

HIPOCONDRIA: LA ANSIEDAD POR LA SALUD

Consulte nuestra página web: **www.sintesis.com**
En ella encontrará el catálogo completo y comentado



Queda prohibida, salvo excepción prevista en la ley, cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública y transformación de esta obra sin contar con autorización de los titulares de la propiedad intelectual. La infracción de los derechos mencionados puede ser constitutiva de delito contra la propiedad intelectual (arts. 270 y sigs. Código Penal). El Centro Español de Derechos Reprográficos (www.cedro.org) vela por el respeto de los citados derechos.

HIPOCONDRIA: LA ANSIEDAD POR LA SALUD

Amparo Belloch Fuster
José López Santiago
Sandra Arnáez Sampedro



EDITORIAL
SINTESES

© Amparo Belloch Fuster
José López Santiago
Sandra Arnáez Sampetro

© EDITORIAL SÍNTESIS, S. A.
Vallehermoso, 34. 28015 Madrid
Teléfono: 91 593 20 98
www.sintesis.com

ISBN: 978-84-9171-411-8
Depósito Legal: M-29.277-2019

Impreso en España. Printed in Spain

Reservados todos los derechos. Está prohibido, bajo las sanciones penales y el resarcimiento civil previstos en las leyes, reproducir, registrar o transmitir esta publicación, íntegra o parcialmente, por cualquier sistema de recuperación y por cualquier medio, sea mecánico, electrónico, magnético, electroóptico, por fotocopia o cualquier otro, sin la autorización previa por escrito de Editorial Síntesis, S. A.

Índice

| | |
|---|----|
| <i>Prólogo</i> | 9 |
| 1. <i>Hipocondría: en qué consiste</i> | 13 |
| 1.1. Un poco de historia | 13 |
| 1.2. Caracterización clínica de la hipocondría | 17 |
| 1.3. La hipocondría en los sistemas de diagnóstico psiquiátrico | 27 |
| 1.3.1. <i>La hipocondría en el DSM</i> | 27 |
| 1.3.2. <i>La Clasificación Internacional de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud</i> | 34 |
| 1.4. ¿Hipocondría o ansiedad por la salud? | 39 |
| 1.5. ¿Creencia en la enfermedad o convicción de enfermedad? | 41 |
| 1.6. Epidemiología | 43 |
| 1.7. Curso y pronóstico | 45 |
| 1.8. Comorbilidad | 47 |
| 1.9. Diagnóstico diferencial | 50 |
| 1.9.1. <i>Enfermedades médicas</i> | 50 |
| 1.9.2. <i>Trastornos del espectro de la esquizofrenia o psicóticos</i> | 51 |
| 1.9.3. <i>Depresión</i> | 52 |

| | | |
|-----------|--|------------|
| 1.9.4. | <i>Trastorno de pánico</i> | 53 |
| 1.9.5. | <i>Trastorno obsesivo-compulsivo</i> | 55 |
| 1.9.6. | <i>Trastorno de ansiedad generalizada</i> | 56 |
| 1.9.7. | <i>Fobia a la enfermedad</i> | 57 |
| 1.9.8. | <i>Trastorno de síntomas somáticos</i> | 58 |
| 1.9.9. | <i>Trastornos de personalidad</i> | 60 |
| 2. | <i>Pautas para la evaluación y el diagnóstico</i> | 63 |
| 2.1. | Evaluación de la hipocondría en el contexto clínico .. | 63 |
| 2.1.1. | <i>Examen del estado mental</i> | 64 |
| 2.1.2. | <i>Diagnóstico diferencial: guía general</i> | 68 |
| 2.1.3. | <i>Pautas para la formulación clínica del problema</i> .. | 73 |
| 2.2. | La relación con el paciente | 84 |
| 2.2.1. | <i>Los pacientes sienten que no han recibido una explicación satisfactoria sobre sus síntomas..</i> | 85 |
| 2.2.2. | <i>Los pacientes sienten que no han tenido la oportunidad de explicar sus problemas de manera adecuada</i> | 86 |
| 2.2.3. | <i>Insatisfacción con la actitud de los profesionales médicos</i> | 86 |
| 2.2.4. | <i>Insatisfacción por las diferencias entre la programación de evaluación y tratamiento que maneja el terapeuta y lo que espera el paciente ..</i> | 87 |
| 2.3. | Instrumentos para la evaluación y diagnóstico de la hipocondría | 88 |
| 2.3.1. | <i>Entrevistas diagnósticas estructuradas</i> | 88 |
| 2.3.2. | <i>Entrevistas semiestructuradas</i> | 90 |
| 2.3.3. | <i>Instrumentos de autoinforme</i> | 91 |
| 3. | <i>Causas de la hipocondría</i> | 103 |
| 3.1. | Planteamientos psicodinámicos | 104 |
| 3.1.1. | <i>La hipocondría como expresión de pulsiones biológicas</i> | 105 |
| 3.1.2. | <i>La hipocondría como mecanismo de defensa del yo</i> | 105 |
| 3.2. | Planteamientos psicosociales | 106 |
| 3.2.1. | <i>Rol de enfermo y conducta anormal de enfermedad</i> | 106 |

