

## Factores asociados a preocupación hipocondríaca en pacientes de un Centro de Salud de Atención Primaria

Rafael Fernández Martínez y Concepción Fernández Rodríguez\*  
Unidad de Salud Mental del Salnés (Vilagarcía de Arousa) y \* Universidad de Oviedo

Dos grupos de pacientes de un centro de Atención Primaria formados sobre la base del cumplimiento o no de 4 criterios para la definición de alta ansiedad por la salud, fueron evaluados en un conjunto de variables en dos momentos. La comparación intra e inter grupos y los análisis de regresión, indicaron que en diversas características (entre ellas: malestar emocional, somatización y experiencias concretas relacionadas con la enfermedad a lo largo de la vida) el grupo de sujetos con alta ansiedad por la salud (GAS;n=25) difería del grupo control (GC;n=60). En el seguimiento, al año, se observó una marcada estabilidad de las actitudes hipocondríacas. Sin embargo, en la mitad de los sujetos del GAS la ansiedad por la salud había disminuido de modo que ya no cumplían los criterios de clasificación. Estos sujetos con preocupación hipocondríaca transitoria, aunque mostraron en el seguimiento algunas características distintivas con respecto al grupo con preocupación mantenida, también tendían a diferenciarse de los del GC. La preocupación hipocondríaca parece asociarse a la cronificación del malestar físico y alteraciones emocionales.

*Factors related to the hypochondriacal worry in Primary Care.* Two groups of patients from a Primary Care Center, which had been formed taking as a basis the fulfilment of 4 criteria for the definition of high health anxiety, were evaluated, according to a number of variables, in two periods. The results showed that in different variables (as emotional distress, somatization and several experiences related to disease all through their lives), the group of patients with high health anxiety (GAS;n=25) differed from the control group (GC;n=60). One year later, in the follow-up, a remarkable stability of the hypochondriacal attitudes was observed. Nevertheless, in 50% of the patients from GAS the health anxiety had diminished so that they didn't fulfil the criteria of the classification. The patients with transient hypochondriacal worry, in spite of showing some distinctive characteristics in the follow-up, unlike the group with continuous worry, also tended to differ from control group. Hypochondriacal worry was associated with persistent physical and emotional distress.

La hipocondría se incluye en las clasificaciones psicopatológicas actuales (DSM-IV y CIE-10) entre los trastornos somatoformes. Es decir, entre aquellas condiciones caracterizadas por la presencia de sintomatología física para la que los exámenes y pruebas médicas no revelan una alteración orgánica que la justifique o, de existir, es claramente desproporcionada a lo que cabría esperar por los hallazgos biomédicos. La clasificación de la hipocondría en este grupo de problemas, aunque se justifica por la presencia frecuente de síntomas físicos médicamente inexplicados, se ha cuestionado en la medida que el rasgo central de la hipocondría es la preocupación o ansiedad en relación con el estado de salud más que la presencia de molestias corporales inexplicadas. Así, el trastorno hipocondríaco de la clasificación psiquiátrica podría concebirse como el extremo de un continuo de ansiedad por la salud (Warwick y Sal-

kovskis, 1990). A niveles de intensidad menor, la ansiedad por la salud puede tener interés por su asociación con otros rasgos clínicos tales como elevado malestar emocional, mayor presencia de trastornos emocionales a lo largo de la vida y afectación en el funcionamiento diario y en la calidad de vida (Robbins y Kirmayer, 1996). Además, las preocupaciones hipocondríacas pueden ser un predictor importante del mantenimiento de síntomas emocionales y síntomas somáticos (Tyler, Seivewright y Seivewright, 1999).

El interés del estudio de la preocupación hipocondríaca también se deriva del hecho de que es un problema relativamente frecuente en contextos médicos. La prevalencia de trastorno hipocondríaco en servicios de Atención Primaria se encuentra entre el 3% y 6% (Escobar, Gara, Waitzkin, Silver, Holman y Comp-ton, 1998; García Campayo, Lobo, Pérez Echeverría y Campos, 1998). Cuando se considera una definición más amplia de preocupación hipocondríaca la prevalencia en Atención Primaria se sitúa entre el 8% y el 20% (Robbins y Kirmayer 1996; Hollifield, Paine, Tuttle y Kellner, 1999). A pesar de su indudable interés algunos autores consideran que el estudio de estos problemas no se corresponde a lo que la prevalencia y consecuencias personales y sanitarias justificaría.

