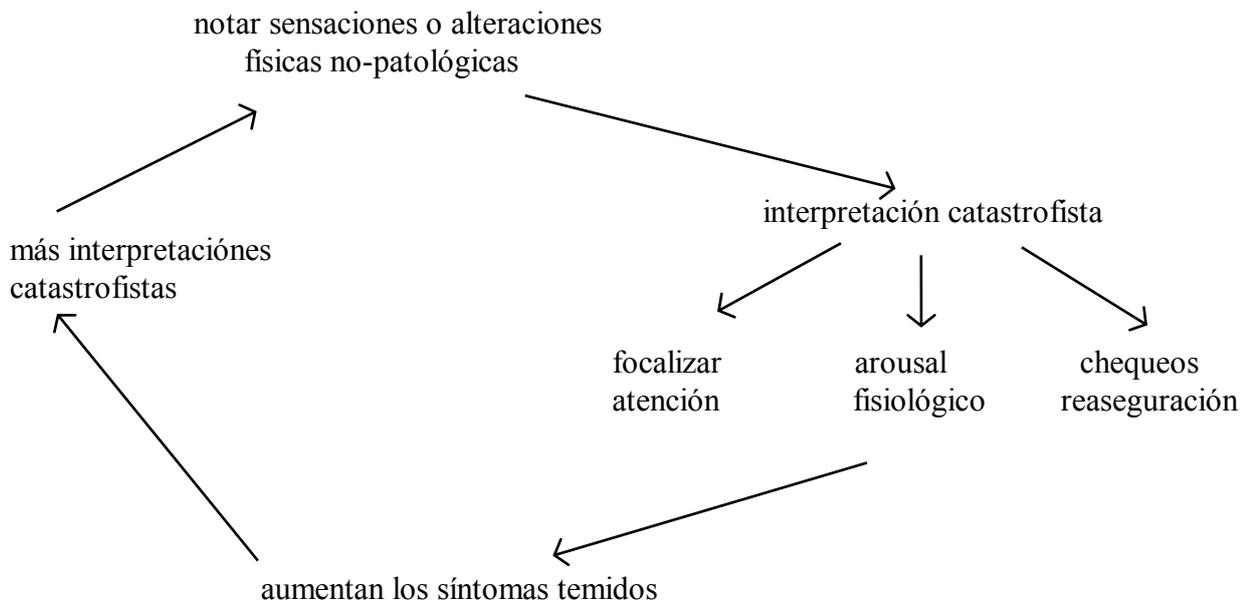


TRATAMIENTO COGNITIVO CONDUCTUAL DE LA HIPOCONDRIASIS HAWTON, SALKOVSKIS, KIRK y CLARK, 1989

Traducción y adaptación de Elia Roca. Más información en: <http://www.cop.es/colegiados/PV00520/>

FACTORES QUE MANTIENEN LA HIPOCONDRIASIS



El principal factor implicado en la hipocondriasis* es la tendencia a interpretar determinadas sensaciones o señales corporales inocuas, como señales de que se padece o se va a padecer en el futuro, una enfermedad orgánica grave. La percepción (errónea) de esa amenaza vital, produce un aumento de las sensaciones internas típicas de la ansiedad. El paciente interpreta esas sensaciones como prueba (confirmación) de sus interpretaciones catastróficas (IC), es decir de que padece la enfermedad que teme. Por ej., una persona con colon irritable nota malestar abdominal y empieza a pensar que puede tener un tumor maligno; la ansiedad que le produce ese pensamiento, hace que empiece a notar más molestias, las cuales interpreta como prueba de que tiene algo malo.

LA FOCALIZACIÓN DE LA ATENCIÓN EN LOS SÍNTOMAS FÍSICOS puede:

- hacer percibir más señales o sensaciones (ej. un aumento del dolor)
- entorpecer funciones como respirar, tragar, etc. (síndrome del ciempiés)

LAS CONDUCTAS DE EVITACIÓN Y DE BÚSQUEDA DE SEGURIDAD

* En adelante nos referiremos a la hipocondriasis con su inicial H

Aunque el estímulo temido son las alteraciones (reales o percibidas) de tu propio cuerpo, algunos estímulos externos pueden activar tu miedo (programas de TV o conversaciones, sobre la enfermedad temida, etc.) y por tanto, puedes tender a evitarlos

También se llevan a cabo conductas de búsqueda de seguridad para “evitar el desastre temido”. Con ellas intentas protegerte de un peligro que no existe, pero para lo que realmente “sirven” es para salvaguardar y seguir manteniendo tus falsas creencias catastrofistas acerca de padecer una enfermedad.

Así por ej., puedes pensar: “si no hubiese utilizado el inhalador, habría muerto”, o “nunca hago ejercicio porque si lo hiciese podría morir” y, en el fondo, puedes pensar que, hasta ahora, la temida enfermedad (imaginaria) no ha podido contigo gracias a esos cuidados. Así, mantienes la creencia de que existe dicha enfermedad. Si no hicieses nada por evitarla, te darías cuenta de que no te pasa nada y, por tanto, dejarías de preocuparte por ella.

LOS CHEQUEOS Y LA REASEGURACION

Estas conductas de búsqueda de seguridad, quedan reforzadas en ti, porque te ayudan a reducir la ansiedad a corto plazo (a largo plazo la aumentan al reforzar también tu falsa creencia de que estás en peligro).

La reaseguración (pedir a los demás que te tranquilicen acerca de tus síntomas) es un intento de centrar la atención de los demás en tus “síntomas” para que te ayuden a prevenir mejor el desastre temido.

Todo ello impide que compruebes que no te pasa nada, y que por tanto, te convenzas de que no estás en peligro y de que no necesitas ningún cuidado especial.

Como los pacientes hipocondríacos insistís tanto en la posibilidad de padecer una enfermedad, algunos médicos os recomiendan exámenes médicos o medicación. Pero lejos de tranquilizaros, lo soléis tomar como prueba de que realmente estáis enfermos. Algunas conductas de búsqueda de seguridad incrementan los síntomas temidos de forma más directa. Ejs.:

- te sientes débil; disminuyes tu actividad física, y, al cabo de meses, el sedentarismo incrementa tu debilidad
- sientes dolor; disminuyes el ejercicio y adoptas posturas exageradas en un intento de reducir el dolor, y, como consecuencia, el dolor muscular empeora
- notas dolor en una zona; la palpas y presionas repetidamente para comprobar si tiene bultos, etc., y, como consecuencia, se incrementa el dolor o incluso aparece inflamación, erosiones, etc., que parecen confirmar tus temores

Otros síntomas se producen o se incrementan por los efectos secundarios de la medicación, o por otras prescripciones médicas (ej., llevar collarín, fajas, etc.)