| | | |
|-----------|--|------------|
| 3.2.2. | <i>Hipocondría como un modo de comunicación interpersonal</i> | 109 |
| 3.3. | Planteamientos cognitivos | 110 |
| 3.3.1. | <i>Alteraciones en los procesos de atención y percepción de síntomas y signos corporales</i> | 111 |
| 3.3.2. | <i>Alteraciones en los procesos cognitivos responsables de la elaboración de la información: memoria y pensamiento</i> | 118 |
| 3.3.3. | <i>Alteraciones en el comportamiento: conductas de seguridad y evitación</i> | 125 |
| 3.3.4. | <i>Alteraciones en los procesos emocionales y en la expresión de emociones</i> | 130 |
| 3.3.5. | <i>Personalidad</i> | 132 |
| 3.3.6. | <i>Modelos explicativos generales</i> | 134 |
| 4. | <i>Tratamiento cognitivo-conductual: principios generales</i> | 149 |
| 4.1. | Estado actual del tratamiento de la ansiedad por la salud | 149 |
| 4.2. | La relación terapéutica con el paciente hipocondríaco ... | 151 |
| 4.2.1. | <i>Validar la fenomenología de los síntomas</i> | 159 |
| 4.3. | El formato del tratamiento | 161 |
| 4.4. | El procedimiento terapéutico: líneas generales | 163 |
| 4.4.1. | <i>Metas del tratamiento</i> | 164 |
| 4.4.2. | <i>Objetivos y contenidos específicos del tratamiento</i> | 165 |
| 4.4.3. | <i>Monitorizar e identificar los episodios de ansiedad por la enfermedad: importancia de los registros</i> | 170 |
| 5. | <i>Tratamiento cognitivo-conductual: procedimientos y técnicas</i> | 175 |
| 5.1. | Módulo 1: psicoeducación | 176 |
| 5.1.1. | <i>El modelo cognitivo de la ansiedad por la salud</i> | 178 |
| 5.1.2. | <i>La naturaleza de la ansiedad</i> | 190 |
| 5.1.3. | <i>Normalización de los síntomas físicos y las sensaciones corporales</i> | 193 |

| | | |
|--------|--|-----|
| 5.2. | Módulo 2: modificación de creencias disfuncionales y eliminación de conductas de seguridad | 198 |
| 5.2.1. | <i>Reestructuración cognitiva</i> | 198 |
| 5.2.2. | <i>Experimentos conductuales</i> | 225 |
| 5.2.3. | <i>Eliminación de las conductas de seguridad y de reaseguro</i> | 231 |
| 5.3. | Módulo 3: exposición con prevención de respuesta .. | 235 |
| 5.3.1. | <i>Exposición a situaciones temidas y evitadas</i> | 238 |
| 5.3.2. | <i>Exposición a los pensamientos e imágenes intrusivos y a las preocupaciones y rumiaciones relacionadas con la enfermedad</i> | 244 |
| 5.4. | Módulo 4: prevención de recaídas | 248 |
| 5.5. | Otras intervenciones y técnicas de utilidad | 251 |
| 5.5.1. | <i>Exposición interoceptiva</i> | 251 |
| 5.5.2. | <i>Técnicas para el control de la atención y distractoras</i> | 252 |
| 5.5.3. | <i>Conciencia plena</i> | 253 |
| 5.6. | Intervención con familiares o personas significativas ... | 254 |
| 5.7. | Orientaciones para el médico de atención primaria | 256 |
| 5.8. | Cuándo debe ir al médico un paciente con hipocondría | 259 |
| | <i>Bibliografía seleccionada</i> | 261 |



