

## ACTITUDES HIPOCONDRIÁICAS, SÍNTOMAS SOMÁTICOS Y AFECTO NEGATIVO

Rafael Fernández Martínez y Concepción Fernández Rodríguez\*

Centro de Salud de Vilagarcía de Arousa (Pontevedra), \* Universidad de Oviedo

El presente trabajo examina la relación entre el afecto negativo, los síntomas somáticos y las actitudes hipocondríacas. Treinta y tres sujetos (18 mujeres con una edad media de 30,27 años y 15 hombres con una media de 27,73 años) seleccionados al azar, entre los clientes de un centro de reconocimiento de conductores, aceptaron voluntariamente cumplimentar los siguientes cuestionarios: Whiteley Index (WI), Escala de Actitudes ante la Enfermedad (EAE), Cuestionario de Molestias Corporales (CMC), STAI-E-R y Inventario de Depresión de Beck (BDI). Se utilizó el coeficiente de correlación de Pearson para estimar las correlaciones entre las distintas variables del estudio y se efectuó un análisis de Regresión Múltiple para estimar la capacidad predictiva de los valores en el CMC, STAI-R y BDI con respecto a las dos medidas de actitudes hipocondríacas (WI, EAE). Los resultados indican que la afectividad negativa se asocia a un mayor nivel de molestias corporales autoinformadas, a la propensión de exagerar las alteraciones fisiológicas y a una tendencia a experimentar estados emocionales negativos. Sin embargo, la ausencia de relación entre estados emocionales negativos y molestias somáticas y/o actitudes hipocondríacas parece indicar que la emocionalidad negativa per se no se asocia a preocupación somática. Por otra parte, en la predicción de la preocupación somática, la afectividad negativa tiene importancia cuando se utiliza una medida restringida de hipocondría (WI), mientras que cuando se utiliza la EAE las molestias corporales tienen mayor peso. A pesar de las estrechas relaciones encontradas, no queda claro en qué medida y cómo los estados emocionales median en el establecimiento de la hipocondría.

*Hypochondriac attitudes, somatic symptoms and negative affectivity.* The present work examines the relationship between the negative affectivity, the somatic symptoms and the hypochondriac attitudes. Thirty-three subjects (18 women with a mean age of 30,27 years and 15 men with an average of 27,73 years) selected at random, between the clients of a center of conductors recognition, accepted voluntarily to compliment the following questionnaires: Whiteley Index (WI), Illness Attitudes Scale (IAE), Symptoms Checklist (CMC), STAI-E-R and Depression Inventory of Beck (BDI). It was used the correlation coefficient of Pearson to estimate the correlations between the different variable of the study and was effected a Multiple Regression analysis to estimate the predictive capacity of the values in the CMC, STAI-R and BDI with respect to the two hypochondriac attitude measures (WI, IAE). The results indicate that the negative affectivity is associated to a greater self-report corporal nuisances level, to the propensity of overdoing the physiological alterations and to a trend to experience negative emotional states. However, the absence of relationship between negative emotional states and somatic nuisances and/or hypochondriac attitudes seems to indicate that the negative affectivity per se is not associated to somatic preoccupation. On the other hand, in the forecast of the somatic preoccupation, the negative affectivity has importance when is used a restricted hypochondria measure (WI), while when is used the IAE the corporal nuisances have greater weight. In spite of the close found relationships, it does not remain clear in what measure and how the emotional states mediate in the establishment of the hypochondria.

dad grave constituyen experiencias habituales. Kellner (1985) estima que preocupaciones intermitentes por la salud se dan en torno a un 10-20% de la población general, generalmente asociadas a molestias corporales diversas.

En un 4% de personas atendidas en los servicios de salud las creencias y temores relacionados con la enfermedad son de la suficiente intensidad y duración como para provocar un malestar significativo e interferencias en el funcionamiento diario, configurando un cuadro clínico que en las clasificaciones psicopatológicas se incluye bajo la etiqueta de hipocondría o trastorno hipocondríaco (Barsky, 1990).

Varios autores han enfatizado la asociación estrecha que hay entre los denominados trastornos somatoformes, cuyo rasgo fundamental es la presencia de síntomas somáticos no explicables a partir de los hallazgos biomédicos, entre los que se incluye la hipocondría y los trastornos de personalidad (Barsky, 1995; Bass y Murphy, 1995; Starcevic, 1990; Tyrer, 1990). De un modo general, Leventhal (1992) plantea que los factores de personalidad operan, al menos, de tres importantes maneras en la preocupación somática: una, sobre la atención a los estados somáticos; dos, en la interpretación de los estados somáticos y tres, sobre los procedimientos de control de las amenazas de enfermedad y los criterios de evaluación de los resultados de tales intentos.

En el caso concreto de la Hipocondría, la Afectividad Negativa o Neuroticismo es una característica de personalidad estrechamente vinculada a las actitudes hipocondríacas según varios investigadores. Por otra parte, se ha indicado que la presencia de características hipocondríacas entre pacientes calificados como neuróticos (en los que predominarían niveles elevados de ansiedad) es predictiva de una mayor duración de los síntomas así como un ajuste a largo plazo más pobre (Bass y Murphy, 1995).

