

## Hipocondría e información tranquilizadora

**RESUMEN:** Se revisa el rol de la información tranquilizadora como elemento definitorio, mantenedor y terapéutico de la hipocondría. Se indican algunas cuestiones a contemplar en la futura investigación sobre esta temática.

**PALABRAS CLAVE:** Hipocondría, información tranquilizadora.

**SUMMARY:** This paper reviews the role of reassurance as defining, maintaining and therapeutic element of hypochondriasis. Some issues for future research are offered with respect to this topic

**KEY WORDS:** Hypochondriasis, reassurance.

La palabra *hipocondría* deriva del término griego *hypocondrion*, acuñado por Hipócrates en torno al año cuatrocientos a. de C. a partir de los vocablos *hypó* (debajo) y *chondrion* (cartílago). Desde su significación fisiológica inicial hasta su acepción actual, el concepto de *hipocondría* ha tenido una extensa trayectoria histórica. A lo largo de ésta se han ido realizando notables aportaciones teóricas tales como las procedentes de los tratados médicos de los siglos XVII y XVIII (1, 2, 3; citados en 4, 5); los trabajos desarrollados a partir de las últimas décadas del siglo XIX por autores como Freud; y las contribuciones más recientes de las orientaciones psicodinámicas (6, 7, 8), psicosociales (9, 10) y cognitivas (11, 12). Si bien en los últimos años se ha venido realizando un considerable esfuerzo por parte de numerosos autores para mejorar la comprensión de la hipocondría, lo cierto es que esta condición clínica sigue constituyendo en la actualidad un desafío importante para la Psicología Clínica debido a las múltiples controversias que suscita en sus vertientes diagnóstica, psicopatológica y terapéutica.

Probablemente, una de las cuestiones más polémicas vinculadas a la hipocondría, es la que se refiere a la *reassurance*. A este respecto, quisiéramos hacer, en primer lugar, una sucinta aclaración terminológica. En la literatura anglosajona relativa a la temática de la *hipocondría*, y en concreto en el DSM-III-R (13), se utiliza la palabra *reassurance*, que en la traducción española de este sistema clasificatorio ha sido sustituida por la de *explicaciones*. Sin embargo, en diversos trabajos publicados en castellano se utilizan además como sinónimos del término inglés otras expresiones tales como *reaseguración*, *tranquilización* e *información tranquilizadora*. En el presente trabajo hemos optado por emplear principalmente esta última, pues creemos que es la que más se aproxima al significado del vocablo original.

Precisamente, es la búsqueda innecesaria y recurrente de *información tranquilizadora* en relación con el propio estado físico lo que constituye una de las características nucleares de la hipocondría que mayor perturbación puede originar

en el sujeto, amén de la que provoca en su entorno familiar y sanitario. En efecto, los hipocondríacos se preocupan por su salud de manera desmedida, y sienten el impulso de perseguir sin tregua la certeza de que se ha descartado totalmente la existencia de un trastorno orgánico, lo que les conduce, por ejemplo, a repetir consultas médicas o someterse a múltiples exploraciones diagnósticas. Su problema radica, en parte, en la intolerancia de la incertidumbre que supone vivir y que les convierte en consumidores habituales de recursos sanitarios. En este contexto podemos entender por información médica tranquilizadora «un proceso de proporcionar a un paciente información y explicación acerca de la naturaleza y origen benigno y/o inocuo de sus síntomas y dolencias, después de que haya sido realizado un adecuado reconocimiento médico y/o después de que hayan sido recogidos y examinados todos los datos médicos relevantes del paciente»... «los reconocimientos físicos repetidos y pruebas médicas adicionales pueden constituir una parte del proceso» (14, p. 123). Intentar por medio de procedimientos similares mitigar la angustia del paciente que teme o cree injustificadamente estar enfermo, es uno de los posibles modos de actuación médica. No obstante, existe división de opiniones a este respecto: algunos autores son partidarios y otros detractores de su utilidad como estrategia terapéutica en el manejo de la hipocondría.

El objetivo de este trabajo es intentar esclarecer cuál es la situación actual de la noción de información tranquilizadora como elemento integrante de la conceptualización de la hipocondría, así como explorar su implicación en el mantenimiento de este estado psicopatológico, y su adecuación como técnica de intervención en el tratamiento de pacientes con esta problemática.

### *Información tranquilizadora como elemento definitorio de la Hipocondría*

La sintomatología esencial de la hipocondría, según la clasificación diagnóstica de la American Psychiatric Association (DSM-III-R), es «la preocupación, el miedo o la creencia de tener una enfermedad grave a partir de la interpretación personal de los signos o sensaciones físicas que se consideran pruebas de enfermedad somática» (p. 310). Este miedo o creencia ha de tener una duración mínima de seis meses; debe ocurrir en ausencia de un trastorno orgánico que pueda dar cuenta de los signos, sensaciones o interpretaciones del sujeto; y ha de mantenerse a pesar de las explicaciones del médico. Se considera que los síntomas físicos que presenta el sujeto no son los propios de las crisis de angustia; y que su creencia de que padece una enfermedad grave no es de carácter delirante (DSM-III-R).

De esta definición de hipocondría, la cuestión que es objeto de atención dado el propósito que nos ocupa, es la relativa al criterio C del mencionado sistema clasificatorio: «el miedo de tener o la creencia de que ya se tiene una enfermedad per-

siste a pesar de las explicaciones médicas» (p. 312). Posiblemente, una de las críticas más contundentes a este aspecto teórico del DSM-III-R, que se recoge en términos similares en su predecesor (DSM-III) (15), es la realizada por Salkovskis y Warwick (16). Estos autores han afirmado que sería apropiado redefinir el criterio diagnóstico C para la hipocondría en el sentido de que no es que el miedo o creencia de enfermedad «persiste a pesar de la información médica tranquilizadora», sino que «persiste debido a la repetida información médica tranquilizadora». Otro matiz problemático de la definición del DSM-III-R apuntado por Warwick y Salkovskis (17), se refiere a que un paciente no puede ser catalogado como hipocondríaco a menos que las explicaciones médicas hayan resultado inútiles. Según los autores de referencia, esto pone de manifiesto que el diagnóstico del trastorno depende no sólo de las características clínicas del sujeto sino, asimismo, de las actuaciones que llevan a cabo los médicos. Más recientemente, Salkovskis y Clark (18) también han puesto en tela de juicio el criterio C de la 3.<sup>a</sup> edición Revisada del DSM a tenor de las siguientes consideraciones: 1) en determinados contextos, los pacientes no tienen posibilidad de acceder a la información médica tranquilizadora; 2) algunos pacientes evitan consultar al médico; 3) es frecuente que los pacientes hipocondríacos busquen datos que apaciguen sus temores por otros medios que no sea recurrir al médico (p. ej., familiares, amigos, libros de medicina); y 4) en este criterio no se define el tipo de información tranquilizadora que no es efectiva en estos sujetos. La reflexión de estos autores acerca de estas y otras cuestiones se materializó en algunas sugerencias para el diagnóstico de la hipocondría en el DSM-IV (19, citado en 18).