CREENCIAS CATASTROFISTAS Y MALINTERPRETACIONES DE SÍNTOMAS, SEÑALES O EXPLICACIONES MÉDICAS

El principal factor que ocasiona y mantiene la H, es la malinterpretación de señales corporales benignas (o de la información neutra proporcionada por médicos, amigos, o medios de comunicación), como señal de amenaza.

Esto es especialmente probable cuando las creencias exageradas que mantienes acerca de tu posible enfermedad, producen el resultado de que captas las cosas en forma distorsionada; es decir, captas preferentemente cualquier señal de posible enfermedad, mientras que ignoras u olvidas cualquier señal indicativa de que dicha enfermedad no existe.

A esta forma distorsionada de captar la realidad se le llama sesgo confirmatorio y se produce siempre que tenemos una alteración emocional: el que tiene miedo capta y recuerda preferentemente cualquier señal de peligro, el enfadado capta y recuerda preferentemente cualquier señal que sea congruente con su enfado, etc.).

Pero no nos limitamos a captar selectivamente las señales que confirman nuestro estado emocional, sino que interpretamos toda la información ambigua (o incluso tergiversamos la información que sería contradictoria^{*}) para que encaje con nuestra creencia preconcebida de: padecer una enfermedad, estar en peligro, estar enfadados, etc.

Así pues, las personas con H perciben y recuerdan selectivamente la información que confirma sus creencias negativas (y erróneas) acerca de su supuesta enfermedad.

El paciente con H suele ser reacio a aceptar que su problema es psicológico, ya que realmente se nota alteraciones físicas.

El problema puede deberse, en parte, a que no te hayan explicado bien, cómo influye la ansiedad y la preocupación (e incluso la focalización de la atención) en que notes síntomas físicos (ver hojas explicativas pánico)

Tienes que comprender cual es el papel primordial que juegan tus pensamientos, creencias y conductas en el mantenimiento de tus síntomas.

Hay que examinar en qué pruebas te basas, para creer que tienes esa enfermedad, y después hay que buscar otras posibles explicaciones de tus síntomas.

MEDICACION Y AYUDAS FISICAS

Muchos pacientes con H toman medicación para intentar resolver sus problemas. En algunos casos, esa medicación puede tener efectos adversos. Ejs.:

- existen pruebas de que en un 40% de los pacientes que abandonan la medicación analgésica se reduce el dolor
- el uso excesivo de inhaladores en personas con “problemas respiratorios” que no padecen asma, puede estar contraindicado, ya que muchos de esos síntomas se deben a la ansiedad, y los inhaladores pueden aumentar la ansiedad

* Por ej., un conocido puede decirte que tienes muy buen aspecto y puedes interpretarlo como que intenta darte ánimos porque te ve fatal. Hay casos aún más extremos, ej.: un paciente consulta al neurólogo por su dolor de cabeza y su mareo, temiendo tener un tumor cerebral; el neurólogo le dice que si tuviese un tumor ya se habría muerto, y el paciente puede entender que le ha dicho que tiene un tumor cerebral irreversible

- la medicación innecesaria suele aumentar la raíz del problema del hipocondríaco, ya que aumenta su creencia de que tiene una enfermedad orgánica
- los hipnóticos afectan negativamente la arquitectura y calidad del sueño
- los laxantes empeoran el funcionamiento intestinal

FACTORES DEBIDOS A LA DIETA Y AL ESTILO DE VIDA

Algunos síntomas pueden estar producidos por factores ambientales. Por ej., la exposición laboral a determinadas sustancias puede producir dificultades respiratorias, y el consumo excesivo de alcohol o cafeína puede provocar determinados síntomas. Asimismo, los cigarrillos pueden producir problemas respiratorios o circulatorios y el sedentarismo puede producir dolores musculares (sobre todo, al intentar hacer ejercicio después de un tiempo de inactividad) o insomnio.

El ejercicio y la dieta sana son recomendables para cualquier persona, pero sobre todo para quienes tienen alguna disfunción somática como el intestino irritable

CAMBIAR TUS CREENCIAS SOBRE LA NATURALEZA Y LAS CONSECUENCIAS DE TU PROBLEMA

La hipocondria se debe al hábito estable de interpretar las sensaciones corporales, los pequeños cambios físicos que todos notamos, y las comunicaciones médicas, como mucho más peligrosos de lo que son en realidad. Se refiere, a la creencia en la posibilidad de padecer una enfermedad grave.

Una de las cosas que has de aprender para superar este problema es a modificar la forma en que evalúas el significado de tus sensaciones o de los pequeños cambios orgánicos que todos notamos.

El cambio de creencias incluye la identificación de los pensamientos catastrofistas y de las evidencias en que se basan, y la evaluación de tu grado de creencia en ellos.

EXPERIMENTOS CONDUCTUALES

Sirven para demostrar que los síntomas temidos pueden ser debidos a factores diferentes a la supuesta enfermedad

Ej., un paciente notaba opresión en la cabeza y creía que era señal de que tenía un tumor. Cuando se centraba en ello y pensaba en los tumores cerebrales, la opresión empeoraba. Cuando se distraía, por ej., describiendo en voz alta un cuadro del despacho de su terapeuta, la opresión mejoraba hasta desaparecer.

Mientras analizaba ese experimento, recordó que cuando pensaba en los tumores empeoraban sus síntomas. Al preguntarle qué podía significar eso, respondió que esto encajaba más con la explicación psicológica.

Otro paciente creía que padecía una leucemia y que esto explicaba su delgadez, su mareo y su cansancio. Se le pidió que diese una caminata rápida de una hora, por la playa acompañado de un amigo, y después de hacerlo se sintió mucho mejor. Esto le ayudó a darse cuenta de que si su cansancio se debiese a la enfermedad física habría empeorado con el ejercicio, mientras que ocurrió todo lo contrario.

A otro se le pidió que concentrase su atención en notar su corazón, y al hacerlo así, encontró que lo notaba mucho más de lo habitual. Esto le ayudó a darse cuenta de que la focalización de la atención en las sensaciones internas, hace que notemos sensaciones que, generalmente, pasan desapercibidas.