En la presente investigación se parte de un concepto dimensional de la ansiedad por la salud y de la relevancia, por las razones apuntadas, de la consideración de formas menos severas del continuo. Se asume, en concreto, una definición de preocupación hipocondríaca con cuatro elementos: (1) Episodios frecuentes de preocupación acerca de una o más enfermedades graves (informe de al menos un episodio de preocupación a la semana o temporadas con preocupaciones a diario). (2) Durante los episodios de preocupación, la creencia en padecer o la percepción de riesgo de contraer la enfermedad grave temida es al menos moderada (autoinforme del sujeto de 2 en una escala Likert 0-4). (3) Las preocupaciones ocasionan un malestar emocional al menos moderado (autoinforme de 2 en cualquiera de las dos escalas Likert 0-4 de ansiedad y ánimo deprimido). (4) Las preocupaciones han conducido a la búsqueda de atención médica. Por lo que se refiere a la comprensión de estos problemas, se hipotetiza la influencia de varios factores que podrían ser categorizados como predisponentes, desencadenantes y de mantenimiento. (Kellner, 1986; Lipowski, 1988).

El propósito central del estudio fue la caracterización clínica de un grupo de pacientes de un centro de salud de Atención Primaria con notable preocupación hipocondríaca (tal y como arriba fue definida) y el acercamiento a algunos de los factores que en la literatura psicológica se han vinculado a la hipocondría (tales como experiencias previas relacionadas con la enfermedad, estados emocionales negativos y somatización y conducta de enfermedad). Por otra parte, se realizó un seguimiento de un año con el objetivo de observar el curso de la ansiedad por la salud e identificar posibles factores relacionados con su atenuación o mantenimiento.

#### Método

##### Muestra

Un total de 252 pacientes del Centro de Salud de Atención Primaria de Vilagarcía de Arousa, que cuenta con 16 médicos que atienden a una población de 33.724 habitantes, cumplieron el cuestionario Whiteley Index (WI) de medida de actitudes hipocondríacas. Los criterios de inclusión fueron: edad comprendida entre 16 y 75 años, capacidad para leer y escribir y ausencia de déficit (sensoriales, motores o intelectuales) que imposibilitaran la realización de las evaluaciones. Únicamente fue propuesta la participación a los pacientes cuya consulta fuera auto-iniciada por algún problema médico. En el caso de 8 sujetos a los que se les administró el WI se observaron errores diversos en su cumplimentación por lo que fueron excluidos del estudio.

Otros 14 sujetos, participantes en un estudio piloto previo, fueron también incluidos en los análisis. En la evaluación inicial de estos sujetos se emplearon los mismos procedimientos que en el resto. La muestra final quedó formada, por tanto, por 258 sujetos.

#### Instrumentos y medidas

*Whiteley Index (WI)*: Elaborado por Pilowsky (1967), está compuesto por 14 ítems a través de los que se valoran tres dimensiones consideradas los componentes principales de la hipocondría (Pilowsky, 1967; Bianchi, 1973): creencias de enfermedad, fobia a la enfermedad y preocupación corporal. Se ha informado que con formato de respuesta dicotómica puntuaciones iguales o superiores a 40 son predictivas de hipocondría clínica. Por lo demás, es

una medida fiable, válida y con una adecuada consistencia interna (Barsky, Wyshak, Spitzer, Williams y Klerman, 1992).

*Cuestionario Preocupación por la Enfermedad (CPE)*: Fue elaborado por Kirmayer y Robbins a partir de ítems del cuestionario de conducta de enfermedad de Pilowski. Valora la creencia de que se padece o se es vulnerable a alguna enfermedad grave. Está compuesto por 9 ítems y el modo de respuesta es dicotómico (Si-No). Robbins y Kirmayer (1996) informan de una estabilidad con un intervalo de 12 meses de 0,64, una consistencia interna (alfa de Crombach) de 0,70 y una alta correlación con el WI de Pilowsky ( $r=0,82$ ).