Se han implicado varios mecanismos en la relación constatada Neuroticismo-Preocupación somática. De un lado, los estados emocionales negativos incluyen manifestaciones psicofisiológicas responsables de un mayor nivel de estimulación interna y sensaciones somáticas. Y, como señalan Mabe et al. (1988) «el distrés emocional puede desencadenar actitudes hipocondríacas a través de la producción de cambios fisiológicos que son contruados, inadecuadamente, como evidencias de enfermedad. Además, el distrés emocional puede llevar a la intolerancia al disconfort y a la preocupación por síntomas previamente ignorados». Varios estudios han constatado la covariación de estados emocionales negativos por una parte y molestias corporales y actitudes hipocondríacas por otra (Robbins y Kirmayer, 1996; Noyes, 1994; Martínez-Narváez y Belloch, 1993; Kellner, 1992, 1989; Hamilton, citado por Lipowski, 1990; Salovey y Birbaum, 1989, citado por Avia, 1993, pág. 90; Kenyon, 1976; Pilowsky, 1969). De otro, la tendencia a realizar evaluaciones negativas, aspecto nuclear del Neuroticismo o AN (Afectividad Negativa) (Watson y Pennebaker, 1989), abarcaría también las propias sensaciones corporales benignas. En otras palabras, el pesimismo general también incluye el propio estado de salud. La valoración negativa de las sensaciones corporales hace que aumente el malestar (Avia 1993, pág. 72). También se ha señalado como característico de la AN la tendencia a la introspectividad o atención autofocalizada (Clark y Watson, 1991; Mechanic, 1986), ello, sin duda, haría mas salientes sensaciones corporales diversas (Pennebaker, 1982).

Lo que se afirma es que la experiencia de síntomas somáticos y la preocupación e información de los mismos tienden a darse conjuntamente y a variar influidas en gran medida según el neuroticismo o disposición afectiva negativa subyacente de la persona. No obstante se ha reconocido que esta tendencia no es lineal, es decir, la persona pue-

de experimentar numerosos síntomas somáticos funcionales sin que manifieste excesiva preocupación por los mismos (Kirmayer y Robbins, 1990; Kellner, 1985; Mechanic, 1972). La AN se podría conceptualizar como un importante factor de predisposición pero sería necesaria la presencia de otros factores para el desarrollo del trastorno clínico en particular. Así, en el inicio del trastorno se suelen dar situaciones vitales estresantes que actúan como desencadenantes (padecer alguna enfermedad grave, muerte de algún conocido...) y las pautas de pensamiento, afecto y conducta que se ponen en marcha son claves a la hora de explicar el mantenimiento del problema ( Warwick y Salkovskis, 1990; Warwick, 1989; Salkovskis, 1988).

El presente trabajo se desarrolla entre la población general lo que se justifica en base a la consideración dimensional de la preocupación somática y se centra en la relación entre afecto negativo, síntomas somáticos y actitudes hipocondríacas. No se estudian otras variables que se han identificado como relevantes en el origen, desarrollo y mantenimiento del trastorno hipocondríaco o, de un modo más genérico, en las actitudes hipocondríacas. Así, no se consideran las creencias acerca de la salud, la presencia de acontecimientos vitales estresantes, las experiencias de aprendizaje (directo, observacional, simbólico) relacionadas con la conducta de enfermedad o las contingencias ambientales actuales favorecedoras del mantenimiento de las pautas desadaptativas relacionadas con la salud-enfermedad (Schwartz et al, 1994; Barsky, 1993; Karolly y Lecci, 1993; Warwick y Salkovskis, 1990; Salkovskis y Warwick, 1986; Moss, 1986; Kellner, 1985; Turkat y Noskin, 1983; Wooley et al, 1978; Pilowsky, 1969). Tener en cuenta la importancia de estos otros factores previene contra una consideración simplista y excesivamente interna de la ansiedad por el estado de salud y a relativizar el papel de la Afectividad Negativa o Neuroticismo en la misma.

El objetivo que se persigue en este trabajo es el examen de las relaciones entre:

- 1) AN o Neuroticismo y presencia de molestias corporales diversas.
- 2) AN y actitudes hipocondríacas (temor a la enfermedad, creencia en la posibilidad de padecer una enfermedad y preocupación somática).
- 3) AN como rasgo y afecto negativo actual.
- 4) Molestias corporales y síntomas emocionales de estado (de ansiedad y depresivos).
- 5) Actitudes hipocondríacas y síntomas emocionales de estado (de ansiedad y depresivos).
- 6) Molestias corporales y actitudes hipocondríacas.

## Procedimiento

### *Muestra*

La muestra se compuso por 33 sujetos de los cuales 18 fueron mujeres con edades comprendidas entre 17 y 56 años (media: 30,27 y D.E. 7,85) y 15 hombres de entre 16 y 57 años (media: 27,73; DE: 10,44) que participaron voluntariamente. La recogida de información se realizó durante el mes de Junio de 1996 entre los clientes de un centro de reconocimiento de conductores de la ciudad de Vigo. Los sujetos que accedieron a colaborar en el estudio cumplimentaron una serie de cuestionarios una vez completado el examen médico y psicotécnico.

### *Materiales*

Todos los sujetos de la muestra completaron los siguientes cuestionarios:

- *Whiteley Index (WI)*: Es un cuestionario elaborado por Pilowsky y que forma parte del más amplio cuestionario de conducta

de enfermedad (IBQ: Illness Behavior Questionnaire) de la misma autora. Evalúa las actitudes hipocondríacas y consta de 14 items. La puntuación de cada uno de ellos se realiza en una escala tipo Likert de 5 puntos (0-4) aunque originalmente se ha utilizado con respuesta dicotómica (SI-NO). Cubre tres dimensiones consideradas como los principales componentes de la hipocondría: la preocupación somática, el temor a la enfermedad o componente fóbico y el componente de creencia o sospecha de padecer una enfermedad (Pilowsky, 1967; Bianchi, 1973). Las características psicométricas son buenas (Pilowsky y Spence, 1983, citado en Mabe et al, 1988; Speckens et al, 1996).