Contenidos digitales

- Anexo I. Instrumentos para la evaluación y el diagnóstico
- Anexo II. Materiales para psicoeducación
- Anexo III. Pautas de actuación para familiares
- Anexo IV. Preguntas para la autoevaluación
- Anexo V. Bibliografía completa

2

Pautas para la evaluación y el diagnóstico

Este capítulo tiene como objetivo presentar los aspectos más relevantes de la evaluación psicológica de la hipocondría. En primer lugar, se describen las pautas generales que pueden guiar la entrevista de evaluación y las posibles complicaciones y dificultades que los terapeutas pueden encontrar durante este proceso. En segundo lugar, se proporciona información sobre el estado actual de los instrumentos de autoinforme y las entrevistas administradas por el terapeuta para la evaluación de la hipocondría.

2.1. Evaluación de la hipocondría en el contexto clínico

La evaluación psicológica de los pacientes con hipocondría tiene un cuádruple objetivo:

1. Realizar un análisis detallado del *estado mental* del paciente en el momento actual, sin olvidar un análisis longitudinal, puesto que, como ya se ha dicho en repetidas ocasiones, la hipocondría

- tiende a ser un problema de amplio recorrido en la vida de la persona.
2. Valorar si la problemática que presenta actualmente se centra en la hipocondría o si, por el contrario, esta es secundaria a otros problemas con los que puede asociarse. En definitiva, se trata de realizar un *diagnóstico diferencial* exhaustivo que permita esclarecer la problemática del paciente y descartar otros posibles diagnósticos.
 3. Hacer una *formulación clínica* del problema en la que se contemplen los principales aspectos que pueden estar involucrados en su génesis, pero también los que operan en su mantenimiento. Este paso es importante de cara a la planificación óptima del tratamiento, es decir, para valorar qué modelo explica mejor el problema del paciente y qué estrategias y técnicas de tratamiento son las más adecuadas para su caso particular.
 4. Establecer una *relación terapéutica* adecuada para que el paciente se implique en el tratamiento. El paciente debe sentir que la evaluación ha sido satisfactoria y completa, y que el terapeuta es empático y competente.

En cuanto a la base de estos objetivos y teniendo en cuenta las aportaciones de expertos en el estudio de la hipocondría (Noyes, 2014; Salkovskis, 1989; Warwick, 1995), así como de nuestra propia experiencia clínica, van a describirse una serie de pautas y sugerencias para la consecución de esos objetivos.

2.1.1. Examen del estado mental

Realizar un adecuado examen mental de un paciente con hipocondría requiere valorar la presencia e intensidad (o gravedad) de posibles alteraciones asociadas a las diferentes funciones o procesos mentales, además de las comportamentales, el estado emocional que acompaña a las quejas del paciente cuando acude a la consulta y la duración del problema. Los siguientes ejemplos pueden ilustrar este proceso y, en el cuadro 2.1, se resumen los aspectos fundamentales que han de valorarse.

- *Caso de Gonzalo. 51 años. Casado. Trabaja como profesor*

Se presenta en la primera sesión muy angustiado por el hecho de estar continuamente preocupado por sus sensaciones corporales, lo que interfiere en todas las áreas de su vida (personal, laboral, social, etc.). El paciente se describe como una persona “hipocondríaca de toda la vida”. En el momento de la entrevista, se encontraba de baja laboral como consecuencia de una depresión mayor, por la que estaba recibiendo medicación. Cuida mucho su alimentación, hace ejercicio regularmente, no fuma y solo algunos fines de semana, en reuniones con amigos, toma algo de alcohol. Sus preocupaciones actuales giran en torno a la idea de morir de un cáncer de próstata, como le había sucedido a un hermano de su padre hacía años. Los síntomas en los que basa su sospecha son leves e inespecíficos (dificultad al orinar en alguna ocasión y necesidad de levantarse por las noches para orinar, que coincidía con haber hecho mucho ejercicio ese día y tomar bebidas energéticas o hipertónicas para aumentar su resistencia al ejercicio).

Había visitado al urólogo, el cual no encontró ningún síntoma de sospecha. Se describía a sí mismo como “cobarde ante las enfermedades”, y en otras épocas sus preocupaciones habían versado sobre padecer un tumor cerebral (basándose en dificultades para concentrarse en las clases), hipotiroidismo (por sentirse cansado y soñoliento), cáncer de pulmón (durante una época en la que se resfriaba más de lo normal, según su opinión) o cáncer de estómago (cuando alguna comida no le sentaba bien o tenía una digestión “pesada”).

