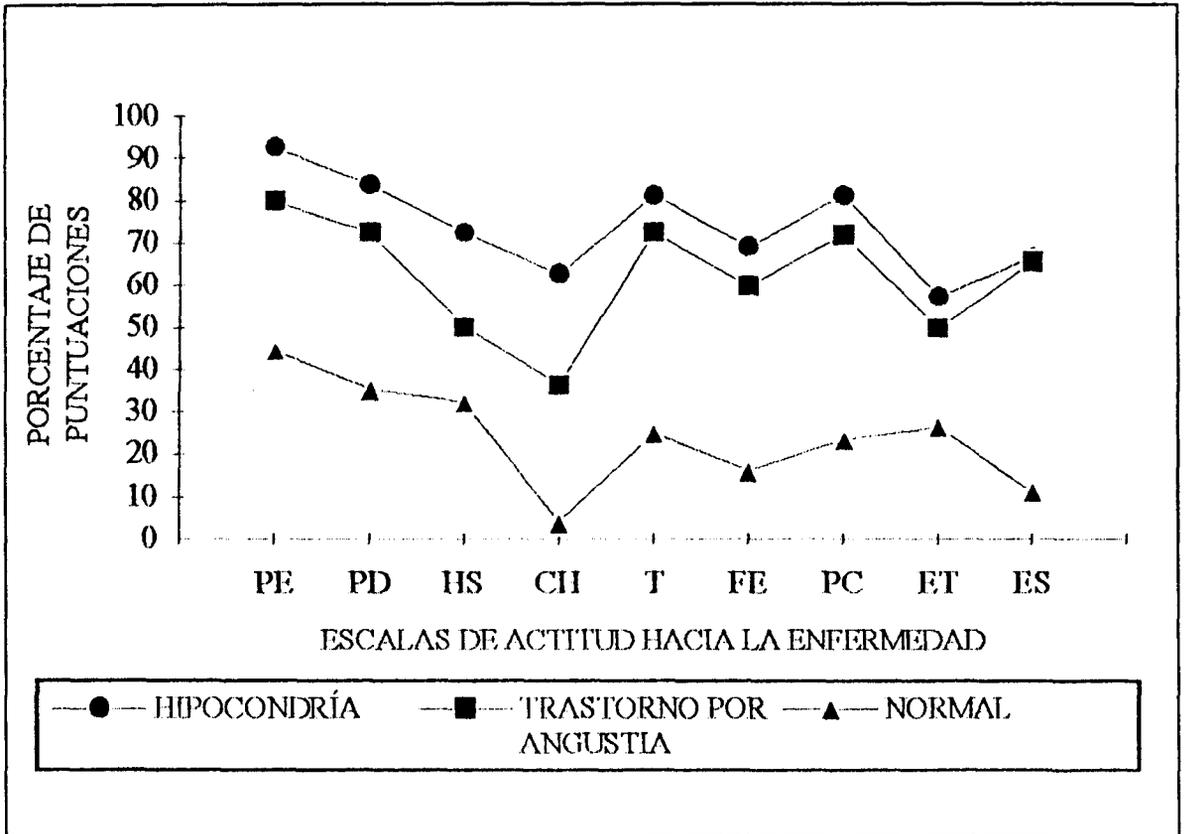


Figura 1.- Perfil de actitudes de enfermedad de los grupos de hipocondría, trastorno por angustia y normal