- *Escala de Actitudes ante la Enfermedad* (EAE): Es un cuestionario de 29 items elaborado por Kellner con una escala para la puntuación tipo Likert de 5 puntos (0-4) salvo 5 items (22-26) que tienen una valoración cualitativa. Está compuesto por las siguientes subescalas con 3 items cada una: Preocupación por la enfermedad, Preocupación por el dolor, Hábitos de salud, Creencias hipocondríacas, Tanatofobia, Fobia a la enfermedad, Preocupación por el cuerpo, Experiencia con el tratamiento y Efecto de los síntomas. Kellner (1987) ha informado de una adecuada sensibilidad del instrumento para discriminar personas con hipocondría de otras con diferentes trastornos psicológicos sobre la base de las puntuaciones en las escalas de creencias de enfermedad y de fobia a la enfermedad. Otros autores también han informado de la fiabilidad y validez de este instrumento (Speckens et al, 1996).

- *Cuestionario de Molestias Corporales* (CMC): Compuesto por 19 molestias corporales diversas que se valoran en una escala de 5 puntos (0-4) que refleja la medida en que el sujeto se ha sentido molesto en las últimas semanas por cada uno de los síntomas (desde «Nada en absoluto» a «Mucho o extremadamente»). Este cuestionario está ex-

traído del SCL-90-R (Symptoms Checklist-90-R de Derogatis) correspondiéndose a la escala de somatización del mismo.

- *STAI-E-R*: Elaborado por Spielberger, Gorsuch y Lushene, consta de dos escalas separadas de autoevaluación que cuantifican dos conceptos distintos de la ansiedad: como estado actual (E) y como característica estable de la personalidad (R). En esta última forma se correspondería con la AN, siendo el STAI-R una medida apropiada de la misma como así reconocen Watson y Pennebaker (1989). Cada una de las escalas tiene 20 items que se puntúan entre 0 y 3. Las propiedades psicométricas del STAI en sus dos modalidades son buenas (Spielberger et al, 1970).

- *Beck Depression Inventory* (BDI): Este inventario está compuesto por 21 apartados con 4 afirmaciones cada uno que reflejan la ausencia o presencia en distintos niveles de intensidad de una variedad de síntomas depresivos. Fue elaborado por Beck, Ward, Mendelson, Mock y Erbugh en 1961 y los estudios acerca de sus propiedades psicométricas han demostrado que éstas son adecuadas (Kendall et al, 1987).

#### *Procedimientos estadísticos*

Se utilizó el coeficiente de correlación de Pearson para estimar las correlaciones existentes entre las distintas variables del estudio.

También se efectuó un análisis de Regresión Múltiple con el objeto de estimar la capacidad predictiva de un conjunto de variables introducidas en el análisis como variables independientes (Cuestionario de Molestias Corporales STAI-E, STAI-R e Inventario de Depresión de Beck) con respecto a las dos medidas de actitudes hipocondríacas que se emplearon. En el primer análisis la variable criterio fue el Whiteley Index (WI) y en el segundo la Escala de Actitudes ante la Enfermedad (EAE).

Resultados

En la tabla 1 se muestran las correlaciones entre las variables.

La Afectividad Negativa (AN), cuantificada con el STAI-R, correlacionó de manera significativa con la información de molestias corporales ( $r= 0,373$ ;  $p= 0,032$ ).

La Afectividad Negativa (AN) también correlacionó de manera significativa con

las dos medidas globales de Hipocondría utilizadas (Whiteley Index y Escala de Actitudes ante la Enfermedad). Con el primero la correlación es de 0,429 ( $p= 0,013$ ) y con el segundo de 0,511 ( $p= 0,002$ ). Sin embargo cuando se consideran las dimensiones específicas de fobia a la enfermedad y de creencias de enfermedad de ambos instrumentos, únicamente se encuentra correlación significativa con la escala de Creen-

*Tabla 1*  
Correlaciones entre las medidas de neuroticismo, molestias corporales, actitudes hipocondríacas, ansiedad y depresión

N= 33	WI	EAE	FE (WI)	CE (WI)	FE-EAE	CE-EAE	FE+CE	CMC	STAI E	STAI R	BDI
WI		0.535	0.575	.0610	0.325	0.304	0.366	0.365	0.213	0.429	0.076
p=		0.001	0.000	0.000			0.036	0.037		0.013	
EAE			0.426	0.410	0.650	0.590	0.727	0.548	0.351	0.511	0.341
p=			0.013	0.018	0.000	0.000	0.000	0.001	0.045	0.002	
FE-WI				0.192	0.106	0.245	0.190	0.034	0.195	0.238	-0.038
p=											
CE-WI					0.319	0.257	0.339	0.199	0.371	0.453	0.164
p=									0.033	0.008	
FE-EAE						0.485	0.907	0.627	0.160	0.332	0.227
p=						0.004	0.000	0.000			
CE-EAE							0.808	0.556	0.176	0.082	-0.010
p=							0.000	0.001			
FE+CE								0.690	0.193	0.263	0.148
p=								0.000			
CMC									0.274	0.373	0.292
p=										0.032	
STAI-E										0.701	0.706
p=										0.000	0.000
STAI-R											0.642
p=											0.000
BDI											
p=											

WI: Whiteley Index; EAE: Escala de Actitudes ante la Enfermedad; FE(WI): escala de Fobia a la Enfermedad del Whiteley Index; CE(WI): escala de Creencias de Enfermedad del Whiteley Index; FE(EAE): escala de Fobia a la Enfermedad de la Escala de Actitudes ante la Enfermedad; CE(EAE): escala de Creencias de Enfermedad de la Escala de Actitudes ante la Enfermedad; FE+CE: suma de las escalas de fobia a la enfermedad y creencias de enfermedad del EAE; CMC: cuestionario de molestias corporales; STAI-E: Cuestionario de ansiedad forma estado; STAI-R: Cuestionario de ansiedad forma rasgo; BDI: Inventario de depresión de Beck.

cias de enfermedad del WI ( $r= 0,453$ ;  $p= 0,008$ ).