En todas esas ocasiones visitó al especialista correspondiente y nunca se habían encontrado razones que justificaran sus temores. Comenta que, hasta su visita al urólogo por los problemas de próstata que cree padecer ahora, ha estado diez años sin ir al médico por miedo a que le diagnosticaran una enfermedad grave. La semana previa a la consulta con nosotros, había visitado a un dentista, que, a su vez, lo había remitido al reumatólogo por síntomas relacionados con una sequedad excesiva en las mucosas (boca y ojos, principalmente).

El diagnóstico del reumatólogo fue que padecía un síndrome de Sjögren, también conocido como *síndrome seco*, una enfermedad autoinmune inflamatoria cuyos síntomas más frecuentes son sequedad de ojos

y boca y que, según el especialista, era secundario a la medicación antidepresiva que estaba tomando y no revestía en su caso una gravedad especial.

Su preocupación se ha centrado siempre en el miedo a morir e indica que la terapia para el tratamiento de la hipocondría no le ha funcionado hasta ahora.

En el momento en que se presenta en la consulta, el paciente se encuentra muy triste y desanimado porque no puede hacer su vida normal. Se siente física y anímicamente sin fuerzas. No confía en los médicos porque, según dice: "no saben nada, nunca aciertan, hay muchos fallos y demandas y todo eso. Mi hermano mayor es médico y sus hijos siempre están enfermos de algo, así que, si él (su hermano) no sabe cómo curar a sus propios hijos o impedir que se pongan enfermos, imagínate con el resto".

- *Caso de María. 38 años. Casada y con dos hijas. Trabaja como administrativa*

Acude a consulta porque se encuentra continuamente preocupada por la posibilidad de que ella, o alguna de sus hijas de 8 y 13 años, esté gravemente enferma. Esta preocupación está interfiriendo en todas las áreas de su vida, pues la lleva a poner en marcha diferentes conductas para descartar o confirmar la presencia de una enfermedad. La paciente relata que cada vez que experimenta una sensación corporal extraña, o que alguna de sus hijas presenta cualquier tipo de síntoma, le invaden pensamientos sobre la posibilidad de que una enfermedad grave (no detectada) esté presente.

En el momento de acudir a consulta, su gran temor es la posibilidad de padecer un cáncer, que motivan comportamientos de comprobación, como el estar continuamente tocándose para encontrar posibles "tumores". No obstante, señala que sus preocupaciones por la salud han ido variando a lo largo del tiempo.

En el pasado, a raíz de una situación estresante con su hija menor, estuvo más centrada en sus hijas que en ella misma. Aun así, en la actualidad, sigue prestando atención a cualquier síntoma de sus hijas que

pueda ser indicativo de enfermedad grave (color de las heces, bultos en la cabeza, etc.).

CUADRO 2.1. *Guía para evaluar el estado mental del paciente con hipocondría*

| <i>Proceso, función, estado</i> | <i>Alteraciones posibles</i> |
|---------------------------------|--|
| Atención | <ul style="list-style-type: none"> • Hipervigilancia de síntomas y signos corporales. • Atención selectiva a cambios corporales. • Atención selectiva a información médica o sobre enfermedades. |
| Memoria | <ul style="list-style-type: none"> • Recuerdo selectivo (incrementado) de síntomas o enfermedades previas, propias o ajenas. |
| Pensamiento | <ul style="list-style-type: none"> • Pensamientos e imágenes intrusos sobre enfermedades y muerte. • Interpretación distorsionada de signos y síntomas físicos (catastrofismo, intolerancia a la incertidumbre, sobrevaloración de la importancia de los pensamientos). • Ideas sobrevaloradas sobre la salud. • Intensidad de la creencia sobre estar enfermo (incluye rechazo a aceptar explicación médica). • Grado de <i>insight</i> o conciencia del problema. |
| Estado emocional | <ul style="list-style-type: none"> • Disforia, depresión. • Irritabilidad. • Ansiedad. |
| Comportamiento | <ul style="list-style-type: none"> • Búsqueda de información tranquilizadora, reaseguro. • Comprobación del estado corporal. • Evitación/restricción de actividades. • Relación difícil con el personal sanitario (petición de estudios/pruebas específicas, consultas no programadas, consultas con otros profesionales, etc.). • Interferencia del problema en la vida cotidiana. |

2.1.2. *Diagnóstico diferencial: guía general*

En el primer capítulo, se describieron las principales características que diferencian la hipocondría de otros trastornos y enfermedades en los que la preocupación por la salud o las creencias disfuncionales sobre la misma ocupan un rol relevante.