CAMBIOS DE CONDUCTA

La mayoría de conductas dirigidas por la creencia irracional de que se padece una enfermedad, son percibidas por el paciente como una ayuda para prevenir la enfermedad temida; por tanto son difíciles de modificar si no se analizan las creencias subyacentes

Conductas de búsqueda de seguridad directamente relacionadas con el problema

Para modificar estas conductas se llevan a cabo experimentos para:

- 1) poner a prueba la creencia del paciente de que sus conductas le ponen a salvo de una amenaza severa
- 2) ver si las conductas que el paciente cree que alivian sus síntomas lo hacen realmente. Ej., un paciente temía tener el SIDA porque presentaba algunos síntomas frecuentes en esta enfermedad. Se manipulaba las áreas que le dolían y por tanto le dolían más. Se llevó a cabo un experimento en el cual se tocaba y apretaba otra área corporal durante un buen rato. Se produjo una pequeña hinchazón y dolor. Esto fue suficiente para convencerlo de que sus apretones estaban implicados en la producción y mantenimiento de los síntomas temidos. Otro paciente con colon irritable se ponía ansioso si notaba plenitud intestinal, y frecuentemente usaba supositorios y laxantes para deshacerse de esas sensaciones. Se le propuso como experimento que dejase de usarlos durante 3 semanas y comprobó que así notaba menos sensaciones

En muchos casos, las conductas de evitación son las que mantienen la preocupación del paciente por la supuesta enfermedad, porque le impiden acceder a experiencias que contradigan su interpretación catastrofista de sus síntomas. Ej., un paciente con dolor de cabeza creía que no había tenido aún una trombosis porque la prevenía centrandolo su atención en la relajación y la imaginación positiva cada vez que notaba el más mínimo dolor. Cuando el terapeuta le pidió que se imaginase provocándose una trombosis, se mostró reacio a hacerlo. Más adelante se decidió y comprobó que no le pasaba nada. (ver Philips 98 experimentos conductuales para el dolor)

REASEGURACIÓN

Consiste en pedir a otras personas que te tranquilicen acerca de tus temores. Para ello les preguntas si te ven buen color de cara, si creen que tu lunar está igual que hace un tiempo, etc. También se incluyen aquí las pruebas médicas.

Es otro tipo de conductas de búsqueda de seguridad con una función similar al chequeo.

Esas conductas, al igual que cualquier conducta dirigida por tus creencias irracionales de padecer una enfermedad, son contraproducentes porque focalizan tu atención en tus

preocupaciones y reducen la ansiedad a corto plazo pero aumentan la preocupación (y otros aspectos del problema) a largo plazo.

Aunque la mayoría de pacientes que buscan ayuda médica responden bien a las explicaciones médicas que descartan la existencia de la enfermedad, los hipocondríacos siguen demandando más y más explicaciones tranquilizadoras repetidas y convincentes (reaseguración).

Dárselas llega a ser contraproducente ya que el paciente sólo atiende selectivamente y malinterpreta incluso la información tranquilizadora. Por ej., si el médico dice “esos dolores parecen de tensión muscular, pero si persisten te pediré una radiografía para descartar algo orgánico”; el paciente puede tomarlo como prueba de que el médico piensa que puede tener un cancer.

Los intentos repetidos de demostrarte que no estás enfermo (mediante pruebas médicas o persuasión verbal) suelen aumentar tu ansiedad.

Las formas en que el paciente busca la reaseguración son muy variadas y, en ocasiones, muy sutiles. Por ej., conversaciones “casuales” en las que menciona sus síntomas. A veces, consultan a varios médicos simultáneamente y preguntan a personas próximas con disimulo, por ej., al salir de casa preguntan a su pareja si tiene mal aspecto o se ve demasiado pálido.

EL PAPEL DE LAS CONDUCTAS DE BUSQUEDA DE SEGURIDAD EN EL MANTENIMIENTO DE LA HIPOCONDRIASIS

Es importante que lo comprendas con claridad. Puede ayudarte el llevar a cabo algún experimento conductual. Por ej., llevar a cabo una última revisión médica y, antes de hacerla y un mes después, volver a evaluar tu grado de creencia en que puedes tener una enfermedad.

Si la revisión médica sirve para reducir tu ansiedad y preocupación en forma permanente, en ese mes, la podemos considerar de utilidad: Pero si, como suele ocurrir, esa reducción de la ansiedad es sólo momentánea llegaríamos a la conclusión de que no es útil y de que puede mantener el problema a largo plazo.

Estos experimentos ofrecen argumentos claros para controlar las conductas de búsqueda de seguridad, lo que, a medio y largo plazo, acabará con tu problema.

Una estrategia parecida es preguntarte a ti mismo que procedimientos médicos te convencerían plenamente de que no sufres la enfermedad temida. Preguntándote ¿te convencerías totalmente? ¿cómo podrías estar totalmente seguro de que el médico no se ha equivocado?, etc.

Así llegarás a entender que nunca estamos TOTALMENTE SEGUROS de que no estemos enfermos, igual que tampoco podemos estar seguros de que no caerá un satélite sobre nuestras cabezas.

Los familiares u otras personas próximas deben ser instruidas acerca de cómo deben responder a esas conductas de búsqueda de seguridad. Se puede hacer un juego de roles en el que el paciente pide al otro reaseguración, y el otro le responde (sin

criticarlo), algo similar a esto: “como hemos acordado no es bueno para ti que te tranquilice; por tanto, no te responderé a eso” y se le anima a hablar de otra cosa. Antes de empezar a hacerlo hay que llegar a un acuerdo con el paciente.

Pueden ser útiles las técnicas

- Técnicas de control de la ansiedad como: relajación muscular (sobre todo cuando las sensaciones temidas son resultado de la tensión muscular o de la activación del SNA), respiración diafragmática lenta, distracción y autoinstrucciones tranquilizadoras
- Posponer las preocupaciones. Por ej., anotarlas en un papel y dedicar una hora fija, cada día, para preocuparte con ellas. Esto ayuda a ejercer control sobre tu pensamiento y tu imaginación

DOLORES DE CABEZA

Lo más común es que se deban a migraña o a cefaleas de tensión (por contracciones musculares)

La investigación muestra que el tratamiento psicológico más eficaz es una combinación de: detectar y cambiar pensamientos ansiógenos, relajación y modificación de conducta.

BUSCAR OTRAS CAUSAS

Evaluar si existen problemas orgánicos menores, que hayan pasado inadvertidos: visuales, dentales (principalmente la maloclusión)

Ver también si puede deberse a que tomas un exceso de analgésicos, si tomas píldoras anticonceptivas, etc.

EXPERIENCIAS PREVIAS de:

- Enfermedad en uno mismo o en un familiar, o errores médicos
- Interpretación de síntomas y reacciones apropiadas. Ej.: “mi madre murió de un tumor cerebral”, “siempre que me he notado algún síntoma he consultado con el médico si parecían serios, ...”