Se encontró correlación significativa entre la medida de Afectividad Negativa (AN) y el afecto negativo actual evaluado con el STAI-E y el Inventario de Depresión de Beck (STAI-R - STAI-E:  $r= 0,701$  y STAI-R - Inventario de Depresión de Beck:  $r= 0,642$ ) así como entre las dos medidas de afecto negativo actual (STAI-E - Inventario de Depresión de Beck:  $r= 0,706$ ).

No se halló una correlación significativa entre las puntuaciones en las medidas de afecto negativo actual (STAI-E e Inventario de Depresión de Beck) y la medida de molestias corporales.

No se encontró correlación tampoco entre el inventario de Depresión de Beck y ninguna de las medidas globales o parciales de Hipocondría. Sí se encontró entre el STAI-E y la Escala de Actitudes ante la Enfermedad ( $r= 0,351$ ;  $p= 0,045$ ) así como entre el STAI-E y la dimensión de Creencias de enfermedad del Whiteley Index ( $r= 0,371$ ;  $p= 0,033$ ).

Cuando se emplearon medidas globales de Hipocondría como son el Whiteley Index y la Escala de Actitudes ante la Enfermedad, las correlaciones con la información de síntomas somáticos son significativas (Cuestionario de Molestias Corporales-Whiteley Index:  $r= 0,363$ ;  $p= 0,037$  y Cuestionario de Molestias Corporales-Escala de Actitudes ante la Enfermedad  $r= 0,548$ ;  $p= 0,001$ ). También fue significativa con las medidas parciales de la Escala de Actitudes ante la Enfermedad (EAE). Así, con la escala Fobia a la Enfermedad (EAE) fue de  $0,627$ , con la escala Creencias de enfermedad (EAE) de  $0,556$  y finalmente con la suma de ambas Fobia a la Enfermedad+Creencias de Enfermedad (EAE) de  $0,690$ .

En lo que se refiere al análisis de Regresión Múltiple, Las variables independientes, es decir, Cuestionario de Molestias Corporales (CMC), STAI-R, STAI-E e Inventario de Depresión de Beck (BDI) tuvieron con-

juntamente una capacidad predictiva del Whiteley Index (WI) a un nivel de significación F de  $0,0294$ , explicando alrededor de un 31% de la varianza. Sin embargo, la única variable de éstas con capacidad predictiva significativa fue el STAI-R, es decir la medida de Afectividad Negativa ( $T= 0,024$ ). El segundo análisis de Regresión en el que la variable criterio fue la Escala de Actitudes ante la Enfermedad (EAE), se encontró que estas mismas variables independientes tenían capacidad predictiva significativa (significación F= $0,0042$ ), explicando conjuntamente el 41% de la varianza. En este análisis el único predictor que emergió como significativo fue el CMC ( $T= 0,0130$ ).

Discusión

En relación al primer objetivo planteado y de modo consistente con estudios previos

Tabla 2  
Análisis de regresión múltiple

Variable dependiente: Whiteley Index (WI)				
Variable	B	SE B	T	SIG T
CMC	0.169	0.110	1.535	0.135
STAI-E	0.001	0.049	0.025	0.980
STAI-R	0.120	0.050	2.380	0.024
BDI	-0.290	0.188	-1.574	0.126
Múltiple R .....	:0.557		F= 3.151	
R-Square .....	:0.310		Signif. F= 0.029	
Variable dependiente: Escala de Actitudes ante la Enfermedad (EAE)				
Variable	B	SE B	T	SIG T
CMC	0.482	0.182	2.652	0.013
STAI-E	-0.006	0.081	-0.086	0.930
STAI-R	0.143	0.083	1.711	0.098
BDI	-0.010	0.310	-0.033	0.974
Múltiple R .....	:0.640		F= 4.8680	
R-Square .....	:0.410		Signif. F= 0.0042	
Adjusted R-Square .....	:0.325			
Standard Error .....	:8.770			