Teniendo en cuenta esas características, ofrecemos aquí un árbol de decisión (cuadro 2.2), modificado del que elaboró Starcevic (2001).

Hay que tener en cuenta que este árbol de decisión secuencial no es más que una guía que ayuda al clínico a tomar decisiones sobre la naturaleza fundamental de los síntomas que presenta un paciente. Pero no debe olvidarse que la hipocondría, como sucede con muchos otros trastornos mentales, coexiste muy a menudo con otros. De hecho, puede afirmarse que, en el caso de la hipocondría, *la coexistencia de un trastorno comórbido es más la norma que la excepción*. Ello se debe en buena medida a la tendencia a convertirse en un problema crónico, es decir, a estar presente, con mayor o menor intensidad, en una buena parte de la vida de la persona.

La cronificación de un problema como la hipocondría depende de causas muy diversas, algunas de las cuales tienen que ver con la persona que la padece (ocultación del problema por miedo, vergüenza, sentimientos de culpabilidad, creer que se le pasará o que podrá superarlo, dificultad para tomar conciencia de que tiene un problema, necesidad de preservar un cierto rol tanto a nivel personal como social, etc.), mientras que otras dependen de factores externos a la persona, desde las trabas o imposibilidad para acceder a un tratamiento adecuado, hasta los problemas relacionados con su diagnóstico. Pero además esa cronificación tiene consecuencias importantes, entre las que se encuentran sin duda la aparición de otros problemas asociados, en especial de sintomatología ansiosa y afectiva, a los que hay que atender también.

En definitiva, lo que se pretende con este árbol de decisión es facilitar el proceso del diagnóstico de hipocondría como el problema principal o, por el contrario, como el secundario. Pero debe insistirse en que el hecho de que sea secundario no significa que no deba ser motivo de atención clínica específica. Además, se debe valorar en qué medida los síntomas

CUADRO 2.2. *Árbol de decisión para el diagnóstico diferencial de hipocondría*

| | |
|--|-------------------------------|
| <i>Cumple criterios de hipocondría</i> | |
| ⇓ | |
| Los síntomas sugieren una enfermedad médica que explican los síntomas de hipocondría | —→ SÍ → Enfermedad médica |
| NO ↓ | |
| ¿Cualidad delirante de los síntomas? ¿Más síntomas psicóticos? | —→ SÍ → Espectro psicótico |
| NO ↓ | |
| ¿Síntomas típicos de depresión mayor, solo presentes durante episodio de DM? | —→ SÍ → Depresión mayor |
| NO ↓ | |
| Miedo a una enfermedad concreta, evitación de estímulos asociados a ella, consciencia de lo excesivo del miedo | —→ SÍ → Fobia a la enfermedad |
| NO ↓ | |
| Pensamientos/imágenes/impulsos intrusos, que se viven como no razonables, excesivos, injustificados, se intentan detener | —→ SÍ → TOC |
| NO ↓ | |
| El malestar se centra en los síntomas físicos y se busca explicación médica para ellos | —→ SÍ → TSS |
| NO ↓ | |
| Síntomas de ansiedad solo circunscritos a crisis o ataques | —→ SÍ → Trastorno de pánico |
| NO ↓ | |
| Síntomas de hipocondría < 6 meses | —→ SÍ → Hipoc. transitoria |
| NO ↓ | |
| ¿Leves? ¿Interfieren poco? ¿Exceso de concienciación con la salud? | —→ SÍ → Ansiedad por la salud |
| NO ↓ | |
| Hipocondría | |

hipocondríacos son estables, con una duración superior a los 6 meses (como mínimo) o si se trata de un estado transitorio y, por supuesto, valorar la gravedad y la interferencia que provoca en el funcionamiento cotidiano del paciente.

El siguiente extracto de la entrevista con Gonzalo, el paciente al que antes se hacía referencia, es ilustrativo de la asociación entre hipocondría y alteraciones del estado emocional, muy habituales en la práctica clínica, y que en este caso se concretaban, recordemos, en una depresión mayor.