FORMACIÓN DE CREENCIAS IRRACIONALES CATASTROFISTAS

- Los síntomas corporales son siempre señal de que algo anda mal
- Debo ser siempre capaz de encontrar una explicación para mis síntomas



INCIDENTE CRÍTICO

Incidente o síntoma que sugiere enfermedad. Ej.: “uno de mis amigos acaba de morir de un tumor cerebral, y yo tengo más dolores de cabeza últimamente”



ACTIVACIÓN DE LAS CREENCIAS CATASTROFISTAS



PENSAMIENTOS AUTOMÁTICOS / IMÁGENES CATASTRÓFICOS

- Puedo tener un tumor cerebral
- No he dicho al doctor que he perdido peso
 - Puede ser demasiado tarde
 - Esto está empeorando
 - Me tendrán que operar



ANSIEDAD POR LA SALUD HIPOCONDRIASIS

conductas:

Evitación y restricciones autoimpuestas

Autoinspecciones repetidas

Manipulación reiterada del área afectada

Consultas y búsqueda de reaseguración

emociones:

Ansiedad

Depresión

Ira

cogniciones:

Atención centrada en las percepciones corporales

Atención a la información negativa

Preocupaciones

No tener en cuenta la información positiva

fisiología

Aumento del arousal

Cambios en las funciones corporales

Alteraciones del sueño

Lo que más llama la atención en la H es la preocupación y ansiedad exageradas por la salud.

Un componente básico en esa preocupación por la salud, es la malinterpretación distorsionadamente negativa, de ciertos cambios corporales benignos, o de la información que llega de médicos, amigos o medios de comunicación.

Los pacientes toman esos cambios o esas informaciones como “pruebas” de que ellos están sufriendo un problema de salud (o si padecen un problema leve, piensan que es algo grave).

Esto es más fácil que ocurra, cuando las falsas creencias de estos pacientes, acerca de sus síntomas, les llevan a encontrar “pruebas” aparentes de que padecen una enfermedad grave.

Como resultado, tienden a captar y recordar selectivamente, solo aquellas informaciones que son consistentes con sus creencias catastrofistas acerca de su supuesta enfermedad. Ej., un paciente va al neurólogo por sus dolores de cabeza y su mareo, el neurólogo le dice que no tiene nada orgánico, pero el paciente está convencido de que cualquier sensación que note en su cabeza es señal de que algo anda mal, y llega a la conclusión de que el neurólogo cree que tiene un tumor cerebral fatal, y que le ha dicho que no tiene nada grave, por compasión.

TRATAMIENTO DE LA HIPOCONDRIASIS.

Los primeros informes sobre tratamiento conductual de la H se refieren al tratamiento de un pequeño número de casos con desensibilización sistemática detención del pensamiento, hipnosis, implosión o exposición gradual y prevención de respuesta.

Los primeros estudios dirigidos a evaluar los tratamientos cognitivo-conductuales ponían el énfasis en la similitud entre el trastorno obsesivo compulsivo y la H.

Marks sugería que la fobia a la enfermedad podría ser tratada del mismo modo que otras fobias, con exposición y prevención de respuesta (dejar de llevar a cabo las conductas de búsqueda de seguridad).

Salkovskis también halló similitud entre la búsqueda de reaseguración y los rituales obsesivos.

Algunas de las principales diferencias entre las rumiaciones obsesivas y las preocupaciones hipocondríacas fueron identificadas por Rachman y muchas de esas consideraciones pueden ser aplicadas a la H la cual muchas veces toma una forma similar al pensamiento obsesivo, aunque se diferencia en que en la H no se tiene la percepción de que sean ideas sin sentido.

Los estudios que comparan el tratamiento de la H con el de la fobia a las enfermedades, pueden ser de gran interés.

La adaptación de estrategias ya utilizadas, como por ej., la exposición gradual o las técnicas del manejo de la ansiedad, pueden ser menos eficaces en la fobia a enfermedades que en otras fobias. Pero añadiendo técnicas cognitivas, la eficacia puede mejorar bastante.

Recientemente se ha hallado que la terapia cognitivo-conductual es eficaz en diversos síntomas de la H, como: el grado de convicción de estar enfermos, la ansiedad, la depresión, la necesidad de reaseguración, etc.

TRATAMIENTO COGNITIVO-CONDUCTUAL

El principal elemento del tratamiento de la H, es ayudar al paciente a considerar y poner a prueba la hipótesis de una explicación alternativa centrada en lo psicológico;

en lugar de la explicación previa que se daba a sí mismo, que consiste en creer erróneamente “que se deben a una enfermedad física”.

Sus intentos habituales de reducir sus temores, por ej., reasegurándole una y otra vez, que no está sufriendo la enfermedad que le preocupa; pueden ser no solo inútiles, sino que también pueden empeorar su problema al reforzar su tendencia a preocuparse y autoobservarse.

El tratamiento psicológico consistirá en poner a prueba las dos hipótesis:

- 1) la que mantenía el paciente de que sus molestias se deben a una enfermedad física
- 2) que se trata de un problema psicológico y no físico

Se espera que el paciente vaya modificando su creencia en la medida en que vaya progresando la terapia.

Esta forma de terapia tiene muchas similitudes con la que se utiliza en el pánico.

Las bases clínicas de la conceptualización de la H pueden resumirse en que el paciente cree que sus problemas tienen una causa física, pero que esta percepción puede ser adecuada, exagerada o completamente inadecuada.

Se les ayuda a ver que cuando se tiene una creencia distorsionada o no realista de que se está enfermo, esta creencia es una fuente de ansiedad y de las sensaciones derivadas de la ansiedad.

Los pacientes basan sus creencias en observaciones que les convencen de que su creencia catastrófica puede ser cierta; es decir, en síntomas y señales que son falsamente interpretadas como evidencias de enfermedad.

Esas evidencias falsas, también pueden derivarse de la malinterpretación de la información, que recibe del médico o de otras personas.

Algunas veces, las señales, síntomas o comunicaciones, indican que algún aspecto del funcionamiento corporal del paciente es ligeramente diferente del ideal, y ellos lo interpretan como evidencia de que existe una enfermedad importante.

La reacción al trastorno o enfermedad percibida, puede incluir cambios en el estado de ánimo, en las convicciones, en las conductas y en el funcionamiento fisiológico. Esos cambios pueden mantener la creencia de que se está enfermo.

En los casos en que existe un pequeño problema físico, la actitud hipocondríaca puede incrementar el grado de deterioro que supone, e incrementar la reacción emocional adversa al problema de salud percibido.

Algunas veces, la H tuvo como desencadenante una alteración física, que ya se superó, y después se mantiene por factores psicológicos.