En esta misma línea crítica, Starcevic (14) afirma que, este aspecto definitivo de la hipocondría contemplado en el DSM-III-R podría tener una doble interpretación. Por una parte, la existencia de algo inherente a la hipocondría que haría que las explicaciones no produjeran el efecto deseable; y por otra, que las explicaciones ordinarias de «sentido común» son las que resultan ineficaces en este trastorno. Según Starcevic, si la primera de ellas fuese correcta y a los pacientes hipocondríacos no se les pudiese convencer de que sus miedos y sospechas de enfermedad son infundadas, se plantearían serias dudas en cuanto a la validez de conceptualizar la hipocondría como un fenómeno de naturaleza no delirante.

Sin embargo, esta argumentación soslaya, a nuestro entender, un aspecto importante: la ideación hipocondríaca se puede englobar dentro del concepto de idea sobrevalorada y no tanto en el de idea delirante, por lo que ésta conlleva de alejamiento de la realidad y contenido claramente absurdo o imposible. Al menos, tradicionalmente ha sido así; la hipocondría se suele utilizar para ilustrar lo que es una idea sobrevalorada, así como para ejemplificar las diferencias entre idea obsesiva, idea delirante e idea sobrevalorada. Por otro lado, no hay que olvidar que las ideas hipocondríacas delirantes, difieren de la ideación hipocondríaca en otro as-

pecto que resulta especialmente importante para el objeto de este trabajo: la actitud con respecto a la solicitud de atención médica. Concretamente, según Gradillas (20), ambas condiciones clínicas discreparían, por una parte, en el grado de aceptación de las explicaciones médicas y, por otra, en el aspecto específico en el que se centra la preocupación/creencia acerca del modo de proceder del médico. El paciente con ideación hipocondríaca suele verse implicado en un incesante «doctor shopping», a lo largo del cual, las aclaraciones efectuadas por los médicos consiguen calmar su desasosiego tan solo durante un breve intervalo temporal; transcurrido el mismo, el paciente reanuda su peregrinaje por las consultas de los especialistas. Además, sus habituales dudas en relación con la actuación de los médicos se suelen centrar en la posibilidad de que éstos hayan cometido un error diagnóstico o utilizado incorrectamente el instrumental médico, así como en que no hayan recurrido a alguna prueba exploratoria adicional imprescindible para descartar un posible peligro físico. En cambio, el paciente con ideas hipocondríacas delirantes en raras ocasiones busca explicaciones o pruebas acerca de sus creencias, ya que para él es tan «evidente» que está enfermo que no necesita más datos que lo verifiquen. Asimismo, se muestra reluctante a admitir las palabras de los médicos que desconfirman su convicción de enfermedad, llegando incluso a creer que éstos le ocultan la verdad sobre su precario estado de salud.

En opinión de Starcevic, la segunda interpretación de la definición de hipocondría del DSM-III-R es coherente con la observación clínica que muestra que la información tranquilizadora que resulta útil para disipar las preocupaciones relativas a la enfermedad de la mayoría de la gente, no lo es en el caso de los pacientes hipocondríacos. No obstante, la consideración de que la atención por parte del médico a las demandas de explicaciones que hace el paciente puede ser efectiva, tal y como revelan algunos estudios (21,22), ha conducido a Starcevic a plantear que dependiendo de la naturaleza de las explicaciones y del modo en que se proporcionen, éstas pueden llegar a ser beneficiosas en la hipocondría. Según este autor, «la definición actual de hipocondría es errónea debido a que implica que cualquier información tranquilizadora tiene un poder “por naturaleza convincente” y curativo, al cual un individuo determinado debe responder con una mejoría sintomática» (p. 122).

La cuarta edición del DSM (DSM-IV) (23) no parece que haya contemplado las sugerencias de estos u otros autores, ya que sigue manteniendo prácticamente invariable la cuestión de la información tranquilizadora en el criterio B para el diagnóstico de la hipocondría: «la preocupación persiste a pesar de la evaluación y explicación médica apropiada» (p. 465). La única novedad a este respecto reside en que se ha simplificado la redacción de los antiguos criterios B y C del DSM-III-R en uno solo. No obstante, éste sigue resultando, a nuestro juicio, claramente insuficiente para determinar la adecuación o no, tanto de la forma de transmitir la

información como del contenido de los mensajes que el médico hace llegar al paciente acerca de su salud.

La Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades (ICD-10) (24) también contempla como pauta para el diagnóstico del trastorno hipocondríaco, la existencia de justificaciones médicas ineficaces en términos de «negativa insistente a aceptar las explicaciones y las garantías reiteradas de médicos diferentes de que tras los síntomas no se esconde ninguna enfermedad o anormalidad somática» (p. 206). Como puede observarse, tampoco este sistema nosológico introduce mayor claridad al tema de discusión, puesto que podría ser objeto de las mismas críticas efectuadas al DSM-III-R. Más bien nos inclinaríamos por plantear que el ICD-10 añade un elemento más de confusión: número de médicos que se requiere que estén implicados en el problema.

Otra cuestión polémica asociada a la hipocondría se refiere a que algunos autores (19) han considerado la conveniencia de catalogarla dentro de la categoría de los trastornos de ansiedad. Se ha sugerido en múltiples ocasiones que existe cierto paralelismo, a nivel de características psicopatológicas, entre la hipocondría y los trastornos de ansiedad, en concreto el trastorno obsesivo-compulsivo; sin embargo, es preciso matizar esta analogía. Como señala Rachman (25, citado en 16), existen diferencias entre las preocupaciones mórbidas y los pensamientos obsesivos. Las preocupaciones mórbidas se caracterizan por ser repetitivas, excluyen otra actividad mental, hacen que resulte difícil mantener la concentración y perturban el estado de ánimo; no obstante, son coherentes con la personalidad y experiencias del sujeto que considera tales preocupaciones razonables. Por el contrario, los pensamientos obsesivos son calificados por el sujeto como carentes de sentido y, habitualmente, no son consistentes con sus experiencias y personalidad. La preocupación por la salud del hipocondríaco puede conceptualizarse como preocupación mórbida (16). Existe otro elemento clave señalado por Rachman (26) que permite discriminar entre los pensamientos obsesivos y aquellos que se dan en la hipocondría. Las personas obsesivas experimentan un exagerado sentido de la responsabilidad y la culpa; las hipocondríacas, como sus pensamientos se refieren a amenazas físicas que generalmente están fuera de su control, no suelen sentirse responsables ni culpables.

Barsky (27) también ha descrito una serie de diferencias y semejanzas entre la fenomenología del trastorno hipocondríaco y del obsesivo-compulsivo, tanto en cuanto a las cogniciones como a las conductas que les caracterizan. En las Tablas 1 y 2 se recogen, de manera sintética, diversos aspectos comparativos entre ambos trastornos.