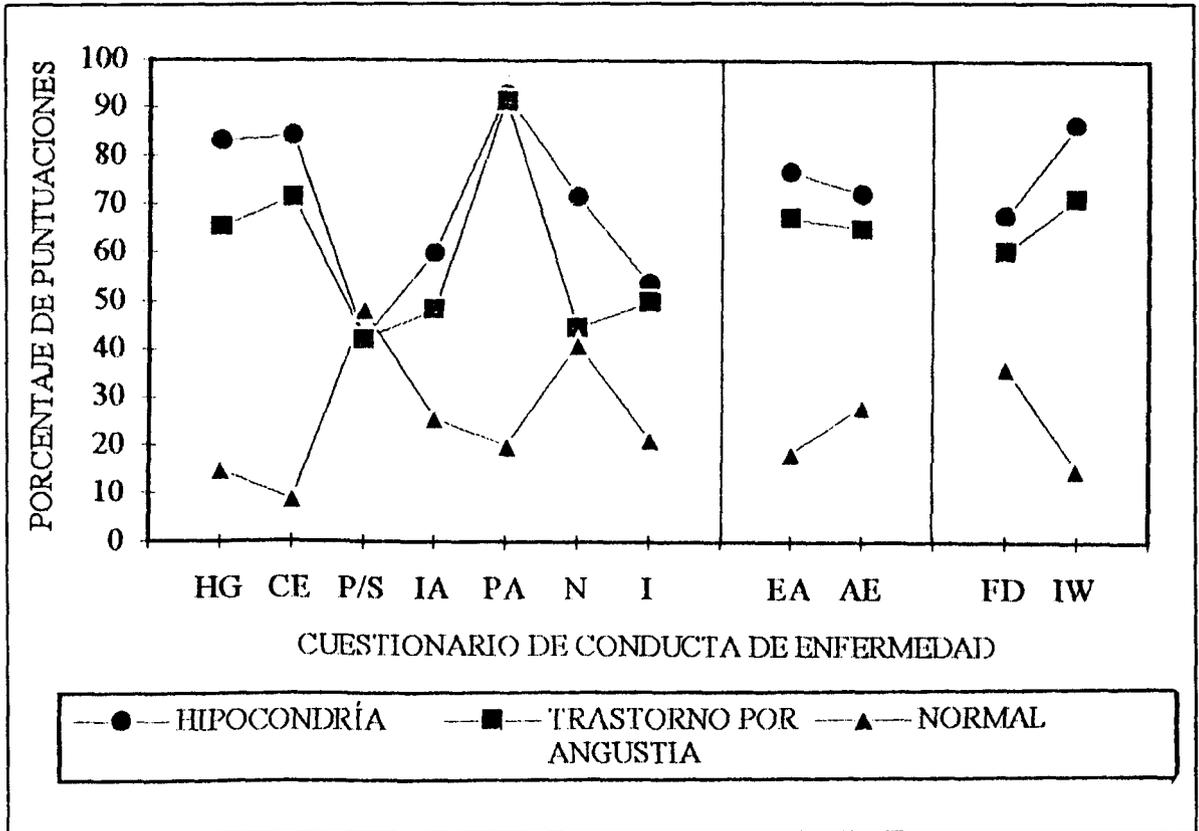


Figura 2.- Perfil de conducta de enfermedad de los grupos de hipocondría, trastorno por angustia y normal

En las Figuras 1 y 2 se muestran los perfiles de actitudes y conductas de enfermedad. En las representaciones gráficas las puntuaciones medias han sido transformadas a porcentajes.

DISCUSIÓN

Los grupos de sujetos con hipocondría y trastorno por angustia utilizados en este estudio, obtuvieron puntuaciones medias en el Índice Whiteley (y sus subescalas) más elevadas que las informadas en otras investigaciones que han explorado también los perfiles clínicos de ambos trastornos. No obstante, las tendencias diferenciales que hemos encontrado apuntan en la misma dirección que las halladas en esos mismos trabajos. Así por ejemplo, Noyes, Wesner y Fisher (1992) compararon pacientes con fobia a la enfermedad con pacientes con trastorno por angustia y encontraron que los primeros puntuaban en mayor

grado en Preocupación por el Cuerpo (media=1,9 vs. 1,5; $p<0,05$), Fobia a la Enfermedad (media=3,5 vs. 0,9; $p<0,001$), y Convicción de Enfermedad (media=1,3 vs. 0,6; $p<0,001$). Asimismo, Barsky, Barnett y Cleary (1994) han informado que los sujetos con hipocondría "pura", en comparación con los sujetos con trastorno por angustia "puro", obtuvieron puntuaciones más elevadas en Preocupación por el Cuerpo ($p<0,001$), Fobia a la Enfermedad ($p<0,05$) y Convicción de Enfermedad ($p<0,001$).

En todo caso, nuestros resultados sugieren que los sujetos con hipocondría o con trastorno por angustia tienen un perfil de actitudes y conductas de enfermedad similar, aunque ambas condiciones difieran en algunos aspectos concretos. Así, los hipocondríacos tienen una mayor tendencia a mantener una actitud fóbica hacia la enfermedad, a creer en la posibilidad de estar sufriendo una grave enfermedad, y a desconfiar de la información

médica tranquilizadora que desconfirma sus sospechas de enfermedad. Asimismo, se caracterizan por su acentuada propensión a negar los problemas cotidianos o a considerarlos consecuencias del trastorno orgánico.