El principal obstáculo del tratamiento de los pacientes hipocondríacos es su resistencia a ver sus problemas como causados por algo diferente a una enfermedad médica. El éxito del tratamiento psicológico dependerá de que el paciente se avenga a considerar la explicación psicológica, y a buscar pruebas a favor y en contra de ambas explicaciones: la orgánica, que es la que él mantenía, y la psicológica.

Una vez que el paciente está dispuesto a ello, el tratamiento tendría dos componentes principales:

- 1) La identificación y modificación de pensamientos automáticos y suposiciones disfuncionales acerca de la salud, mediante: el análisis de las evidencias que tiene el

paciente para creer que tiene una enfermedad física, y la búsqueda de explicaciones alternativas para los síntomas que experimenta

- 2) Información clara sobre las fuentes reales de sus síntomas
- 3) Formular y verificar las explicaciones alternativas (es una forma más eficaz de corregir las malinterpretaciones que los procedimientos que intentan probar al paciente que no tiene la enfermedad temida)
- 4) Identificar y eliminar cualquier conducta dirigida por el miedo irracional a tener una enfermedad: las conductas de búsqueda de seguridad.

La eliminación de las conductas de reaseguración es un aspecto importante del tratamiento, ya que se ha comprobado que ayudan a mantener la H.

Por tanto, tendremos que eliminar la búsqueda inadecuada de reaseguración, y el proveerles de información reiterada acerca de lo que tienen.

Algunas formas de reaseguración sutiles y persistentes, pueden no ser evidentes a primera vista, pero hay que estar alerta para detectarlas. Cualquier análisis sobre su estado de salud puede cumplir esa función de fortalecer sus miedos irracionales, y, por tanto, debe evitarse.

Algunos autores defienden el llevar a cabo exámenes médicos repetidos cuando el paciente teme que ha adquirido una nueva enfermedad; pero todo ello, dentro del marco de buscar pruebas que apoyen o desmientan las dos hipótesis: la que mantenía originalmente el paciente de que su problema es una enfermedad orgánica grave, o la explicación psicológica alternativa, según la cual se trata de un problema psicológico cuya raíz consiste en su falsa creencia de enfermedad.

En ese sentido si que puede ser recomendable buscar información (adecuada y realista) acerca de las causas y los mantenedores de sus síntomas.

El tratamiento cognitivo de la H sigue un patrón similar al del pánico, pero es un poco más difícil demostrar la falsedad de sus creencias catastrofistas, ya que el desenlace fatal temido se prevé a más largo plazo, mientras que en el pánico se cree que va a ocurrir en forma inminente

CRITERIOS DEL D.S.M. IV PARA EL DIAGNOSTICO DE LA HIPOCONDRIASIS:

- a) preocupación y miedo a tener, o convicción de padecer una enfermedad grave a partir de la interpretación personal de síntomas somáticos benignos
- b) la preocupación persiste, a pesar de las exploraciones y explicaciones medicas apropiadas
- c) las creencias expuestas en el criterio (a) no son de tipo delirante y no se limitan a preocupaciones acerca del aspecto físico (a diferencia del trastorno dismórfico corporal)
- d) la preocupación provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social o laboral (o de otras áreas importantes de la actividad del individuo)

- e) la duración del trastorno es de al menos 6 meses
- f) la preocupación no se explica mejor por la presencia de: trastorno de ansiedad generalizada, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno de angustia, episodio depresivo mayor, ansiedad por separación u otros trastornos somatoformes

Especificar si es con poca conciencia, es decir si durante la mayor parte del episodio el individuo no se da cuenta de que la preocupación por padecer una enfermedad grave, es excesiva o injustificada

La incidencia de la H en la población general se desconoce. En la práctica medica hay de un 4 a un 9% de pacientes que son hipocondríacos.

Curso: lo más frecuente es que empiece en los primeros años de la edad adulta. El curso, sin un tratamiento adecuado, tiende a ser crónico, con periodos de mejoría o empeoramiento; aunque algunas veces es posible que el individuo se recupere totalmente.

El inicio agudo, la comorbilidad, la ausencia de trastornos de la personalidad y la ausencia de una ganancia secundaria son indicadores de buen pronostico.

Diagnostico diferencial: lo primero hay que descartar la posible existencia de una enfermedad medica subyacente

Luego debe diagnosticarse hipocondría sólo si las preocupaciones sobre la salud no pueden explicarse mejor por la presencia de trastorno de ansiedad generalizada, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno de angustia, episodio depresivo mayor, trastorno de ansiedad por separación u otros trastornos somatomorfos.

Los individuos que sufren hipocondría pueden tener pensamientos intrusivos sobre la enfermedad y presentar comportamientos compulsivos asociados; por ejemplo demanda repetida de explicaciones; pero solo se diagnosticará trastorno obsesivo compulsivo si las obsesiones o compulsiones no se restringen a preocupaciones por una enfermedad.

A diferencia de la fobia especifica a las enfermedades, en la que el individuo tiene miedo a contraer alguna enfermedad, la hipocondría se caracteriza por la preocupación de padecerla ya.

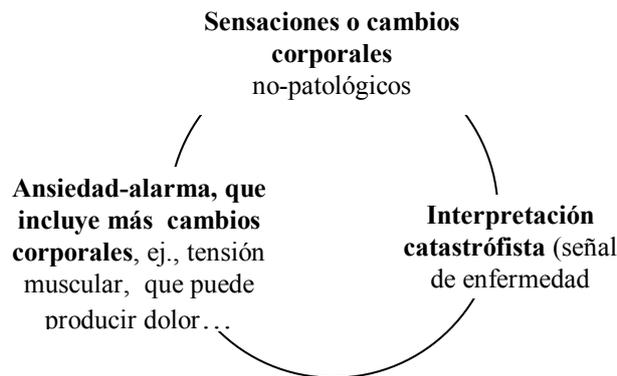
En la hipocondría, la convicción de tener una enfermedad no alcanza proporciones delirantes: el individuo puede aceptar la posibilidad de que la enfermedad temida no exista.

Talbot dice que en el diagnostico diferencial hay que distinguir la H de otros trastornos psiquiátricos que pueden conllevar síntomas hipocondríacos y somáticos, particularmente de los trastornos de ansiedad, el pánico y la depresión.

Las preocupaciones hipocondríacas somáticas, son un componente frecuente de la depresión. Algunas depresiones pueden manifestarse exclusivamente mediante síntomas físicos, negando el paciente que tenga un estado de ánimo depresivo.

Tener en cuenta que la hipocondría transitoria es una reacción corriente ante acontecimientos vitales estresantes.