Tabla I.  
Diferencias y semejanzas en cognición e ideación entre  
hipocondría y trastorno obsesivo-compulsivo (27)

|   | Hipocondría  | Trastorno obsesivo-compulsivo  |
|---|--|--|
| D<br>i<br>f<br>e<br>r<br>e<br>n<br>c<br>i<br>a<br>s | <p>Ideación realista, razonable, apropiada.</p> <p>Ratificación, afirmación, énfasis de la ideación.</p> <p>Un esquema cognitivo o principio organizador.</p> <p>Malestar proclamado públicamente; intentar convencer a los demás de la realidad del paciente.</p> <p>Sensaciones somáticas, viscerales.</p> | <p>Ideación irracional, sin sentido, «disparatada».</p> <p>Resistencia interna; suprimir o ignorar.</p> <p>Idea discreta que interrumpe el hilo del pensamiento.</p> <p>Privada y vergonzosa; intentar ocultar los síntomas.</p> <p>Ausencia de sensaciones físicas.</p> |
| S<br>e<br>m<br>e<br>j<br>a<br>n<br>z<br>a<br>s      | <p>Las creencias y los miedos son ideas sobrevaloradas, no delirantes.</p> <p>No tranquilizable.</p> <p>Miedo a la enfermedad, la discapacidad, la muerte.</p>   | <p>Cierta duda; poder reconocer la posibilidad de que la creencia obsesiva es infundada.</p> <p>Convicción resistente a la persuasión, a la explicación.</p> <p>Miedo a la enfermedad, la herida, la contaminación.</p>  |

Tabla II  
Comparación de las conductas Hipocondríacas con las compulsiones (27)

| Hipocondría   | Trastorno obsesivo-compulsivo  |
|---|--|
| <p>Autocomprobación y autoinspección.</p> <p>Búsqueda de información tranquilizadora.</p> <p>Búsqueda de atención médica.</p> <p>Gama y repertorio limitado.</p> <p>Ausencia de intento de resistir.</p> <p>Considerada razonable, apropiada.</p> | <p>Compulsión: impulso + conducta.</p> <p>Estereotipada.</p> <p>Intento de resistir.</p> <p>Considerada no realista, excesiva.</p> |

De acuerdo con este autor, a nivel cognitivo la ideación hipocondríaca y la obsesivo-compulsiva difieren en varios aspectos. En la primera los pensamientos constituyen un esquema cognitivo que permite a la persona seleccionar, integrar e interpretar la información que recibe; el sujeto estima sus ideas como lógicas y, por tanto, se implica en mantenerlas. Por el contrario, en la segunda se trata de ideas que interrumpen el curso del pensamiento, que el sujeto considera absurdas y, por ello, trata de eliminarlas. También difieren ambos trastornos a nivel interpersonal, en la medida en que en la hipocondría la persona manifiesta a los demás su malestar, en contraposición al trastorno obsesivo-compulsivo, en el que el sujeto procura ocultar su problema; y a nivel físico, en cuanto a que en el primer caso están presentes sensaciones somáticas y en el segundo no. Al margen de estas discrepancias, las cogniciones del paciente hipocondríaco y del obsesivo-compulsivo comparten ciertas similitudes referentes a la presencia de temor a sufrir problemas físicos y al reconocimiento de que tal vez los miedos y creencias que mantiene sean infundadas. Pese a esto último, en ambos trastornos resulta extremadamente difícil tranquilizar al sujeto en relación con sus ideas.

Por otra parte, según Barsky, se aprecian algunas semejanzas entre las conductas hipocondríacas y los rituales compulsivos. En los dos casos la persona siente el irresistible impulso de realizar determinadas acciones con la finalidad de aminorar la ansiedad que experimenta, siendo éstas de carácter repetitivo e invariable. No obstante, existen divergencias centradas en la actitud del paciente ante las conductas que exhibe: el hipocondríaco, a diferencia del obsesivo-compulsivo, no realiza intentos por resistirse a ellas puesto que estima que son adecuadas y realistas.

Starcevic (14) también ha apuntado otra serie de matices diferenciales en relación a estas dos condiciones clínicas: 1) los pacientes con un trastorno obsesivo-compulsivo suelen experimentar una reducción de la ansiedad después de realizar un ritual compulsivo; sin embargo, los sujetos hipocondríacos generalmente no se sienten aliviados cuando se les proporciona información tranquilizadora una sola vez; 2) no parece que exista evidencia de que las explicaciones repetidas no puedan originar ciertos beneficios duraderos en los hipocondríacos; y 3) la búsqueda constante de noticias tranquilizadoras típica de estos pacientes puede ser mejor entendida si se la considera como un modo de aplacar la ansiedad, así como expresión de una necesidad subyacente de aceptación, protección y reconocimiento por parte de los demás. Esta última apreciación se sustentaría en el hecho de que la búsqueda de datos que aminoren los temores de enfermedad, a diferencia de los auténticos rituales de comprobación, se da en un contexto interpersonal que requiere la disposición de los demás a proporcionar información que tranquilice al sujeto y satisfaga sus necesidades (14). Warwick (28) ha replicado algunas de las cuestiones planteadas por Starcevic. Respecto a la primera de ellas, Warwick sugiere que aunque los pacientes hipocondríacos reciban información

tranquilizadora en una única ocasión, experimentan una reducción momentánea de su ansiedad que posteriormente se incrementa y viene acompañada de la reaparición de la necesidad de que de nuevo les tranquilicen. En cuanto a la tercera, señala que Starcevic ha olvidado la importancia de las conductas de autoinspección corporal (fenómeno de carácter privado) que suelen presentar estos pacientes.

Frente a la sugerencia de Salkovskis y Warwick (16) de que la solicitud de datos tranquilizadores constituye una conducta de evitación (consúltese epígrafe siguiente), Starcevic (14) afirma que «aunque el “apego” a los médicos y a los hospitales y el “doctor shopping” en la hipocondría únicamente fuesen entendidos como una forma de conducta contrafóbica (¡que no lo son!), aún así sería difícil conceptualizar la hipocondría en términos de una fobia “típica”, debido a la ausencia de conducta de evitación inequívoca» (p. 126). En efecto, según Starcevic, en este proceso el sujeto se expone a la confirmación del diagnóstico fatal que teme. Warwick (28) ha rebatido este argumento alegando que la demanda de información tranquilizadora del hipocondríaco puede ser considerada, desde una perspectiva cognitiva, como un intento de evitar la incertidumbre acerca de su salud y de obtener la seguridad de que se encuentra físicamente bien.