(Watson y Pennebaker, 1989; Costa y McCrae, 1985. para una revisión) se encuentra una correlación positiva significativa entre la medida de AN utilizada (STAI-R) y la de molestias corporales autoinformadas (Cuestionario de Molestias Corporales) ( $r=0,373$ ;  $p=0,032$ ). Watson y Pennebaker (1988) han señalado que las medidas del rasgo AN están invariablemente relacionadas con las puntuaciones en las escalas de quejas físicas, estando la mayoría de las correlaciones entre 0,30 y 0,50 y la consistencia de esta relación se refleja en que las correlaciones se mantienen a pesar de que los instrumentos utilizados para medir las variables sean diferentes en cuanto a número de ítems, formato de respuesta o tiempo evaluado. Esta correlación se interpretaría como un reflejo del aumento de cambios psicofisiológicos a medida que aumenta el Neuroticismo. Por otra parte, la introspectividad o atención autofocalizada vinculada al neuroticismo (Clark y Watson, 1988; Mechanic, 1986) haría más salientes sensaciones somáticas de otro modo no apreciables (Pennebaker, 1982). Cabe señalar aquí que la perturbación emocional puede estar asociada al desarrollo de perturbaciones somáticas diversas como es el caso de los diversos trastornos psicósomáticos y que actualmente se incluyen en las clasificaciones psicopatológicas como «condiciones psicológicas que afectan al estado físico». Kellner (1994) ha señalado diversos mecanismos fisiológicos a través de los que se producen los síntomas característicos de estos trastornos. Por otra parte, en los denominados trastornos somatoformes en los que no existe patología médica objetivable pero sí diversos síntomas somáticos, podrían operar estos mismos mecanismos como sugiere el hecho de estar frecuentemente asociados a perturbación emocional notable. Plantea Kellner, además, que aunque en los trastornos somatoformes a diferencia de los psicósomáticos no hay evidencia de alteración orgánica que

justifique los síntomas, los exámenes rutinarios empleados en la práctica médica pueden no ser lo suficientemente finos como para detectar los mecanismos fisiológicos a través de los que se producen los síntomas somáticos. Así pues, la mayor presencia de emociones negativas vinculadas a la AN puede estar en la base de las sensaciones corporales molestas también a niveles subclínicos a través de los mecanismos fisiológicos no diferentes a los que operan en trastornos psicósomáticos y somatoformes.

El segundo objetivo planteado, es decir, el examen de la relación AN general y la presencia de actitudes hipocondríacas, de modo análogo a otros estudios (Por ejemplo, Martínez Narváez y Belloch, 1993) ofrece correlaciones significativas entre la AN y los dos índices globales de hipocondría utilizados ( $r=0,429$ ;  $p=0,0013$  con el WI y  $r=0,511$ ;  $p=0,002$  con el EAE). Este resultado es indicativo de que la AN no solo se asocia a un mayor nivel de estimulación interna relacionada con estados emocionales negativos o una mayor propensión, por la atención autofocalizada, a apreciarla, sino que también parece reflejar la presencia del componente cognitivo-evaluativo negativamente sesgado. Es decir, las sensaciones corporales será más fácil que sean juzgadas como más perturbadoras o amenazantes a medida que aumenta la AN. Esta interpretación de la relación encontrada AN-Preocupación somática no niega la posibilidad de que el afecto negativo en sí mismo pueda producir alteraciones fisiológicas (como antes se indicó) o que las propias alteraciones fisiológicas den lugar a que surja emocionalidad negativa. Lo que se plantea es que a medida que aumenta la AN aumenta la propensión a exagerar o reaccionar excesivamente a alteraciones fisiológicas que, por otra parte, pueden estar relacionadas con problemas de salud legítimos.

En cuanto al análisis de la asociación AN-síntomas emocionales actuales (tercer objeti-

vo) se encontró que la correlación del STAI-R (como medida de AN) con el STAI-E (como medida de síntomas de ansiedad actuales) fue de 0,701 y con el BDI (como medida de síntomas depresivos actuales) de 0,642. Este resultado es esperable dado que la AN refleja una tendencia general a experimentar estados emocionales negativos y consecuentemente existirá una mayor facilidad para que las personas altas en AN informen de síntomas emocionales actuales en esa dirección.

No se encontró correlación significativa entre molestias corporales y síntomas emocionales de estado a diferencia de estudios como los que recogen Watson y Pennebaker (1988) o el de Martínez Narváez y Belloch (1993) en que sí se encuentra tanto en lo que se refiere a síntomas de ansiedad como a síntomas depresivos. Cabe señalar que la medida de molestias somáticas utilizada por estas últimas autoras fue la escala de Hipocondría del MMPI, escala compuesta por un conjunto de 33 molestias corporales a las que se responde dicotómicamente (V o F), a diferencia de la utilizada en el presente estudio, que, como se comentó anteriormente fue la escala de somatización del SCL-90-R. El resultado presente se interpreta como indicativo de que los estados emocionales negativos a pesar de tener un componente de arousal fisiológico o vegetativo no es suficiente para que se refleje en puntuaciones incrementadas en el Cuestionario de Molestias Corporales.

El análisis correlacional de estados emocionales negativos actuales y actitudes hipocondríacas refleja una ausencia de correlación significativa salvo cuando la medida de las actitudes hipocondríacas es la EAE y el estado emocional actual es Ansiedad (STAI-E) ( $r= 0,351$ ;  $p= 0,045$ ).

Ambos resultados, ausencia de correlación y correlación limitada entre estados emocionales negativos actuales y molestias somáticas y/o actitudes hipocondríacas, pueden interpretarse como indicativos de