Gonzalo: Yo tuve una depresión a los 23 años, también se supone que, por esto, o sea, motivada por (...) y estuve un año muy mal, no como este año de mal, pero estuve mal, bastante mal.

Terapeuta: O sea, ¿continuamente rumiando, pensando?

G.: Sí, constantemente pensando que me iba a morir. Tenía unos mareos y estaba como ausente. Estuve en tratamiento tres años, pero seguí mi vida normal. Y ahí estuvo mi mujer conmigo, apoyándome, y luego ya me casé porque yo quería vivirlo todo rápido, porque tenía un poco el miedo este... miedo a morir.

T.: ¿Cómo estás de triste?

G.: ¿De triste? Muy triste. Bueno, al principio no. Luego estaba triste porque no hacía mi vida normal, mi vida era sentarme en un sofá y ya está. No tenía ganas de hacer nada. Con el paso del tiempo, y supongo que con los antidepresivos, bueno, yo siempre pensaba en incorporarme a trabajar... pero con el tiempo se me fueron las ganas de trabajar, bueno más que las ganas, siento que no tengo fuerzas.

Se presenta también un extracto de la primera entrevista con Azucena, maestra, de 26 años, con un trastorno de pánico comórbido con hipocondría.

Nunca había recibido tratamiento para la hipocondría, a pesar de que como muchos pacientes se identifica como “hipocondríaca”.

A.: La primera vez fue horrible. Estaba de fiesta y empecé a sentir que todo se nublaba a mi alrededor, que me fallaban las piernas. El corazón me iba a mil. Me llevaron a urgencias. Me hicieron pruebas y nada, pero me tuvieron en observación horas. Me dieron tranquilizantes y me dijeron que había sido un ataque de ansiedad, pero muy gordo, no creas.

T.: ¿Recuerdas si había pasado algo antes, si habías bebido o algo así?

A.: Nada ¡ni hablar! Yo no bebo casi nunca y ese día no me había dado ni tiempo a probarlo... ¡si acababa de llegar!

T.: Vale, de acuerdo. Pero quizá estabas nerviosa por algo, o enfadada quizá.

A.: Nerviosa, sí, es verdad. Es que a mi madre le habían dicho que tenía que operarse de un bulto en el pecho y yo, preocupada, lo llevaba muy mal. Y a partir de ahí..., sí, creo que fue a partir de ahí cuando empecé con esto de las enfermedades. Todo me preocupa, me da miedo. Siempre pensando que me va a pasar algo o que le va a pasar a mi madre. Cualquier bobada que tenga, ahí está, zas, encima.

T.: Y esos ataques, ¿te han vuelto a pasar?

A.: Sí, muchas veces. Estuve un año o así que los tenía muy seguidos, casi todas las semanas. Llegué a no poder salir de casa por miedo. Entonces me llevaron a terapia y se me fueron. La verdad que la terapia fue muy bien. Pero ahora, ahora, otra vez, desde este verano, otra vez. No sé si será por la boda. Porque desde que me he casado, ya no me preocupan solo mis enfermedades, sino también las de mi marido, que a él le pase algo. Es un sin vivir todo el rato.

T.: ¿Cuáles son los síntomas que más te preocupan?

A.: Pues... es que creo que no son ni siquiera síntomas, así, tal cual. Síntoma lo que le pasó a mi madre, que ya está bien, gracias a dios. Me preocupan, pues eso, chorradas: que si sudo porque sudo, si no sudo porque no sudo, que si me ha salido un granito en la boca, que si me duele la espalda, que si... es un que si, que si, todo el rato. Un suplicio. Y bueno, si un crío en el colegio estornuda o tose, o tiene decimitas, pues ya estoy yo dale que te pego: que si me lo va a pegar, que si a ver si es algo. Y si por una de aquellas al día siguiente, yo que sé, me duele la cabeza, ya la tengo liada.

T.: ¿Qué piensas entonces?, ¿qué quieres decir con que la tienes liada?

A.: Pues eso, ¡vete tú a saber!, que igual pilló una tuberculosis y luego se convierte en un cáncer. ¡Fíjate qué locura!. Yo sé que es imposible, o casi, pero ¡es que realmente me lo llego a creer! Y entonces vuelvo loco a todo el mundo esos días. Y si me da muy fuerte, pues acabo teniendo otro ataque de ansiedad.