### *Información tranquilizadora como factor mantenedor de la Hipocondría*

La información tranquilizadora constituye un elemento prominente en la formulación cognitivo-conductual de la hipocondría ofrecida por Warwick y Salkovskis (12, 16, 17, 29, 30). La característica principal de la hipocondría, según la propuesta de explicación de estos autores, es la interpretación errónea de sensaciones somáticas no patológicas como indicadoras de enfermedad orgánica grave. Teniendo en cuenta esta apreciación se propone que el proceso por el cual llega a desarrollarse la hipocondría sería el siguiente (12, 17): las experiencias previas relativas a la enfermedad (propia o de otros) y a los errores médicos conducen a la formación de creencias o supuestos disfuncionales acerca de los síntomas, la salud y la enfermedad. Tales creencias pueden provocar que el sujeto focalice su atención en la información que es coherente con la idea de que su estado de salud no es bueno y que ignore o reste importancia a aquella información que no lo es. Estos supuestos pueden permanecer relativamente inactivos hasta que un incidente crítico (p. ej., notar una sensación física, la muerte de algún familiar o conocido) los «moviliza». Todo ello origina la aparición de pensamientos automáticos negativos e imágenes desagradables cuyo contenido implica una interpretación catastrófica de las sensaciones o signos corporales, lo que finalmente desencadena la ansiedad por la salud que viene acompañada de sus correspondientes correlatos fisiológicos, cognitivos, afectivos y conductuales. Una vez desarrollado



el problema, existen una serie de factores implicados en el mantenimiento y exacerbación de la preocupación por la salud (12, 17, 29, 30). (Véase Figura 1).

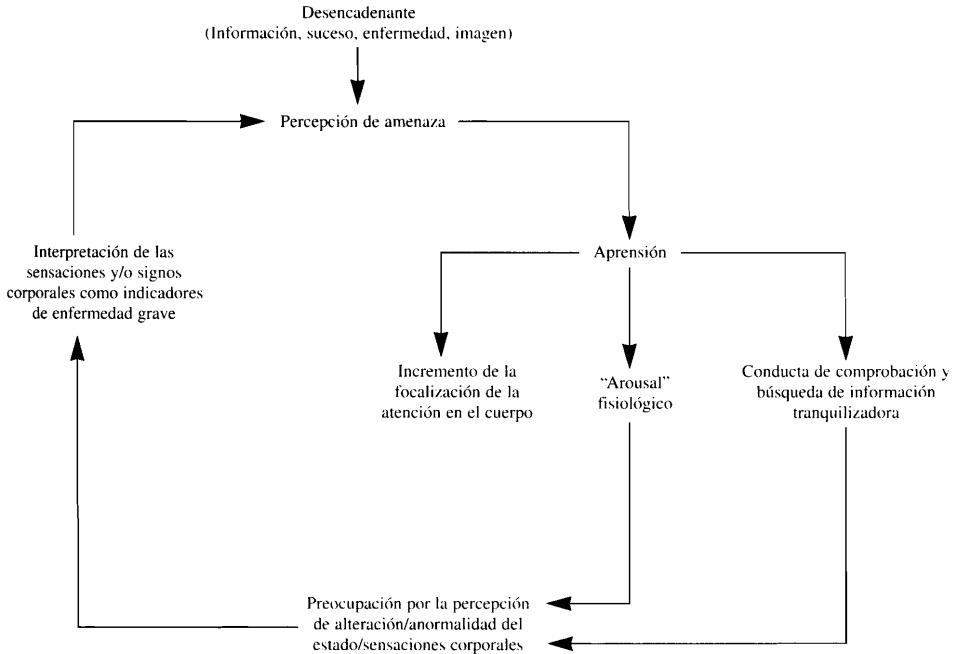


Figura 1. Modelo cognitivo-conductual del mantenimiento de la hipocondría (29)

La existencia de un estímulo desencadenante (p. ej., recibir información sobre una enfermedad) que el sujeto identifica y percibe como amenazante, conduce a que éste experimente miedo o aprensión. Esta reacción desencadena una serie de manifestaciones a nivel fisiológico, cognitivo y conductual. En primer lugar, el incremento del *arousal* fisiológico provoca un aumento de las sensaciones mediadas por el Sistema Nervioso Autónomo, lo que puede originar que el sujeto las considere como manifestación de enfermedad física. En segundo término, la atención focalizada en el cuerpo puede hacer que la persona se percate de variaciones normales de su función corporal o aspectos de su apariencia física que anteriormente le habían pasado desapercibidos y los interprete como anómalos. Finalmente, las conductas de evitación de autoinspección corporal de las zonas problemáticas y de búsqueda de información tranquilizadora de fuentes médicas y/o no médicas, también constituyen elementos que contribuyen a fomentar la ansiedad por la salud. Estas conductas funcionan de manera similar a como lo

hacen los rituales compulsivos en el trastorno obsesivo-compulsivo, ya que producen una disminución transitoria de la ansiedad que viene seguida, posteriormente, por un incremento de la misma (17). Este tipo de conductas impide que el sujeto aprenda que aquello que teme no le está ocurriendo, provoca que continúe prestando atención a sus pensamientos negativos, e incluso algunas de ellas influyen directamente en los cambios corporales que elicitaban sus pensamientos iniciales (30). Los tres mecanismos descritos (*arousal* fisiológico, focalización de la atención y conductas de evitación) conducen al sujeto a preocuparse por las sensaciones físicas percibidas como patológicas y a valorarlas como señales de la presencia de una enfermedad grave, lo que a su vez aumenta la percepción de peligro, estableciéndose de este modo un círculo vicioso que prolonga la hipocondría.

Ahora bien, respecto a lo expuesto anteriormente cabría preguntarse: ¿hay que evitar a toda costa y bajo cualquier circunstancia «sedar» con nuestras palabras al paciente? Warwick (28) contestaría a esta pregunta planteando que la información tranquilizadora entendida como «restablecimiento de la confianza» (según el Diccionario de Inglés de Oxford) no solamente no es negativa sino que constituye una de las metas del tratamiento del paciente hipocondríaco. El aspecto a dilucidar, según esta autora, radicaría en cómo conseguirlo. El interrogante obligado que suscitaría la cuestión anterior sería: ¿cualquier modalidad de información que pretenda aliviar la angustia que experimenta el paciente es perjudicial y agrava las preocupaciones por su salud? Salkovskis y Warwick (16) y Warwick y Salkovskis (12, 31) han alumbrado este punto al diferenciar entre «explicaciones apropiadas» consistentes en proporcionar en términos claros y comprensibles información relevante que el sujeto desconoce, y «explicaciones inapropiadas» que incluirían realizar pruebas clínicas innecesarias y ofrecer repetidamente datos irrelevantes o redundantes. El primer procedimiento origina una reducción de la probabilidad percibida de que el propio estado de salud se encuentra amenazado, mientras que el segundo provoca un agravamiento de la ansiedad «(i) incrementando la probabilidad percibida de las interpretaciones preexistentes...; (ii) aumentando la gama de tales interpretaciones cuando se proporciona información nueva, mal comprendida y ambigua» (16, p. 601).