*Escala de Actitudes ante la Enfermedad (EAE)*: Elaborada por Kellner (1986) y compuesta por 29 ítems que son valorados en una escala Likert de 5 puntos (0-4) excepto dos ítems (22 y 26) que hacen referencia a problemas de salud y tratamientos actuales y que consisten en preguntas abiertas. El análisis racional del cuestionario indica la existencia de nueve escalas, cada una compuesta por tres ítems. Análisis factoriales del instrumento identifican una dimensión general de ansiedad por la salud (Speckens, Spinhoven, Sloeskers, Bolk y Hemert, 1996). En el estudio presente se consideraron tanto las medidas específicas como la medida general de ansiedad por la salud. Varios estudios ponen de manifiesto que las características psicométricas del EAE son aceptables (Dammen, Friis y Ekeberg, 1999; Stewart y Watt, 2000).

*STAI-R*: El Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo de Spielberger es una de las medidas de ansiedad más utilizadas (Spielberger, 1989, cit. Bieling, Antony y Swinson, 1998). En el estudio presente se empleó la versión rasgo del cuestionario. Pese a su nombre, el análisis de los ítems que lo componen indica que lo que evalúa no es sólo ansiedad sino malestar emocional general. Algunos autores (Watson y Pennebaker, 1989; Bieling, Antony y Swinson, 1998), en tal sentido, consideran el STAI-R como una medida de Afectividad Negativa más que como una medida específica de ansiedad.

*HADS (Hospital Anxiety and Depression Scales)*: Construido por Zigmond y Snaith (1983) y compuesto por 14 ítems, 7 referidos a síntomas de ansiedad y 7 a síntomas depresivos. Las instrucciones especifican que la valoración de los distintos ítems se refieren a la última semana. No contiene ítems relativos a sintomatología neurovegetativa propia de estos estados emocionales. Por el contrario, los ítems se circunscriben a aspectos experienciales o subjetivos. Tiene una buena aceptabilidad, validez, fiabilidad y consistencia interna (Herrman, 1997).

*Cuestionario de Molestias Corporales (CMC)*: Está compuesto por 16 molestias o síntomas corporales posibles. Cada uno de los síntomas es valorado en una escala de 5 puntos (0-4) que va desde «Nada en absoluto» a «Mucho o extremadamente». Las instrucciones indican que la valoración se refiere a «las últimas semanas, incluyendo el día de hoy». El cuestionario está extraído del SCL-90-R (Symptoms Checklist-90-R de Derogatis) correspondiéndose a la escala de somatización del mismo.

*Cuestionario de Calidad de Vida (CCV)*: Construido por Ruiz y Baca (1993) y formado por 39 ítems que hacen referencia a diversos aspectos de la vida cotidiana relacionados con el concepto de calidad de vida. Cada ítem se puntúa en una escala de 5 puntos (1-5) que refleja el grado de satisfacción actual con el aspecto particular valorado (Nada-Mucho). En el análisis de componentes principales realizado por los autores se encontró una estructura de cuatro factores: (1) Apoyo social, (2) Satisfacción o bienestar general, (3) Bienestar físico/psicológico y (4) Ausencia de sobrecar-

ga laboral/tiempo libre. Las características psicométricas del cuestionario son aceptables (Ruiz y Baca, 1993).

*Protocolo de entrevista estructurada:* La información recogida con la entrevista fue acerca de las siguientes condiciones. Para cada una, se ponderaron las repuestas conforme a una escala tipo Likert (0-4), o bien se puntuaron 0 ó 1 cuando se pedía información acerca de la ocurrencia o no de un acontecimiento. a) Valoración del estado subjetivo de salud; b) Datos sociodemográficos: edad, estado civil, situación laboral y estudios; c) Satisfacción con el diagnóstico, tratamiento e información proporcionada por el médico; d) Molestias físicas actuales frecuentes, frecuencia, intensidad, antigüedad, curso y áreas de la vida diaria afectadas a causa de los síntomas; e) Problemas de salud en familiares de primer grado; f) Muertes entre familiares (desde los 5 años previos a la evaluación inicial y el período de seguimiento); g) Tendencia a tener problemas de salud, consultas médicas, limitaciones en la vida diaria a causa de problemas de salud y a tener atenciones especiales por problemas de salud a lo largo de la infancia (hasta los 18 años); h) Problemas de salud en general y graves en particular; i) ansiedad por la salud (aspectos cognitivos, emocionales, conductuales y contextuales vinculados); j) Acontecimientos estresantes en el transcurso del último año; k) Uso de servicios de salud.