Los datos recabados en este trabajo están en la línea de otros estudios, mencionados anteriormente, que han analizado las fronteras fenomenológicas y clínicas que separan ambas condiciones clínicas. Noyes *et al.* (1992) compararon 14 sujetos con fobia a la enfermedad (un subtipo de hipocondría) con un número equivalente de sujetos con trastorno por angustia, concluyendo que el primer grupo se diferenciaba del segundo en varios aspectos: ausencia de ataques de pánico espontáneos o sintomatología agorafóbica, predominio de síntomas hipocondríacos, prevalencia del sexo masculino, y presencia de factores genéticos y medio ambientales implicados en su desarrollo. Más recientemente, Barsky *et al.* (1994) han contrastado las características de 51 pacientes con hipocondría (sin comorbilidad del trastorno por angustia) con 75 pacientes con trastorno por angustia (sin comorbilidad de hipocondría). Estos autores observaron que los primeros presentaban más sintomatología hipocondríaca, somatización y perturbación psicológica y se encontraban menos satisfechos con la atención médica recibida; mostraban mayor prevalencia de síntomas del trastorno de somatización y del trastorno de ansiedad generalizada, y menor coexistencia con depresión y fobias; además, sus médicos los describían como personas exigentes y con tendencia a rechazar los ofrecimientos de ayuda.

Todos estos resultados revelan que la hipocondría y el trastorno por angustia, aunque comparten muchas características, constituyen entidades separadas. No obstante, todavía existen algunas diferencias pendientes de clarificación, como por ejemplo cuáles son los factores etiopatogénicos implicados en el inicio del problema, que podrían ayudarnos a delimitar con mayor precisión los límites entre ambas patologías. Pese al todavía "confuso" panorama, podríamos preguntarnos si las diferencias que se han constatado resultan un obstáculo insalvable para la hipotética ubicación de la hipocondría y el trastorno por angustia en la misma categoría diagnóstica, ya que, al fin y al cabo, ambos tienen como caracte-

rística nuclear la tendencia sesgada a interpretar de manera negativa las sensaciones corporales. A este respecto resulta interesante la propuesta de Schmidt (1994), quién ha sugerido que la hipocondría puede ser incluida en el grupo de los trastornos de ansiedad como una categoría independiente con diversos subtipos: la hipocondría general, la fobia a la enfermedad, el trastorno por angustia y la hipocondría transitoria.

En nuestra opinión, la relevancia de estas cuestiones no radica exclusivamente en la clarificación del estatus nosológico de la hipocondría, sino además, en la aportación que supone con vistas a resolver un problema especialmente importante en este trastorno: su manejo terapéutico. En este sentido, pensamos que los progresos en el tratamiento del trastorno por angustia pueden constituir una importante fuente de recursos útiles en la terapia de la hipocondría.

Agradecimientos

Este estudio ha sido financiado a través de una beca de investigación concedida por la Conselleria d'Educació i Ciència de la Generalitat Valenciana, para llevar a cabo una investigación más extensa de la que forma parte este trabajo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (3ª ed. rev.). Washington, DC, APA (Versión española: Barcelona, Masson, 1988).
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4ª ed.). Washington, DC, APA.
- Avia, M. D. (1993). *Hipocondría*. Barcelona, Martínez Roca.
- Ballester, R., y Botella, C. (1992). Aplicación del programa terapéutico de Clark a un caso con trastorno de pánico. *Psicothema*, 4 (1), 69-88.
- Barsky, A. J., Cleary, P. D., Wyshak, G., Spitzer, R., Williams, J., y Klerman, G. (1992). A structured diagnostic interview for hypochondriasis: a proposed criterion standard. *Journal of Nervous and Mental Diseases*, 180 (1), 20-27.
- Barsky, A. J., y Klerman, G. L. (1983). Overview: hypochondriasis, bodily complaints, and somatic styles. *American Journal of Psychiatry*, 140 (3), 273-283.