En relación con esta distinción, Starcevic (14) señala que el efecto de las explicaciones no depende tanto de la novedad de la información sino del modo en que ésta se suministre y de la forma en que paciente y médico se perciban entre sí. Es más, considera, que si cada vez que el sujeto solicita información se requiere que ésta conlleve datos nuevos, tal situación en vez de producirle cierto alivio aumentará su confusión. Warwick (28) ha contestado a esta crítica aduciendo que es posible evitar que se produzca dicha confusión comprobando que el paciente ha entendido adecuadamente los nuevos contenidos informativos que se le han proporcionado.

A juicio de Warwick (28) «la información tranquilizadora efectiva... no es el procedimiento breve estándar utilizado en gran parte de la práctica médica, sino un proceso más largo de explicación, que tiene en cuenta los miedos, dudas y creencias idiosincrásicas del paciente» (p. 79). En efecto, existen algunos problemas que es preciso detectar y solventar ya que pueden obstaculizar la eficacia de la información tranquilizadora en los pacientes hipocondríacos (28): 1) pensamientos automáticos negativos y errores cognitivos (p. ej., salto a las conclusiones y catastrofización); 2) ideas inadecuadas sobre los síntomas y las enfermedades; y 3) actitudes disfuncionales acerca de la salud. Incluso una vez que el paciente ha recibido atención médica éste puede desarrollar una serie de dudas (p. ej., «¿describí los síntomas con el suficiente cuidado?, si no lo hice el médico ha podido pasar por alto la gravedad de lo que me ocurre») que pueden disminuir la eficiencia de las explicaciones dadas (28). El médico ha de ser consciente de esto, anticipando, identificando y resolviendo convenientemente estas dudas.

Pese al comentario precedente, no sería acertado atribuir única y exclusivamente al hipocondríaco la responsabilidad del fracaso del proceso de apaciguar su zozobra. Los propios facultativos, en ocasiones favorecen con su modo de proceder esta situación al no poner en funcionamiento pautas de actuación y de provisión de información adecuadas que disminuyan al mínimo el riesgo de que los datos que ofrecen al paciente puedan ser desvirtuados y mal interpretados. Entre los errores más frecuentes que a este respecto cometen los médicos (28) figuran: 1) no utilizar terminología y explicaciones sencillas; 2) expresar afirmaciones contradictorias en la consulta; 3) no resolver las contradicciones entre sus opiniones médica y las de otros colegas; 4) mostrar conductas que puedan hacer que el paciente perciba desinterés y hostilidad; y 5) realizar falsas predicciones.

A partir de todas estas consideraciones, Warwick (28) ha sugerido una serie de elementos que habría que contemplar para que la información tranquilizadora que se proporcione al paciente hipocondríaco resulte útil: 1) escuchar y tomar nota de sus quejas de manera detallada concediendo tiempo suficiente para que se explique, y comprobar con amabilidad que no se ha omitido ningún dato; 2) reconocer la veracidad de sus síntomas y de su angustia; 3) elicitar sus temores y creencias acerca de los síntomas y de la «evidencia» que considera que apoya sus preocupaciones; 4) explicar por qué sus preocupaciones son infundadas y modificar la «evidencia» inadecuada; 5) proporcionar una explicación satisfactoria y no amenazante de sus síntomas que incluya una clara justificación del proceso que da cuenta de éstos; 6) dar una explicación satisfactoria de las pruebas o tratamientos realizados, con la precaución de no transmitir mensajes contradictorios; y 7) comprobar si todo lo que se ha discutido le ha tranquilizado y, en caso contrario, trabajar las dudas residuales.

*Información tranquilizadora como estrategia de intervención en la Hipocondría*

A partir de su reflexión inicial acerca de la similitud entre la hipocondría y el trastorno obsesivo-compulsivo (31), Salkovskis y Warwick (16) llevaron a cabo un estudio con el propósito de verificar si los elementos conductuales de búsqueda de información tranquilizadora (de médicos y otras fuentes) y de comprobación corporal, hacían perdurar el problema hipocondríaco. Este hecho se puso de manifiesto en dos casos clínicos al observarse que proveer a los pacientes de datos que ya tenían a través de consultas médicas, producía a corto plazo una disminución de la ansiedad, pero a largo plazo un aumento de ésta y de la tendencia a solicitar de nuevo atención médica. La estrategia de intervención que se utilizó en ambos casos y que resultó efectiva, fue la elaboración de una explicación adecuada del mantenimiento del problema junto con la prevención de las conductas de autoobservación y de los requerimientos de información tranquilizadora.

Los trabajos posteriores de Warwick y Marks (32) y de Logsdail, Lovell, Warwick y Marks (33), constituyen apoyos adicionales a esta línea de intervención. En el primero de ellos se exponen los resultados obtenidos en 17 casos de fobia a la enfermedad o hipocondría tratados mediante un procedimiento terapéutico que comprendía exposición «in vivo» a los estímulos temidos, saciación, intención paradójica y prohibición de la búsqueda de explicaciones. Según estos autores, este último elemento fue, en gran parte, responsable del éxito del tratamiento de la mayoría de los casos. En el segundo estudio se describen 7 casos de fobia al SIDA, en los que casi todos ellos experimentaron una mejoría sustancial mediante un tratamiento de exposición y prevención de respuesta. Los programas de orientación cognitivo-conductual desarrollados en los últimos años para tratar a los sujetos con hipocondría o problemas de somatización en general (12, 17, 29, 30, 34, 35, 36, 37) también contemplan el modo de abordar las demandas de noticias tranquilizadoras de este tipo de pacientes. (Para una revisión más exhaustiva de algunos de estos programas consúltese 34).

House (35) propone que uno de los elementos integrantes de la fase de evaluación de la hipocondría y de otros problemas similares, es la exploración de las actitudes del paciente hacia la atención médica recibida y los numerosos reconocimientos físicos realizados. La discusión acerca de éstos últimos suele poner de manifiesto que: 1) sólo indican lo que no está presente (ausencia de enfermedad), sin ofrecer una explicación del problema; 2) confunden al paciente ya que provocan que éste concentre su atención en datos irrelevantes sobre los que a veces los facultativos no están de acuerdo; y 3) no tranquilizan, ya que dejan abierta la posibilidad de que podría detectarse algo en esta ocasión. Tras estas observaciones, House llega a un acuerdo con el paciente consistente en la no admisión de pruebas clínicas adicionales. Sugiere que en esta negociación es aconsejable que el

terapeuta atienda a las siguientes cuestiones: a) no plantear una prohibición absoluta de los reconocimientos físicos; b) no proponer un límite temporal fijo para la vigencia del acuerdo; y c) no sugerir que se atenderá la aparición de nuevos síntomas. Además, hace saber al paciente que «el reconocimiento sólo es apropiado para los nuevos síntomas que hagan pensar al médico que podrían ser patología física» (p. 159).