Los pacientes que han padecido enfermedades médicas graves pueden preocuparse por molestias y dolores normales, temiendo que sean una señal de la recurrencia de su enfermedad. Pero, en esos casos, la ansiedad del paciente suele resolverse con la evaluación médica apropiada y la información que le tranquiliza, y no persiste de modo obsesivo.



DEL LIBRO “25 AÑOS DE PROGRESOS CIENTÍFICOS EN TERAPIAS COGNITIVO-CONDUCTUALES”

CAPÍTULO “LA HIPOCONDRIASIS”, DE P. SALKOVSKIS

Traducción y adaptación de Elia Roca

La característica primordial de la hipocondriasis (H) es la propensión a malinterpretar las señales corporales benignas como señal de una enfermedad seria, que supone una seria amenaza para la vida.

Según el D.S.M.- IV, estos pacientes creen que tienen una enfermedad grave y esa creencia se basa en la interpretación errónea que hacen de sus síntomas corporales. El DSM-III-R modificó los criterios diagnósticos de la H, para excluir a los pacientes en los cuales la fuente de malinterpretaciones de supuesta enfermedad derivaba exclusivamente de los síntomas de los ataques de pánico.

Con esto se evidenciaba la existencia de un solapamiento potencial con el pánico.

Los pacientes que sufren repetidos ataques de pánico y aquellos con diagnóstico de H, tienen en común los siguiente rasgos:

- 1) Están preocupados acerca de catástrofes internas, por ej., una enfermedad grave
- 2) Los fundamentos subjetivos de esas preocupaciones, son las malinterpretaciones de las sensaciones corporales inocuas

Importancia de considerar la relación entre el trastorno de pánico y la H

A nivel practico y clínico, si los dos problemas tienen un mecanismo común puede ser posible aplicar alguno de los hallazgos de la investigación sobre el pánico, para comprender y tratar la H

Esto es de gran interés, porque disponemos de un tratamiento psicológico rápido y muy eficaz para el pánico, mientras que la H se ha investigado menos.

La similitud del pánico y de la H se basa en: la superposición y similitud de síntomas, y en que con frecuencia un mismo paciente presenta ambos problemas

Siguiendo la perspectiva cognitiva en lo referido en la búsqueda de conductas de seguridad; tal como veíamos en el tratamiento del pánico, las conductas de escape, evitación y búsqueda de seguridad, están presentes, tanto en el pánico como en los pacientes hipocondríacos.

En los hipocondríacos las conductas de búsqueda de seguridad difieren de las conductas de búsqueda de seguridad del pánico, sólo en la medida en que se diferencian las malinterpretaciones.

Aunque, en ambos trastornos, las conductas de búsqueda de seguridad responden al deseo de evitar el peligro que temen, el peligro anticipado es percibido como mucho menos inminente en la H. Esta diferencia, da al paciente hipocondríaco más tiempo para prevenir el desastre anticipado, mediante conductas de búsqueda de seguridad tales como buscar atención médica.

No obstante, ambos tipos de conducta persisten en muchos pacientes; en los que están presentes ambas ideaciones, tanto las hipocondríacas como las de pánico.

Seguidamente describiremos las diferencias específicas entre el pánico y la H.

DIFERENCIAS ENTRE EL TRASTORNO PÁNICO Y LA HIPOCONDRIASIS.

Sensaciones malinterpretadas

Los pacientes con pánico tienden a malinterpretar las sensaciones involucradas en la respuesta de ansiedad aguda, lo cual les provee de un mecanismo de círculo vicioso, por el cual la ansiedad puede tener rápidamente una escalada. Estos síntomas son comúnmente, los síntomas típicos de la ansiedad, derivados de la activación del sistema nervioso autónomo. Veamos un ej.: una persona nota que su corazón empieza a latir más de prisa y lo interpreta como señal de que está teniendo un ataque al corazón. Este pensamiento hace que la persona se ponga más ansiosa, y el aumento de ansiedad produce un incremento de la tasa cardíaca. Esto produce un rápido desencadenamiento de un círculo vicioso que culmina en un ataque de pánico.

En los pacientes hipocondríacos, los síntomas malinterpretados son de una gama mucho más amplia: potencialmente incluyen tanto los síntomas derivados de un incremento de ansiedad, como otros no relacionados con ella; por ej., un lunar o una mancha.

En la H, el mecanismo del círculo vicioso es más probable que sea a largo termino, por ej., mantener centrada la atención en determinadas partes del cuerpo, chequearse repetidamente, e incrementar algunas conductas de manipulación física puede aumentar sus síntomas, y eso puede aumentar la creencia de que está enfermo, pero no se trata de un peligro tan inminente.

Los síntomas que son malinterpretados en el pánico, son aquellos que están sujetos a un inmediato incremento, como resultado de la activación del sistema nervioso autónomo. Mientras los síntomas malinterpretados en la H están menos circunscritos, ya que potencialmente incluyen tanto los derivados del sistema nervioso autónomo, como muchos otros síntomas (ej., señales o variaciones estructurales como una manchita, una inflamación, etc.).

Predicción del momento en que va a ocurrir la catástrofe

Esta es la segunda diferencia importante de ambos trastornos. Tanto los pacientes con pánico como los pacientes hipocondríacos interpretan las sensaciones corporales como indicadores de una enfermedad o catástrofe física o mental.

Sin embargo, la naturaleza aguda del pánico indica que los pacientes están convencidos de la inminencia del desastre, que creen que puede ocurrir en los próximos momentos, o que está ocurriendo ya.

Los pacientes hipocondríacos, en cambio, tienden a creer que sus síntomas indican un curso más a largo plazo, con un daño severo que suponen que sería el resultado de procesos más difusos.

Por tanto, los pacientes con pánico tienen miedo a que les ocurra algo terrible súbitamente, como un ataque al corazón, una trombosis etc.; mientras que los hipocondríacos son más propensos a temer enfermedades como el SIDA o el cáncer.

Diferencias en el tipo de conductas de evitación, escape o búsqueda de seguridad

La tercera diferencia importante entre el pánico y la H está en el tipo de conductas de evitación, escape o búsqueda de seguridad que tienen lugar.

Los pacientes con pánico malinterpretan las sensaciones como indicadoras de una catástrofe inminente. Esto provoca conductas de escape y evitación de los estímulos situacionales que considera relevantes, y conductas de búsqueda de seguridad que intenten salvarlo de la amenaza inmediata.

Las preocupaciones de los hipocondríacos acerca de una amenaza menos inminente para la salud, es más probable que les lleven a conductas de evitación, escape y búsqueda de seguridad de otro tipo, como la vigilancia acerca de sus “síntomas” y las continuas visitas médicas.