*Valoraciones del médico:* Dos médicos del Centro de Salud, a través de una escala de cinco puntos, realizaron las siguientes valoraciones: amenaza para la vida del estado de salud del paciente (desde ausencia a amenaza grave), limitaciones funcionales derivadas del estado de salud del paciente (desde ausencia a limitación severa), molestias excesivas (desde ausencia hasta molestias muy desproporcionadas) y preocupaciones excesivas (desde ausencia a preocupación muy desproporcionada para el estado de salud). Las últimas dos valoraciones únicamente fueron realizadas para los pacientes conocidos por el médico. En el caso de los pacientes de otros médicos, la evaluación se realizó basándose solo en la información registrada en la Historia clínica del Centro de Salud y se circunscribió a las dos cuestiones primeras.

*Revisión de la historia clínica de Atención Primaria:* De las historias clínicas se obtuvo la siguiente información: problemas de salud recogidos en la lista de problemas, número de consultas y pruebas clínicas (por ejemplo, analíticas, radiografías o electrocardiogramas) y referencias en las notas médicas a problemas de tipo psicológico o psicosocial y tratamientos centrados en tales problemas. Se consideraron los dos años previos a la evaluación inicial y el año posterior a la misma.

#### Procedimiento

Dos médicos y dos enfermeras del centro de salud se encargaron de la selección de los sujetos. En el caso de los sujetos seleccionados por el médico, éste, al finalizar la consulta, propuso al paciente la participación en un estudio acerca de «la percepción del estado de salud», tal que le entregaba un cuestionario de screening (WI) que era cumplimentado en la sala de espera para serle posteriormente entregado al médico. Se convino proponer la participación a aquellos sujetos cuya consulta coincidiera con horas prefijadas. En el caso del otro grupo, la enfermera propuso la participación a pacientes de otros médicos que esperaban ser consultados. A diferencia del grupo seleccionado por los médicos, no hubo en este caso un criterio de selección de los pacientes. Doscientos dieciséis pacientes fueron seleccionados por los médicos mientras que 42 sujetos lo fueron por las enfermeras.

A todos los sujetos con una puntuación de 40 o más en el WI (n=57) que fue posible localizar telefónicamente se les propuso la participación en el estudio. Aquellos que aceptaron fueron citados en el centro de salud donde primero se realizó la entrevista estructurada para posteriormente, en la misma consulta, cubrir los diversos instrumentos de evaluación. Finalmente, fueron 27 los sujetos que completaron la evaluación (30 rechazaron participar, no acudieron a la cita o no pudieron ser localizados) que duró alrededor de una hora.

Para la selección de los sujetos con una puntuación inferior a 40 en el WI (n=187) se utilizó una tabla de números aleatorios. Setenta y dos sujetos no fueron citados, 66 rechazaron participar o no acudieron a la cita y en el caso de 5 la evaluación no pudo completarse. Así, quedaron 44 con los que completó, del mismo modo que en el primer grupo, la evaluación inicial.

Otros 14 sujetos de un estudio piloto que cubrieron el «cuestionario de preocupaciones por la enfermedad» de Kirmayer y Robbins (1996) también realizaron la evaluación inicial.

Se formaron dos grupos de sujetos según cumplieran o no los cuatro criterios de ansiedad por la salud referidos previamente. Al primer grupo se le denominó Grupo de Ansiedad por la Salud (GAS) y al segundo Grupo Control (GC). El GAS quedó formado por 25 y el GC por 60 sujetos.

El intervalo temporal medio entre la selección inicial en el centro de salud y la cita para la evaluación inicial fue de 1 mes y medio aproximadamente. No hubo diferencias en el intervalo entre los sujetos del GAS y GC.