T.: ¿Por qué dices que vuelves loco a todo el mundo?

A.: Porque me pongo histérica y me empiezo a mirar y a tocar, y pido cita urgente con el médico. Es que me salgo de mis casillas. Y bueno, que acabo teniendo un ataque.

En el caso de Gonzalo, la hipocondría era el problema principal, aunque bien es cierto que en el inicio del tratamiento dedicamos varias sesiones al tratamiento de la depresión (tratamiento cognitivo y estrategias de activación conductual), como paso previo al tratamiento de la hipocondría.

Con Azucena, en cambio, nos centramos en el tratamiento de la hipocondría, aunque, como es lógico, dedicamos varias sesiones a recordar las estrategias de afrontamiento que le habían sido útiles en el pasado, además de integrar el problema dentro del programa mismo de tratamiento de la hipocondría.

2.1.3. Pautas para la formulación clínica del problema

En primer lugar, hay que animar al paciente a que describa el problema con sus propias palabras, centrándose en el presente. Para ello puede ser útil comenzar pidiendo al paciente que describa un día habitual de su vida, puesto que se amplía la información sobre el problema principal y se pueden identificar otros posibles problemas que requieran atención inmediata o futura. Algunos ejemplos de las entrevistas con Gonzalo y María pueden ilustrar este aspecto.

Gonzalo:

T.: ¿Qué es lo que te pasa? Cuéntame.

G.: Bueno, vamos a ver, pues yo... sí... digamos que, al ser una historia mía previa, he sido una persona hipcondríaca toda mi vida, con miedo a las enfermedades, con mucho miedo a las enfermedades y tal, pero, durante una época, sobre todo cuando saqué la plaza de funcionario y tenía asistencia médica, pues machaqué mucho a los médicos. Luego me di cuenta de que así no podía vivir y entonces estuve como unos 10 años sin ir al médico, también porque me daba un poco de miedo, la verdad, bueno me daba miedo. Así que estuve esos 10 años gestionándolo perfectamente, o sea, no me pasa nada, soy joven, no me pasa nada, y me lo he gestionado así.

Lo que me ocurre ahora es que, hasta Navidad, todos mis miedos eran de tipo físico, o sea de morirme, y ahora el miedo que tengo es... una ansiedad tremenda, porque me equivoqué con el tema de la plaza y tal... Pero lo que pienso es que yo siempre he salido adelante y que ahora no puedo hacerlo porque me falla el cuerpo. Que al final siempre hay solución para todo, sí, pero es que ahora... Ahora me falla el cuerpo y no puedo manejar la ansiedad. Yo la ansiedad la tengo todos los días, estoy súper nervioso hoy, mañana y a todas horas. La idea es que, mentalmente, no puedo con esto.

María:

T.: Cuéntame qué es lo te pasa tal y como tú lo ves.

M.: Siempre he sido una persona muy sufrida, muy padecedora, pero con los años se ha acentuado y con las niñas más. Siempre estoy con altibajos. Todo empezó por una cuestión en particular. Mi hija. Tengo un primo que es toxicómano y que por aquel entonces tenía una pareja. Cuando se casaron, a mi hija la pequeña le dieron el típico regalito de boda que dan a los niños, pero justo mi hija se había caído y se había partido el labio. El caso es que la novia de mi primo le infló un globo, la niña se lo metió en la boca y yo a partir de ahí empecé a obsesionarme y a pensar si le habría pegado el SIDA, la hepatitis, etc. Fui haciendo la pelota sin acudir a un médico, que yo ya no razonaba, cualquier cosa que le pasaba a la niña, la tiraba para ese lado. El detonante es que la niña empezó a echar flujo y la médica me dijo: “a ver si está floja”, entonces ahí ya me disparé. En aquel entonces la cosa iba con la niña, pero con los años lo he conseguido superar, pero es que ahora estoy con el cáncer.

A continuación, se debe obtener una información más detallada del problema, incluyendo el inicio, duración y gravedad de los síntomas, y los factores que actúan como agravantes y mantenedores del problema. Algunas preguntas que podrían ayudar a obtener esta información: ¿cuándo empezaron tus preocupaciones por la salud?, ¿en qué situaciones aparecen normalmente estas preocupaciones?, ¿crees que tus preocupaciones han aumentado con el tiempo?, etc.