- Barsky, A. J., Barnett, M. C., y Cleary, P. D. (1994). Hypochondriasis and panic disorder: boundary and overlap. *Archives of General psychiatry*, 51, 918-925.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., y Emery, G. (1979). *Cognitive Therapy of Depression*. New York, Guilford Press (Versión española: Bilbao, Desclee de Brouwer, 1983).
- Beck, A. T., Steer, R. A., y Garbin, M. G. (1988). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review*, 8, 77-100.
- Chorot, P., y Martínez, M. P. (1995). Trastornos somatoformes. En Belloch, A., Sandín, B., y Ramos, F. (eds.), *Manual de Psicopatología* (Vol. 2). Madrid, McGraw-Hill.
- Clark, D. M. (1986). A cognitive approach to panic. *Behaviour Research and Therapy*, 24, 461-470.
- Clark, D. M. (1988). A cognitive model of panic attacks. En Rachman, S., y Maser, J. D. (eds.), *Panic: Psychological Perspectives*. Erlbaum Hillsdale.
- Côté, G., O'Leary, T., Barlow, D. H., y Strain, J. (1994). Hypochondriasis: integrative review. En Widiger, T. A., Frances, A. J., Pincus, H., First, M., y Ross, R. (eds.), *DSM-IV Sourcebook* (Vol. 2). Washington, DC, APA.
- Fallon, B. A., Klein, B. W., y Liebowitz, M. R. (1993). Hypochondriasis: treatment strategies. *Psychiatric Annals*, 23 (7), 374-381.
- Hathaway, S. R., y Mckinley, J. C. (1967). *Minnesota Multiphasic Personality Inventory. Manual Revised 1967*. New York, Psychological Corporation (Versión española: Madrid, TEA, 1988).
- Kellner, R. (1986). *Somatization and Hypochondriasis*. New York, Praeger.
- Martínez, M. P., Belloch, A., y Botella, C. (1995). Hipocondría e información tranquilizadora. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 15 (54), 411-430.
- Martínez, M. P., y Botella, C. (en prensa). Evaluación y tratamiento psicológico de la hipocondría: revisión y análisis crítico. *Psicología Conductual*.
- Noyes, R., Wesner, R. B., y Fisher, M. M. (1992). A comparison of patients with illness phobia and panic disorder. *Psychosomatics*, 33 (1), 92-99.
- Pilowsky, I. (1971). The diagnosis of abnormal illness behaviour. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 5, 136-138.
- Pilowsky, I., y Spence, N. D. (1983). *Manual for the Illness Behaviour Questionnaire*. Department of Psychiatry, University of Adelaide, Australia.
- Salkovskis, P. M. (1988). Phenomenology, assessment and the cognitive model of panic. En Rachman, S., y Maser, J. D. (eds.), *Panic: Psychological Perspectives*. Erlbaum Hillsdale.
- Salkovskis, P. M. (1989). Somatic problems. En Hawton, K., Salkovskis, P. M., Kirk, J., y Clark, D. M. (eds.), *Cognitive-Behaviour Therapy for Psychiatric Problems: A Practical Guide*. Oxford, Oxford University Press.
- Salkovskis, P. M., Warwick, H. M. C., y Clark, D. M. (1990). Hypochondriasis, illness phobia and other anxiety disorders. *Paper Submitted to the American Psychiatric Association Working Group on DSM-IV (Anxiety Disorders and Simple Phobias)*.
- Salkovskis, P. M., y Clark, D. M. (1993). Panic disorder and hypochondriasis. *Advances in Behaviour Research and Therapy*, 15, 23-48.
- Schmidt, A. J. M. (1994). Bottlenecks in the diagnosis of hypochondriasis. *Comprehensive Psychiatry*, 35 (4), 306-315.
- Seisdedos, N. (1988). *Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo*. Madrid, TEA.
- Seisdedos, N., y Cordero, A. (1988). *Cuestionario de Personalidad MMPI*. Madrid, TEA.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., y Lushene, R. E. (1970). *STAI, Manual for the State-Trait Anxiety Inventory (Self Evaluation Questionnaire)*. California, Consulting Psychologists Press (Versión española: Madrid, TEA, 1988).
- Spitzer, R. L., Williams, J. B. W., Gibbon, M., y First, M. B. (1990). *User's Guide for the Structured Clinical Interview for DSM-III-R*. Washington, DC, APP (Versión española: Barcelona, Trajecte, 1993).
- Warwick, H. M. C., y Salkovskis, P. M. (1989). Hypochondriasis. En Scott, J., Williams, J. M. G., y Beck, A. T. (eds.), *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.
- World Health Organization (1992). *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Diseases: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines*. Ginebra, WHO (Versión española: Madrid, Meditor, 1992).

NOTAS

¹En el momento de la realización del estudio, no se disponía todavía de la versión definitiva del DSM-IV.

²Hemos considerado los baremos para población femenina puesto que la mayoría de los sujetos de nuestro estudio son mujeres.