Diferentes actitudes acerca de la ansiedad

Las actitudes o creencias irracionales más prominentes en el trastorno de pánico son principalmente la preocupación por la probabilidad de un impacto negativo e inmediato de la ansiedad; mientras que las creencias irracionales más características de la H serían la preocupación acerca del significado de los síntomas físicos, y de la efectividad de la atención médica.

Como describíamos antes, en el tratamiento del pánico, es posible conseguir un considerable cambio de creencias al centrar la atención en eliminar las conductas de búsqueda de seguridad, para que esto permita al paciente disconfirmar sus predicciones de catástrofe.

Es lógico pensar que esta aproximación, será más útil cuando el paciente cree que la temida catástrofe es inminente, en forma tal que mediante la exposición, la persona inmediatamente descubre que la catástrofe temida no ocurre.

Sin embargo, cuando el paciente cree que las consecuencias más negativas de su enfermedad, puede no sentir las hasta el futuro, la disconfirmación es más difícil y será menos probable que tenga un papel importante en su tratamiento.

Es más difícil conseguir que el hipocondríaco lleve a cabo una exposición eficaz que disconfirme sus malinterpretaciones.

Esto tiene dos implicaciones directas importantes.

- 1) Cuando los pacientes hipocondríacos tienen ataques de pánico, el tratamiento tiende a ser más fácil y rápido en las primeras etapas. Las estrategias diseñadas para llegar a la disconfirmación son posibles en estos casos y pueden ayudar a que el paciente confíe de inmediato en la terapia.
- 2) El énfasis principal del tratamiento de la H, es ayudar a la persona a considerar, poner a prueba y adoptar, un punto de vista alternativo (que no sea el de creer que

tiene una enfermedad física grave) acerca de sus problemas. Por lo tanto el tratamiento pone el énfasis en que paciente y terapeuta trabajen juntos para buscar una comprensión compartida de las bases psicológicas del problema de la H.

TEORIA COGNITIVO-CONDUCTUAL APLICADA A PROBLEMAS SEVEROS DE ANSIEDAD POR LA SALUD.

La hipótesis cognitiva sobre la H supone que la base del problema es que las señales corporales son percibidas como peligrosas cuando no lo son, o como más peligrosas de lo que realmente son, y que una enfermedad particular se cree más probable o más espantosa de lo que realmente es.

Al mismo tiempo, el paciente suele percibirse a si mismo como incapaz de prevenir la enfermedad e incapaz de influir en su curso. Por ej., cree que no tiene medios eficaces para manejar la amenaza percibida.

El recuerdo de experiencias pasadas de enfermedad, en él mismo o en otros, lleva al paciente a la formación de suposiciones erróneas acerca de los síntomas de la enfermedad. Esto puede aprenderse de diversas formas, particularmente de experiencias tempranas, pero también de sucesos del círculo social del paciente, o de los medios de comunicación.

La experiencia previa de salud y enfermedad del paciente y de sus familiares, así como las experiencias previas de cuidados médicos insatisfactorios, pueden influir notablemente.

Otro factor que puede influir es la información difundida por los medios de comunicación en cuanto a historias o artículos concernientes a los problemas de salud, por ej., reportajes sobre el SIDA.

Ejemplos de suposiciones potencialmente problemáticas son:

- “Los cambios corporales suelen ser señal de una grave enfermedad, porque cualquier síntoma tiene que tener una causa física identificable”
- “Si no voy al médico tan pronto como note algo, puede que cuando vaya sea demasiado tarde”

Algunas preocupaciones hipocondríacas se refieren a la preocupación por la salud en sí misma. Por ej., “si no estoy preocupado por mi salud es probable que me ponga enfermo” o “si no estoy preocupado por mi salud, puedo no notar algunos síntomas importantes y, por tanto, no identificar la enfermedad hasta que sea demasiado tarde”

Otras creencias se relacionan con una conciencia específica personal de determinadas enfermedades. Por ejemplo. “hay problemas cardiacos en la familia” o “tengo los pulmones débiles desde pequeño”.

Tales creencias pueden ser una fuente constante de ansiedad o pueden ser activadas en personas vulnerables por ciertas experiencias críticas.

Cuando este tipo de suposiciones se llegan a hacer predominantes, pueden llevar al paciente a atender selectivamente solo a la información que parece confirmar la idea de que tiene una enfermedad, mientras que ignora selectivamente o deja de tener en cuenta, las evidencias que indican que tiene una buena salud.

Así, las creencias catastrofistas predominantes, muchas veces llevan a un sesgo confirmatorio en el pensamiento del paciente, haciendo que habitualmente tienda a malinterpretar los síntomas corporales y a ver cualquier señal como indicativa de enfermedad grave.

También pueden captar más sensaciones corporales como consecuencia de un incremento de autoobservación

Las interpretaciones catastrofistas pueden a su vez a llevar a uno de los dos patrones de ansiedad:

- Si los signos o sensaciones en los que centra su temor, no son aquellas que se incrementan como resultado de la ansiedad (de la activación del sistema nervioso autónomo), o no ve la catástrofe temida como inmediata, en esos casos la reacción será la hipocondríaca, con pensamientos como “mi dolor de estomago significa que tengo un cáncer que no han detectado”
- Si los síntomas malinterpretados, son aquellos que ocurren como parte de la activación del sistema nervioso autónomo, inducida por la ansiedad, y la interpretación es que esos síntomas son señal de una catástrofe inminente, por ejemplo “estoy teniendo un ataque al corazón”; se producirá un inmediato incremento en los síntomas, y si este proceso continua, el ataque de pánico es la respuesta más probable.

FACTORES DIRECTAMENTE INVOLUCRADOS EN EL MANTENIMIENTO DE LA PREOCUPACION ACERCA DE LA SALUD.

El incremento de activación fisiológica, que resulta de creer que estás en peligro, lleva a un incremento de las sensaciones típicas de la ansiedad, mediadas por el sistema nervioso autónomo. Esas sensaciones son muchas veces interpretadas por el paciente como evidencia de enfermedad. Por ejemplo un paciente nota un incremento de sudor, y tiene el pensamiento “ esto es un signo de un desequilibrio hormonal grave”. Cuando piensa esto, se produce un incremento del sudor, lo cual parece convencerle más de que algo anormal le está ocurriendo. Otro paciente con colon irritable nota molestias, piensa que puede perder el control de los esfínteres, esto le crea ansiedad y la ansiedad le crea un incremento de molestias, dolor y diarrea.

EL PAPEL DE LA AUTOOBSERVACIÓN

Las variaciones normales de las funciones corporales, incluidas las que dan lugar a sensaciones corporales, o la percepción de detalles que previamente no se notaban,

referidos al aspecto o las funciones del cuerpo; pueden hacerse evidentes al aumentar la autoobservación del paciente, y, por tanto, pueden ser percibidas como novedosas.