Gonzalo:

T.: Antes de eso, ¿hubo algún otro episodio? Porque dices: “desde siempre soy hipocondríaco” ...

G.: Tenía miedo a que me pegaran golpes en la cabeza. Si mi madre me daba un cachete la reprendía y le decía que podía generarme un derrame. Eso cuando tenía 7 u 8 años.

Tenía miedo a tener meningitis con 11 o 12 años. Siempre tenía miedo. Tuve un tifus cuando tenía 12 años. Pero miedo tenía siempre.

T.: Entiendo. Entonces, el miedo ha estado presente desde siempre. Otra cosa es que haya habido épocas en las que has estado mejor o has conseguido manejarlo.

G.: Sí, lo he manejado bien. Con ritos y cosas así.

Se puede pedir al paciente que describa las pruebas y consultas médicas realizadas en el pasado, y preguntarle por qué cree que el reaseguro no ha funcionado. Por ejemplo: ¿ha acudido al médico para consultar sobre sus síntomas?, ¿ha consultado diferentes médicos o especialistas?, ¿qué tipo de pruebas médicas le han realizado?, ¿cuáles fueron los resultados de estas pruebas?, ¿por qué cree que sigue preocupado o preocupada por su salud a pesar de que los exámenes médicos son normales?, etc.

María:

Pues ahora estoy con el pecho que se me inflamó. Bueno, en el pecho he tenido ya 20 cánceres de pecho. Tengo el pecho fibroquístico y cada vez que me lo toco me veo un bulto nuevo. A finales de junio se me inflamó en parte por tocármelo yo, y sí, me han mandado un tratamiento, aunque el médico me dijo que no me había visto nada. Me dijo que me haría otra ecografía para asegurarse, aunque no me ha visto nada. Pero si voy al médico y me dice: "no tienes nada pero ponte esto", me pongo a maquinar y a pensar que me está ocultando algo, que no lo ha visto nada claro.

Recuérdese que es necesario hacer una evaluación cuidadosa y completa del estado de ánimo, puesto que, en muchas ocasiones, los pacientes con hipocondría experimentan síntomas de depresión o, incluso, ideación suicida, tras un episodio intenso de ansiedad por la salud. Además, algunos pacientes con hipocondría presentan una enfermedad crónica que podría estar contribuyendo a su preocupación por la enfermedad. Esto debe tenerse en cuenta. Hay que valorar también si las preocupaciones por la

salud afectan a la vida laboral y social del paciente (por ejemplo, ¿en qué medida la preocupación por la salud ha interferido en su vida social?, ¿y laboral?). Asimismo, se deben registrar los episodios previos de ansiedad por la salud (como ¿recuerda algún momento del pasado, en el que estuviera especialmente preocupado por su salud?), junto con cualquier antecedente de enfermedad física y mental en el paciente o sus familiares (por ejemplo, ¿ha padecido alguna enfermedad grave?, ¿alguna persona de tu familia padece o ha padecido una enfermedad grave?).

Gonzalo:

G.: Ahora porque estoy hinchado a antidepresivos, y como estoy hasta arriba de ellos, las ideas suicidas se me han ido, pero durante una temporada las tenía.

T.: ¿Cuándo tuviste esas ideas suicidas? ¿En qué consistían?

G.: Desde Navidad hasta... bueno, hasta ahora mismo, lo que pasa es que ahora no quiero. Vamos a ver, mi problema es que me veo así: veo una vida de muy mala calidad, y que eso está afectando a mi entorno, como si se estuviera extendiendo. Entonces, inmediatamente, la idea que tengo es que la única forma de acabar con esto, aunque yo no quiera, es suicidándome, porque es una cosa que, al cabo del tiempo, la gente supera y rehace su vida. Pero yo ahora no puedo rehacer mi vida porque no tengo fuerzas, porque el cuerpo me falla.

María:

[...]Pues sí, de hecho en mi familia. Mi hermana está fatal, a mi hermana... bueno tenía depresiones y le diagnosticaron esquizofrenia paranoide, tiene momentos que está mejor o peor, pero ella no ha dejado las pastillas. Mi prima está actualmente fatal, yo no conozco su diagnóstico, pero está fatal, el primo que era toxicómano, tampoco es que... o sea que sí, que nos viene de familia, que es una herencia que tenemos estupenda. No