Warwick y Salkovskis (12, 17, 29, 30) tras la correspondiente fase de evaluación, ofrecen al paciente hipocondríaco una explicación de su problema alternativa a la que él hasta ese momento ha mantenido (problema de ansiedad versus problema orgánico). Estos autores suelen examinar junto con el paciente, con anterioridad a la toma de decisión por parte de éste de aceptar o no la nueva aproximación, la utilidad que tiene para el mismo cada una de las dos formas de abordar su problemática. A continuación se propone al paciente la posibilidad de trabajar durante un período de tiempo limitado (p. ej., cuatro meses) desde el punto de vista alternativo expuesto por el terapeuta. Le hacen conocer de que en esta nueva perspectiva no se admite la realización de pruebas o reconocimientos médicos, ni las informaciones tranquilizadoras ni discusiones acerca de los síntomas físicos.

En el tratamiento grupal llevado a cabo por Stern y Fernández (37) se instruyó a los seis participantes para que aprendieran a discriminar entre la información relevante (útil) y la de índole repetitivo (inútil), y se les hizo saber que los análisis y demás pruebas diagnósticas no constituirían parte de la terapia. También se contempló la identificación y discusión de otras conductas que les permitían recabar información tranquilizadora (p. ej., ver programas de TV que traten el tema de las enfermedades), así como el rol que desempeñan los familiares en la atención de sus demandas de explicaciones.

Avia (34) concede gran importancia dentro de su programa terapéutico a que el paciente acepte una serie de «prohibiciones» tales como visitar al médico sin necesidad, hacerse análisis clínicos, comentar las molestias físicas a otras personas, interesarse desmesuradamente por el estado de salud de los demás o por datos acerca de enfermedades, autoexplorarse, así como otras conductas propias de las personas enfermas. Posiblemente, uno de los aspectos más problemáticos de estas pautas de actuación, se refiere a la prohibición de realizar consultas médicas adicionales, ya que el paciente puede alegar que en el transcurso del tratamiento en cualquier momento pueden surgir nuevos datos que hagan aconsejable algún reconocimiento o intervención clínica (34). Para la resolución de tal problema esta autora plantea que se sugiera al paciente que puesto que no es capaz, por el momento, de diferenciar entre aquellos síntomas que constituyen motivo serio de preocupación que requiere atención médica y los que no, confíe temporalmente en el criterio de decisión del terapeuta. Otra dificultad que puede surgir durante el tra-

tamiento hace referencia a la ruptura por parte del paciente de su compromiso de cumplir las «prohibiciones» (p. ej., yendo al médico). En esta circunstancia, lo recomendable es explicarle que «todavía no ha aprendido a funcionar de otra forma» (p. 156), y procurar disminuir la posibilidad de la ocurrencia de conductas no deseadas (p. ej., haciendo coincidir la cita con el psicólogo con una consulta innecesaria que previamente el paciente ha concertado con un médico, de tal modo que se vea en la coyuntura de elegir una de las dos), explicando siempre el porqué de lo perjudicial de mantener esas conductas (34).

La práctica totalidad de estos autores (16, 29, 32, 33, 34), coinciden en considerar que el modo más idóneo de abordar las demandas por parte del paciente para que familiares y/o amigos atiendan sus quejas y comentarios sobre sus síntomas, es instruir a las personas implicadas (p. ej., mediante *role-playing*) para que aprendan a manejar tales demandas dando respuestas de contenido neutral como la siguiente: «las instrucciones del hospital son que no conteste a este tipo de preguntas» (32, p. 239).

Sharpe, Peveler y Mayou (36) han esbozado una línea de tratamiento de los síntomas somáticos funcionales similar a las anteriores en la que se contempla como uno de los objetivos específicos la reducción de la aparición de ciertas conductas indeseables tales como la frecuente solicitud de explicaciones.

Bass y Benjamin (38) también inciden en la importancia de tener en cuenta unas estrategias generales de actuación para el manejo de los pacientes somatizadores, entre las que figura el establecimiento de límites en la realización de exámenes clínicos. Consideran que el médico debe determinar las pruebas que son necesarias de acuerdo con el historial y situación médica del paciente, aunque también proponen la utilidad de negociar con el paciente un «examen final» cuyo resultado negativo supondrá aceptar que no se realizará ninguna otra prueba más.

En síntesis, todas las opiniones expresadas en las líneas precedentes coinciden en considerar que es preciso erradicar del repertorio de conductas del paciente hipocondríaco la persecución recurrente de información tranquilizadora, y de las pautas de acción del médico el ofrecer una y otra vez los mismos datos para aliviar sus preocupaciones. No obstante, esta orientación difiere en gran medida de las sugerencias expresadas por otros autores (14, 21, 22, 39, 40, 41) en cuanto a que este método de intervención puede ser eficaz.

Kellner (21) ha propuesto una serie de estrategias de intervención entre las cuales figura la repetición de exámenes físicos cuando se observe algún nuevo síntoma que preocupe al paciente o éste tema que ha podido desarrollar una nueva enfermedad desde la última revisión médica, y la provisión de información tranquilizadora respecto a su salud. Mantiene que, aunque este procedimiento inicialmente solo resulte eficaz a corto plazo, progresivamente va produciendo efectos más duraderos ya que la persona recuerda con más frecuencia los datos que se le

han proporcionado, lo que incrementa la convicción de que posee un estado físico saludable.

En uno de sus últimos trabajos Kellner (40) ha limitado la conveniencia de tranquilizar al paciente como estrategia terapéutica a la presencia predominante de un determinado patrón clínico. Cuando la problemática del paciente sea única o principalmente su miedo desproporcionado a estar enfermo y sus conductas de evitación de los estímulos relacionados con la enfermedad, el tratamiento de elección, a juicio de Kellner, es la exposición. En cambio, en el caso en que el paciente crea que sufre una enfermedad que todavía no le han diagnosticado adecuadamente, este autor aboga por los métodos de persuasión de los que formarían parte la explicación, la educación y la información tranquilizadora. Según Kellner (40), el terapeuta hace uso de técnicas de propaganda, recurre tanto a la razón como a la sugestión, repitiendo aquellos datos que apoyan la idea de que el paciente goza de buena salud. Con todo ello pretende conseguir que el paciente abandone su creencia inicial y se «reconvierta» a la nueva creencia de que sus síntomas, aunque desagradables, no son producto de un proceso físico patológico. Su modo de actuar se asemejaría «a la de un abogado que descubre contradicciones en el testimonio de un testigo hostil, a la de un vendedor que ensalza la insuperable excelencia de sus productos, y a la de un predicador que conoce el único camino de la salvación» (40, p. 74).