que los cambios fisiológicos (asociados a los estados emocionales) no son suficientes para ser informados y categorizados como molestos y perturbadores. No obstante, aunque no significativa, sí existe correlación positiva entre ambas variables, tanto molestias corporales como actitudes hipocondríacas alcanzan correlaciones de alrededor de 0,25, dentro del rango 0,20-0,40 señalado por Watson y Pennebaker (1988) en su revisión de trabajos. Esta correlación limitada podría interpretarse como un reflejo de la influencia común que sobre ambos grupos de variables (molestias corporales-actitudes hipocondríacas y afecto negativo actual) ejerce la AN. En poblaciones clínicas se ha constatado que los pacientes hipocondríacos presentan frecuentemente síntomas emocionales de ansiedad y depresión (Por ejemplo, Robbins y Kirmayer, 1996; Noyes, 1994). De acuerdo a la visión dimensional de la preocupación somática esta relación debería mantenerse a niveles subclínicos. Sin embargo, los resultados sólo confirman parcialmente esta hipótesis. El STAI-E correlaciona de modo significativo con la medida de hipocondría general EAE ( $r= 0,351$ ;  $p= 0,045$ ) pero no con el WI. De las medidas parciales de Hipocondría únicamente la subescala de Creencias de enfermedad (CE) del WI correlaciona significativamente con el STAI-E ( $r= 0,371$ ;  $p= 0,033$ ). En cuanto a la otra medida de síntomas emocionales actuales, el BDI, no correlaciona de modo significativo con ninguna de las medidas, globales o parciales, de Hipocondría. Este resultado es coherente con el anterior, es decir, el que indica la ausencia de correlación significativa entre síntomas emocionales actuales y molestias corporales. Ambos resultados tomados conjuntamente pondrían de manifiesto el hecho obvio de que una persona se puede sentir transitoriamente perturbada en la dirección de un aumento de la sintomatología ansiosa o depresiva sin que por ello las sensaciones corporales asocia-



das a estas emociones sean de la entidad suficiente como para llamar su atención y convertirse en un foco de preocupación o que ésta (la preocupación) no sea lo suficientemente intensa como para llevar a un aumento claro en las medidas de hipocondría. Así, no es la emocionalidad negativa per se lo que se asocia a preocupación somática sino que es (al margen de la influencia de otros factores no contemplados en este estudio) una tendencia general a hacer valoraciones de tipo negativo (acerca de uno mismo y de la realidad) y que se asocia a presencia de estrés emocional crónico.

Finalmente, con respecto al estudio de la relación entre presencia de síntomas somáticos y actitudes hipocondríacas, Barsky considera que las actitudes hipocondríacas están estrechamente relacionadas con la tendencia a la amplificación somatosensorial, es decir, las personas con tales actitudes tendrían una mayor facilidad para detectar, atender y valorar como perturbadoras diversas sensaciones corporales (Barsky, 1988, 1990a, 1990b, 1992) que plantea la relación entre las actitudes hipocondríacas y un estilo cognitivo-perceptual amplificador. En otras palabras, se sugiere que es igualmente posible que la mayor presencia de molestias corporales favorezca el desarrollo de actitudes hipocondríacas como que éstas hagan que la persona esté más atenta a su estado corporal, detecte más sensaciones y las clasifique como perturbadoras. Ambos procesos no son en absoluto antagónicos y reflejan la acción conjunta de procesos abajo-arriba (bottom-up) y arriba-abajo (top-down). En todo caso, es esperable que se de una asociación consistente entre actitudes hipocondríacas y molestias corporales a través de amplificación somatosensorial. Esta expectativa se vio confirmada, especialmente con la Escala de Actitudes ante la Enfermedad (EAE) y las medidas parciales derivadas de la misma. Así la EAE alcanzó un coeficiente de correlación con el Cuestionario Molestias Corporales (CMC)

de 0,548 ( $p=0,001$ ), la escala Fobia a la Enfermedad del EAE de 0,627, la escala Creencias de Enfermedad EAE de 0,556 ( $p=0,001$ ) y finalmente la combinación de ambas dimensiones de 0,690. El WI también correlacionó significativamente con el CMC ( $r=0,365$ ;  $p=0,037$ ) pero no así las dimensiones específicas Fobia a la Enfermedad del WI y Creencias de Enfermedad (WI) de este instrumento.

Por lo que se refiere a los resultados obtenidos en el análisis de regresión múltiple se pueden hacer las siguientes consideraciones: En primer lugar, la capacidad predictiva de las variables independientes es diferente según la variable criterio sean las actitudes hipocondríacas evaluadas con el WI o con la EAE. Ello refleja que, a pesar de existir correlación significativa entre ambos instrumentos ( $r=0,535$ ;  $p=0,001$ ) que apoyaría su validez convergente, WI y EAE no evalúan exactamente el mismo concepto. El examen de los ítems y dimensiones que contienen lleva a considerar al WI como una medida más restringida de las actitudes hipocondríacas recogiendo las tres dimensiones básicas de la Ansiedad acerca del estado de salud. Por su parte, en la EAE se recogen otras dimensiones tales como la Experiencia con el tratamiento, Hábitos de salud, Tanatofobia o Efecto de los síntomas en el funcionamiento personal que explicarían la disparidad encontrada en el análisis de regresión múltiple y el que no se hallara una correlación más elevada entre ambos instrumentos. En segundo lugar, mientras que en la predicción de la preocupación somática evaluada con el WI, la variable con mayor peso es la AN (STAI-R), en su predicción utilizando el EAE son las molestias corporales (CMC). De acuerdo a lo señalado en el primer punto, la AN parece tener más importancia cuando el concepto de hipocondría no se amplía con la introducción de las dimensiones accesorias indicadas. Por otra parte, perdería peso, de modo inverso a las

molestias corporales cuando el concepto de Preocupación somática es más global. Finalmente, la capacidad predictiva de las variables independientes para ambas variables dependientes aunque significativa es baja lo que indica la existencia de otras variables, no contempladas en el estudio que pueden ser importantes a la hora de predecir el grado de preocupación somática.