Los pacientes pueden concluir que esos cambios percibidos, son señal de enfermedad. Por ejemplo un paciente nota que sus uñas parecen pálidas y que tienen manchitas blancas, e interpreta esto como un problema hormonal. Puede encontrar esta observación muy amenazadora y le parece imposible que en ocasiones anteriores haya tenido señales parecidas (aunque, de hecho, las haya tenido).

Centrar la atención en el cuerpo, puede llevar también a cambios reales en los sistemas fisiológicos, cuyo control voluntario o reflejo puede verse alterado por ese exceso de atención. Por ej., esto ocurre con la respiración, con ciertas conductas automáticas como conducir, con la conducta de tragar algo, etc. (es el llamado síndrome del ciempiés). Por ej., un paciente puede notar dificultades en tragar comidas secas e interpretar esto como señal de que tiene un cáncer de garganta. Si centra su atención en el hecho de tragar, esto puede llevarle a tensar los músculos de la garganta, y a hacer esfuerzos indebidos, incrementando así su malestar y su dificultad para tragar. La experiencia de dolor también se incrementa si se centra la atención en el, independientemente de la forma en que este dolor sea interpretado.

CONDUCTAS DE EVITACIÓN

A diferencia de las personas con fobias, los pacientes con H están preocupados por las amenazas que atribuyen a sus sensaciones internas (por ej., malestar en el estómago), a los dolores, o a señales corporales (por ej., lunares en la piel).

Sin embargo, su atención puede empezar a centrarse en esas sensaciones corporales inducida por factores externos, como por ej., leer algo acerca de una determinada enfermedad, o por las preguntas de una esposa preocupada.

Los pacientes raramente tienen la posibilidad de evitar completamente el estímulo provocador de ansiedad, que es lo que desearían hacer. Por tanto, recurren a conductas dirigidas a minimizar el malestar corporal y a conductas que creen que pueden ayudarles a prevenir el desastre temido. Así, su creencia en que “el peligro ha sido evitado por ahora, gracias a esas conductas de búsqueda de seguridad”, perpetúa las creencias catastrofistas erróneas del paciente. Este piensa, por ej., “si no llego a usar mi inhalador podría haber muerto asfixiado”.

El chequeo corporal y la búsqueda de reaseguración, son reforzadas por una reducción temporal de la ansiedad. Pero esto se hace a expensas de un incremento de la ansiedad y de la preocupación a medio y largo plazo.

En la búsqueda de reaseguración la intención del paciente es dirigir la atención de las otras personas a su estado de salud, en forma tal que cualquier anomalía física pueda ser detectada, y, por tanto, disminuir el riesgo a largo plazo.

Pero, en la práctica, el chequeo y la búsqueda de reaseguración, hacen que la atención del paciente se centre en sus miedos, manteniendo así su problema.

El estrés persistente que padecen, el deterioro en la vida diaria y las frecuentes búsquedas de consultas médicas, pueden llevar a algunos médicos a optar por

intervenciones médicas, que a veces pueden incluir la cirugía o fármacos con importantes efectos secundarios. Esto lleva al paciente a confirmar sus temores y por tanto a empeorar sus síntomas y preocupaciones, y algunas veces a añadir nuevos síntomas yatrogénicos, por ej., efectos colaterales de la medicación.

Algunas conductas de búsqueda de seguridad tienen un efecto negativo más directo en los síntomas del paciente. Por ej., un paciente que sufre cansancio y debilidad persistentes, puede reducir su actividad, dejar de hacer deporte y caminar lo menos posible; después de un tiempo nota que su debilidad va empeorando (cosa que se debe a su falta de ejercicio), y esto parece confirmar sus temores iniciales de que está sufriendo una enfermedad grave.

Un paciente con dolor en sus testículos, los presiona frecuentemente para comprobar si siguen doliéndole o si nota algún bulto, pasando así mucho tiempo. No es sorprendente, que el dolor se incremente y que también con ello aumente su preocupación.

Otras conductas de búsqueda de seguridad que pueden incrementar los síntomas que pretenden evitar son el uso excesivo de medicación inadecuada, corsés, collarines, muletas, ...

RESUMEN

DIFERENCIAS H-PÁNICO

- Tipo de sensación que malinterpretan
- momento en que creen que va a ocurrir la catástrofe
- tipo de conducta de escape, evitación o búsqueda de seguridad: en el pánico se trata de conductas que le “salven” de los síntomas. En la H las conductas de búsqueda de seguridad se centran en la vigilancia de sus síntomas y en las revisiones y consultas médicas

- actitudes acerca de la ansiedad y la enfermedad: en el pánico, el principal temor es a los daños que pueda producir la ansiedad. En la H el principal temor es a la enfermedad y a los posibles errores médicos

En la H es más difícil hacer una exposición eficaz que que disconfirme sus malinterpretaciones, porque no se trata de un peligro inminente

LO PRINCIPAL EN EL TRATAMIENTO DE LA H ES: considerar, poner a prueba y adoptar un punto de vista alternativo acerca de sus temores a la enfermedad

DISTORSIONES COGNITIVAS EN LA H

- las señales corporales se perciben como más peligrosas de lo que son
- la enfermedad se cree más probable y más terrible de lo que realmente lo es
- se ve más incapaz de manejarla
- debo preocuparme mucho por mi salud, o si no...
- exceso de atención al propio cuerpo que puede producir cambios y disfunciones (ej., en el tragar)

PASOS DE LA TERAPIA

Explicarle a que se debe su problema

Considerar su creencia hipocondríaca como una hipótesis y ponerla a prueba
explicación hipocondríaca

pruebas a favor	pruebas en contra
-----------------	-------------------

De paso, se revisa la posibilidad de que realmente tenga alguna enfermedad

explicación psicológica

pruebas a favor	pruebas en contra
-----------------	-------------------

Explicarles las verdaderas razones a que se debe cada síntoma concreto (tabla pánico)

Papel de las conductas de búsqueda de seguridad

A corto plazo, reducen la ansiedad. A medio y largo plazo aumentan y mantienen el problema

Identificar sus conductas de búsqueda de seguridad: escape-evitación, vigilancia de síntomas, revisiones y consultas, preguntas a los demás para que les tranquilicen, ...

Cambiar la reaseguración patológica por explicaciones científicas de por qué notan sus síntomas

Buscar pruebas

Explicar que sus intentos de reducir síntomas, pueden empeorarlos.

Ej.: debilidad → reposo → más debilidad