Finalmente, Starcevic (14, 41) describe una aproximación a la hipocondría dentro de un marco psicodinámico, donde enfatiza la utilidad de la «terapia de información tranquilizadora». Su eficiencia depende de la identificación del tipo de pacientes que pueden beneficiarse de ella (propensos a la depresión, con problemas de carácter neurótico) y de su aplicación de acuerdo con estrategias individualizadas (14). En la Tabla 3 se recogen las indicaciones de este autor para conseguir que la información tranquilizadora tenga un valor terapéutico.

Tabla III  
*La información tranquilizadora como factor terapéutico:  
 Objetivos y recomendaciones (según 14; tomado de 34)*

*Objetivos*

- \* Establecer una relación terapéutica que implique contacto prolongado con el médico (reconocer, semiescondida bajo la búsqueda de información, la necesidad del paciente de una relación reconfortante y segura).
- \* Conseguir la autoaceptación del paciente (mejorará su autoestima).



*Aceptar la «identidad somática» del paciente,  
 reconociendo la veracidad de sus síntomas*

*Indicaciones para que la información tranquilizadora sea terapéutica:*

- \* Decir al paciente que se recuperará de sus síntomas.
- \* El médico estará disponible y fijará la próxima cita.
- \* El médico hará uso de su «función reconfortante» y dirá que el estado del paciente es único y peculiar (si predomina el narcisismo), o bastante común (si predomina la ansiedad).
- \* Una sola figura médica dará toda la información.
- \* El médico debe ser paciente y persistente (efecto acumulativo de las informaciones).
- \* Se dará una explicación de los síntomas alternativa a la enfermedad.
- \* Se enseñará al paciente a que tolere cierto grado de incertidumbre.
- \* Tras la relación prolongada, se fomentará la independencia.

*Conclusiones*

Como ha quedado patente en este trabajo, *hipocondría e información tranquilizadora* son dos nociones estrechamente vinculadas; no obstante, tanto la esencia de esta relación como sus componentes requieren una urgente revisión conceptual. Probablemente, la cuestión clave a esclarecer sea la determinación precisa de lo que constituiría el proceso idóneo de aplacar el desasosiego que invade al paciente hipocondríaco debido a sus «fantasmas imaginarios de enfermedad». Examinemos a continuación como sería a nuestro entender este proceso. De



acuerdo con la revisión realizada, podemos distinguir dos posibles modos generales de proceder por parte del médico ante un paciente hipocondríaco:

1) Dar información acerca de su estado de salud únicamente en términos de presencia/ausencia de enfermedad o de resultados positivos/negativos de las pruebas clínicas realizadas. Creemos que esta conducta médica contribuiría muy poco a eliminar su angustia y a que entienda lo que le ocurre; por ello, la calificaríamos de antiterapéutica, en el sentido de que probablemente puede confundirle aún más, incrementar sus dudas y, en definitiva, exacerbar el problema.

2) Proporcionar información adecuada y de manera correcta sobre su estado físico. Para ello, se podría asumir la propuesta de actuación de Warwick (28) comentada en este trabajo, que, en nuestra opinión, se aproximaría al proceso ideal de tranquilizar. A este respecto, no pensamos que sea desmesurado aventurarnos a predecir que si los profesionales de la medicina integraran en su quehacer cotidiano las sugerencias de esta autora, quizá presenciaríamos una doble consecuencia positiva: la disminución de la posibilidad de provocar o mantener un sufrimiento emocional innecesario para la persona, y el logro de una mayor fluidez en el funcionamiento de los programas de asistencia sanitaria.

3) Si una vez que el paciente ha recibido las explicaciones médicas oportunas acerca de lo que le pasa, sigue preocupándose por su salud, comentando a los demás su malestar, realizando visitas al médico y, en definitiva, actuando «como si» realmente estuviera enfermo, podríamos optar por una de las dos siguientes alternativas: A) Continuar insistiendo en la repetición de las explicaciones relevantes dadas de modo apropiado a la espera de que éstas por efecto acumulativo, tarde o temprano, mejoren el estado del paciente. B) Empezar a pensar que ha llegado el momento de poner en marcha mecanismos de actuación diferentes guiados por el psicólogo (a nuestro juicio los sugeridos desde una perspectiva cognitivo-conductual). En esta línea, compartimos plenamente la indicación de Avia (34) de que la actuación coordinada médico-psicólogo puede favorecer el adecuado tratamiento de los pacientes hipocondríacos. No existe, por el momento, ningún estudio empírico controlado que haya comparado la eficacia de estos dos modos de proceder. Consideramos que sería de gran interés trabajar en esta línea y profundizar en ella identificando el subgrupo de pacientes hipocondríacos en los que sus características psicopatológicas aconsejen intervenir en una o en otra dirección.

Para finalizar quisiéramos indicar que estimamos que supondría una aportación ciertamente significativa en este ámbito de estudio el análisis de si la *hipocondría* puede ser conceptualizada como un problema psicopatológico de atención, percepción, memoria, o pensamiento, y, en función de estas cuestiones, dilucidar que procesos concretos hacen que la *información tranquilizadora* sea terapéutica para unas personas y no lo sea para otras.