Antes de concluir hay que señalar algunas limitaciones metodológicas. En primer lugar queremos destacar que el tamaño de la muestra no permite garantizar que la población general esté, al menos a nivel estadístico, correctamente representada y, en consecuencia, la generalización de los resultados del trabajo está sujeta a esta importante consideración. Así, los datos obtenidos (como se ha ido señalando en cada caso) se han comparado siempre con los recogidos por otras investigaciones con el propósito de aportar posibles explicaciones, tanto en los puntos de coincidencia como en las discrepancias y, en modo alguno, conclusiones definitivas. En segundo lugar, la recogida de información se realizó en un centro de reconocimiento de conductores y, aunque se expuso claramente el propósito del estudio, se podría plantear que los sujetos distorsionaron sus respuestas por el contexto general de examen en el que se solicitó su colaboración. No obstante, el hecho de que los resultados sean similares a los encontrados en otros estudios aumenta la confianza en los mismos. Por otra parte, en un estudio exploratorio previo acerca de actitudes relacionadas con la salud-enfermedad realizado entre estudiantes de 3º curso de Psicología de la universidad de Oviedo (N=86) utilizando la EAE se encontró que la media fue de 27,74 (DE=10,48) muy similar a la obtenida en este estudio (28,48; DE=10,52).

Otra limitación está relacionada con la carencia de un criterio de salud objetivo, en tanto que cabría considerar la hipótesis alternativa de que es la salud más precaria la

que conduce a una presencia incrementada de molestias corporales, preocupaciones por la salud y a niveles más elevados de malestar emocional. No obstante, en contra de esta hipótesis, los trabajos en que esta variable (salud objetiva) es controlada indican la relación entre AN y molestias corporales y preocupaciones somáticas independientemente del estado de salud objetivo de la persona (Watson y Pennebaker, 1988; Costa y McCrae, 1985).

Concluyendo, los datos recogidos apoyan, en particular, la estrecha relación entre la Afectividad Negativa y las actitudes hipocondríacas. Y aún cuando son muy interesantes las implicaciones clínicas que pueden derivarse, por ejemplo, en relación a la tolerancia a las sensaciones físicas, no queda claro en qué medida y cómo los estados emocionales median en el establecimiento de la hipocondría. Por lo demás, como se ha ido revelando, la compleja interacción entre factores explicativos (fisiológicos, emocionales o estrictamente comportamentales) sugiere la conveniencia de investigaciones que analicen sobre muestras amplias el papel que desempeñan en el desarrollo de los distintos componentes del trastorno hipocondríaco, los estilos de respuesta de los sujetos en relación con condiciones que parecen especialmente relevantes como la presencia de trastornos de ansiedad o afectivos, el estado de salud objetivo, la experiencia previa con la enfermedad y su tratamiento, la exposición a situaciones de riesgo o amenaza real para la salud, las creencias acerca de la salud-enfermedad, las conductas de enfermedad y las contingencias sociales y sanitarias que potencialmente mantendrían el trastorno y que, en definitiva, permitiría una mejor caracterización del sujeto hipocondríaco.

#### Nota

Este trabajo ha sido parcialmente financiado por la DIGICYT (PS94/0146)

## Referencias

- Apley, J y Hale, S (1973). Children with recurrent abdominal pain: How do they grow up? *British Medical Journal*, 3, 7-9.
- Avia, M. D. (1993). *Hipocondría*. Madrid: Martínez Roca.
- Barsky, A.J., Goodson, J. D., Lane, R. S. y Cleary, P. D. (1988). The amplification of somatic symptoms. *Psychosomatic Medicine*, 50, 510-519.
- Barsky, A. J. y Wyshak, G. (1989). Hypochondriasis and related health attitudes. *Psychosomatics*, 30, 4, 412-420.
- Barsky, A. J., Wyshak, G., Klerman, G. y Lathan, K. (1990). The prevalence of hypochondriasis in medical outpatients. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 25, 89-95.
- Barsky, A. J. y Wyshak, G. (1990a), Hypochondriasis and somatosensory amplification. *British Journal of Psychiatry*, 157, 404-409.
- Barsky, A. J., Wyshak, G. y Klerman, G. (1990b). Transient hypochondriasis. *Archives of General Psychiatry*, 47, 746-752.
- Barsky, A. J. (1992). Amplification, somatization, and the somatoform disorders *Psychosomatics*, 33, 1, 28-34.
- Barsky, A. J. (1993). The course of transient hypochondriasis. *American Journal of Psychiatry*, 150, 3, 484-488.
- Barsky, A. J. (1995). Somatoform disorders and personality traits. *Journal of Psychosomatic Research*, 39, 4, 399-402.
- Bass, C y Murphy, M. (1995). Somatoform and personality disorders: syndromal comorbidity and overlapping developmental pathways. *Journal of Psychosomatic Research*, 39, 4, 403-427.
- Bianchi, G. (1973). Patterns of hypochondriasis: a principal component analysis. *British Journal of Psychiatry*, 122, 541-548.
- Clark, L. A. y Watson, D. (1991). General affective dispositions in physical and psychological health. En C. R. Snyder y D. R. Forsyth (ed.). *Handbook of social and clinical Psychology: The health perspective*. Nueva York: Pergamon Press.
- Costa, P. T. y McCrae, R. R. (1985). Hypochondriasis, Neuroticism and aging: when are somatic complaints unfounded?. *American Psychologist*, 40, 1, 19-28.
- Karolly, P. y Lecci, L. (1993). Hypochondriasis and somatization in college women: a personal project analysis. *Health Psychology*, 12, 2, 103-109.
- Kellner, R. (1985). Functional somatic symptoms and hypochondriasis: a survey of empirical studies. *Archives of General Psychiatry*, 42, 821-833.
- Kellner, R. (1987). Fears, beliefs and attitudes in DSM-III hypochondriasis. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 175, 20-25.
- Kellner, R., Abbot, P., Winslow, W. y Pathak, D. (1989). Anxiety, depression and somatization in DSM-III hypochondriasis. *Psychosomatics*, 30, 1, 57-63.
- Kellner, R. (1990), somatization: theories and research. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 178, 3, 150-160.
- Kellner, R., Hernández, J. y Pathak, D. (1992). Hypochondriacal fears and beliefs, anxiety and somatization. *British Journal of Psychiatry*, 160, 525-532.
- Kellner, R. (1994). Psychosomatic syndromes, somatization and somatoform disorders, *Psychotherapy and Psychosomatics*, 61, 4-14.
- Kendall, P. C. (1987). Issues and recommendations regarding use of the Beck Depression Inventory. *Cognitive Therapy and Research*, 11, 289-299.
- Kenyon, F. (1976). Hypochondriacal states. *British Journal of Psychiatry*, 129, 1-14.
- Kirmayer, L. J. y Robbins, J. M. (1990). Three forms of somatization in primary care: prevalence, co-occurrence and sociodemographic characteristics. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 179, 11, 647-655.
- Leventhal, H., Diefenbach, M. Y Leventha, E. A. (1992). Illness cognition: using common sense to understand treatment adherence and affect-cognition interactions. *Cognitive Therapy and Research*, 16, 2, 143-163.
- Lipowski, Z. (1990). Somatization and depression. *Psychosomatics*, 31, 1, 13-20.
- Mabe, P. A., Hobson, D. P., Jones, L. R. y Jarris, R. G. (1988). Hypochondriacal traits in medical inpatients. *General Hospital Psychiatry*, 10, 236-244.
- Martínez Narváez, P. y Belloch, A. (1993). Relaciones entre los miedos y creencias hipocondríacas con ansiedad, depresión y síntomas

- somáticos. *Análisis y Modificación de Conducta*, 18, 66, 461- 478.
- Mechanic, D. (1972). Socio-psychological factors affecting the presentation of bodily complaints. *The New England Journal of Medicine*, 25, 1132-1139.
- Mechanic, D. (1986). The concept of illness behavior: culture, situation and personalpredisposition. *Psychological Medicine*, 16, 1-7.
- Moss, R. A. (1986). The role of learning history in current sick-role behavior and assertion. *Behavior Research and Therapy*, 24, 6, 681-683.
- Noyes, R., Kathol, R. G., Fisher, M. M., Philips, B. M., Suelzer, M. T. y Woodman, C. L. (1994). Psychiatric comorbidity among patients with hypochondriasis. *General Hospital Psychiatry*, 16, 78-87.
- Pennebaker, J. W. (1982). *The Psychology of physical symptoms*. Nueva York. Springer Verlag.
- Pilowsky, I. (1967). Dimensions of Hypochondriasis. *British Journal of Psychiatry*, 113, 89-93.
- Pilowsky, I. (1969). Primary and secondary hypochondriasis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 46, 273-285.
- Salkovskis, P. M. y Warwick, H. (1986). Morbid preoccupations, health anxiety and reassurance: a cognitive-behavioral approach to hypochondriasis. *Behavior Research and Therapy*, 24, 5, 597-602.
- Salkovskis, P. M. (1988). Somatic problems. En: Hawton (Ed). *Cognitive-behavior therapy for psychiatric problems*. Oxford: University Press.
- Schwartz, G. E. (1994). The influence of life stress, personality and learning history on illness behavior. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 25, 2, 135-142.
- Speckens, A. E., Spinhoven, P. P., Sloekens, J. H., Bolk, J. H. y Hemert, A. M. (1996). A validation study of the Whiteley Index, the Illness Attitudes Scales, and the Somatosensory Amplification Scale in general medical and general practice patients. *Journal of Psychosomatic Research*, 40,1, 95-104.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L. y Lushene, R. E. (1988). *STAI: cuestionario de ansiedad Estado-Rasgo*. Madrid: TEA.
- Starcevic, V. (1990). Relationship between hypochondriasis and obsessive-compulsive personality disorder: close relatives separated by nosological schemes?. *American Journal of Psychotherapy*, 44, 3, 340-347.
- Turkat, I. D. y Noskin, D. E. (1983). Vicarious and operant experiences in the etiology of illness behavior: A replication with healthy individuals. *Behavior Research and Therapy*, 21, 2, 169-172.
- Tyrer, P., Fowler-Dixon, R., Ferguson, B. y Kelemen, A. (1990). A plea for the diagnosis of hypochondriacal personality disorder. *Journal of Psychosomatic Research*, 34, 6, 637-642.
- Warwick, H. (1989). A cognitive-behavioral approach to hypochondriasis and health anxiety. *Journal of Psychosomatic Research*, 33,6, 705-711.
- Warwick, H. y Salkovskis, P. M. (1990). Hypochondriasis. *Behavior Research and Therapy*, 28, 2, 105-117.
- Watson, D. y Pennebaker, J. W. (1989). Health complaints, stress and distress: Exploring the central role of negative affectivity. *Psychological Review*, 96, 2, 234-254.
- Wooley, S. C., Blackwell, B. y Winget, C. (1978). A learning theory model of chronic illness behaviors: Theory, treatment and research. *Psychosomatic Medicine*, 40, 379-401.