## BIBLIOGRAFÍA

- (1) CHEYNE, G., *The English Malady: Or a Treatise of Nervous Diseases of All Kinds, as Spleen, Vapours, Lowness of Spirits, Hypochondriacal and Hysterical Distempers, etc*, Londres, Strahan & Leake, 1733 (citado en 5).
- (2) HAWKINS, J., *Discourse on the Hypochondria Melancholy*, 1633 (citado en 4).
- (3) SYDENHAM, T., *The Entire Works of Dr. Thomas Sydenham, Newly Made into English from the Originals, etc*, (2.<sup>a</sup> ed. trad. J. Swann, 1.<sup>a</sup> ed: 1742), Londres, Cave, 1749 (citado en 5).
- (4) Baur, S., *Hypochondria: Woeful Imaginings*, Los Angeles, University California Press, 1988 (Barcelona, Gedisa, 1990).
- (5) HARE, E., «The History of "Nervous Disorders" from 1600 to 1840, and a Comparison with Modern Views», *British Journal of Psychiatry*, 1991, 159, pp. 37-45.
- (6) ALTMAN, N., «Hypochondriasis», en STRAIN, J. J.; GROSSMAN, S. (eds.), *Psychological Care of the Medically Ill*, Nueva York, Appleton Century Crofts, 1975.
- (7) DIAMOND, D., «Panic Attacks, Hypochondriasis and Agoraphobia: A Self-Psychology Formulation», *American Journal of Psychotherapy*, 1985, 39, pp. 114-125.
- (8) SULLIVAN, H. S., *The Interpersonal Theory of Psychiatry*, Nueva York, W. W. Norton, 1953.
- (9) PILOWSKY, I., «The Diagnosis of Abnormal Illness Behaviour», *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 1971, 5, pp. 136-138.
- (10) WOOLEY, S. C.; BLAKCWELL, B.; WINGET, C., «A Learning Theory Model of Chronic Illness Behaviour: Theory, Treatment, and Research», *Psychosomatic Medicine*, 1978, 40, pp. 379-401.
- (11) BARSKY, A. J., «Amplification, Somatization, and the Somatoform Disorders», *Psychosomatics*, 1992, 33, 1, pp. 28-34.
- (12) WARWICK, H. M. C.; SALKOVSKIS, P. M., «Hypochondriasis», *Behaviour Research and Therapy*, 1990, 28, 2, pp. 105-117.
- (13) AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (3.<sup>a</sup> ed. rev.)*, Washington, DC, APA, 1987 (Barcelona, Masson, 1988).
- (14) STARCEVIC, V., «Reassurance and Treatment of Hypochondriasis», *General Hospital Psychiatry*, 1991, 13, pp. 122-127.
- (15) AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (3.<sup>a</sup> ed.)*, Washington, DC, APA, 1980 (Barcelona, Masson, 1983).
- (16) SALKOVSKIS, P. M.; WARWICK, H. M. C., «Morbid Preoccupations, Health Anxiety and Reassurance: A Cognitive-Behavioural Approach to Hypochondriasis», *Behaviour Research and Therapy*, 1986, 24, 5, pp. 597-602.
- (17) WARWICK, H. M. C.; SALKOVSKIS, P. M., «Hypochondriasis», en Scott, J., Williams, J. M. G. y Beck, A. T. (eds.), *Cognitive Therapy in Clinical Practice: An Illustrative Casebook*, Londres, Routledge, 1989.
- (18) SALKOVSKIS, P. M.; CLARK, D. M., «Panic Disorder and Hypochondriasis», *Advances in Behaviour Research and Therapy*, 1993, 15, pp. 23-48.
- (19) SALKOVSKIS, P. M.; WARWICK, H. M. C.; CLARK, D. M., *Hypochondriasis, Illness Phobia and other Anxiety Disorders*, Paper submitted to the American Psychiatric Association working group on DSM-IV (anxiety disorders and simple phobias), 1990 (citado en 18).
- (20) GRADILLAS, V., «Crítica al Concepto de Hipocondría», *Actas Luso-Españolas de Neurología, Psiquiatría y Ciencias Afines*, 1986, 14, 5, pp. 389-391.
- (21) KELLNER, R., «Psychotherapeutic Strategies in Hypochondriasis: A Clinical Study», *American Journal of Psychotherapy*, 1982, 36, 2, pp. 146-157.

## ORIGINALES Y REVISIONES

- (22) KELLNER, R., «Prognosis of Treated Hypochondriasis: A Clinical Study», *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1983, 67, pp. 69-79.
- (23) AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4.<sup>a</sup> ed. ), Washington, DC, APA, 1994.
- (24) WORLD HEALTH ORGANIZATION, *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Diseases: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines*, Ginebra, WHO, 1992 (Madrid, Meditor, 1992).
- (25) RACHMAN, S., «Some Similarities and Differences Between Obsessional Ruminations and Morbid Preoccupations», *Canadian Psychiatric Association Journal*, 1974, 18, pp. 71-73 (citado en 16).
- (26) RACHMAN, S., «Obsessions, Responsibility and Guilt», *Behaviour Research and Therapy*, 1993, 31, 2, pp. 149-154.
- (27) BARSKY, A. J., «Hypochondriasis and Obsessive-Compulsive Disorder», *Psychiatric Clinics of North America*, 1992, 15, 4, pp. 791-801.
- (28) WARWICK, H. M. C., «Provision of Appropriate and Effective Reassurance», *International Review of Psychiatry*, 1992, 4, pp. 76-80.
- (29) SALKOVSKIS, P. M., «Somatic Problems», en HAWTON, K. y otros (eds.), *Cognitive Therapy Behaviour for Psychiatric Problems: A Practical Guide*, Oxford, Oxford University Press, 1989.
- (30) WARWICK, H. M. C., «A Cognitive-Behavioural Approach to Hypochondriasis and Health Anxiety», *Journal of Psychosomatic Research*, 1989, 33, 6, pp. 705-711.
- (31) WARWICK, H. M. C.; SALKOVSKIS, P. M., «Reassurance», *British Medical Journal*, 1985, 290, p. 1.028.
- (32) WARWICK, H. M. C.; MARKS, I. M., «Behavioural Treatment of Illness Phobia and Hypochondriasis: A Pilot Study of 17 Cases», *British Journal of Psychiatry*, 1988, 152, pp. 239-241.
- (33) LOGSDAIL, S. y otros, «Behavioural Treatment of AIDS-Focused Illness Phobia», *British Journal of Psychiatry*, 1991, 159, pp. 422-425.
- (34) AVIA, M. D., *Hipocondría*, Barcelona, Martínez Roca, 1993.
- (35) HOUSE, A., «Hypochondriasis and Related Disorders: Assessment and Management of Patients Referred for a Psychiatric Opinion», *General Hospital Psychiatry*, 1989, 11, pp. 156-165.
- (36) SHARPE, M.; PEVELER, R.; MAYOU, R., «The Psychological Treatment of Patients with Functional Somatic Symptoms: A Practical Guide», *Journal of Psychosomatic Research*, 1992, 36, 6, pp. 515-529.
- (37) STERN, R.; FERNÁNDEZ, M., «Group Cognitive and Behavioural Treatment for Hypochondriasis», *British Medical Journal*, 1991, 303, pp. 1.229-1.231.
- (38) BASS, C.; BENJAMIN, S., «The Management of Chronic Somatisation», *British Journal of Psychiatry*, 1993, 162, pp. 472-480.
- (39) KELLNER, R., «Hypochondriasis and Body Dysmorphic Disorder», *Treatments of Psychiatric Disorders: A Task Force Report of the American Psychiatric Association*, Washington, DC, APA, 1989.
- (40) KELLNER, R., «The Case for Reassurance», *International Review of Psychiatry*, 1992, 4, pp. 71-75.
- (41) STARCEVIC, V., «Role of Reassurance and Psychopathology in Hypochondriasis», *Psychiatry*, 1990, 53, pp. 383-395.

*Agradecimientos:* Este estudio ha sido financiado a través de una beca de investigación concedida a la primera de las autoras 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.

\* M.<sup>a</sup> P. Martínez, psicóloga, Departament de Personalitat, Facultat de Psicologia, Universitat de València; A. Belloch Fuster, catedrática de Psicopatología, Departament de Personalitat, Universitat de València; C. Botella Arbona, Catedrática de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos, Universitat Jaume I, Castellón.

*Correspondencia:* M.<sup>a</sup> P. Martínez Narvaez Cabeza de Vaca, Departament de Personalitat, Avaluació i Tractaments Psicològics. Facultat de Psicologia. Avda. Blasco Ibañez, 21, 46010 València.

\*\* Fecha de recepción: 22-XII-1994.