Alrededor de un año después se volvió a llamar a los participantes para realizar la evaluación de seguimiento. La media del intervalo fue de 11,34 meses. Tampoco hubo diferencias entre grupos en la duración del intervalo. En la segunda evaluación se emplearon los mismos cuestionarios y el mismo protocolo de entrevista estructurada. Además se revisó en las historias clínicas de Atención Primaria el número de consultas y pruebas, referencias a problemas psicológicos y diagnósticos médicos registrados a lo largo de los 2 años previos a la evaluación inicial y el año posterior a ésta. También, en este momento, se solicitó la evaluación del médico en las dimensiones siguientes: amenaza para la vida de los problemas de salud, grado de limitación funcional relacionada con el estado de salud y grado de preocupación y expresión de síntomas «excesiva» en relación con el estado objetivo de salud. El médico realizó las valoraciones sin conocimiento de los resultados de las evaluaciones previas.

Setenta sujetos participaron en el seguimiento: 21 de los 25 del GAS y 49 de los 60 del GC. Solamente en el caso de los sujetos que expresaban alguna dificultad para acudir al centro para la evaluación de seguimiento se propuso enviar los cuestionarios por correo. Fueron 15 los sujetos perdidos o bien que no acudieron a la cita o que no devolvieron los cuestionarios cubiertos. Once sujetos del GAS acudieron al centro para el seguimiento y otros 10 completaron la evaluación por correo. En el GC, 26 acudieron al centro y 23 hicieron el seguimiento por correo.

En este momento los sujetos del GAS fueron nuevamente reagrupados sobre la base del cumplimiento o no de los criterios de ansiedad por la salud especificados previamente. Se formaron, por tanto, dos grupos; un grupo de diez sujetos con ansiedad mantenida (GAMS) y un grupo de once con ansiedad transitoria acerca de la salud (GATS).

## Análisis de datos

Se realizaron análisis descriptivos con las variables sociodemográficas y demás variables de tipo cualitativo (por ejemplo, las relativas a la caracterización de la ansiedad por la salud). Con el objetivo de valorar la presencia de características diferenciales entre el GAS y el GC en los dos momentos de la investigación en las variables de tipo continuo fue empleada la prueba T para muestras independientes. Para el análisis de las variables de tipo nominal la prueba utilizada fue Chi cuadrado o la prueba exacta de Fisher cuando fuera pertinente. La comparación entre grupos en las variables medidas con una escala ordinal se realizó con la prueba U de Mann Whitney. También, empleando los mismos procedimientos estadísticos, se comprobó la presencia de diferencias entre los pacientes con preocupación hipocondríaca crónica (GAMS) y transitoria (GATS). Estas comparaciones fueron realizadas tanto para las medidas de la evaluación inicial como del seguimiento.

Para la comparación de las medias intragrupo en los dos momentos de la investigación (evaluación inicial y de seguimiento) en cada uno de los grupos (GAS, GC, GAMS y GATS) se utilizó la prueba T para muestras relacionadas en el caso de las variables de tipo continuo, la prueba de Wilcoxon con las variables ordinales y la prueba de McNemar con las dicotómicas.

Se trató de identificar variables con capacidad predictora de la pertenencia a la GAS y GC y para la predicción de la pertenencia a GAMS Y GATS. Para ello se efectuaron análisis de regresión logística stepwise. En primer lugar, se llevaron a cabo los análisis con agrupaciones de variables con un contenido semejante o cercano. Aquellas variables con capacidad predictiva significativa en estos análisis se introdujeron como variables predictoras en el análisis de regresión logística final. Por último, se realizaron análisis de regresión lineal stepwise con el objetivo de identificar variables predictoras de variables de tipo continuo. Dichos análisis se limitaron a variables con distribución simétrica.

## Resultados

## 1. Estimación de la prevalencia de preocupación hipocondríaca en Atención Primaria

Un alto número de sujetos obtuvieron puntuaciones elevadas en el instrumento de actitudes hipocondríacas (WI). El 23,36% obtuvo puntuaciones de 40 o superiores.

## 2. Análisis de los aspectos centrales de la ansiedad por la salud

En la *tabla 1* se recogen los elementos que sirven para caracterizar la experiencia de ansiedad por la salud entre los sujetos del GAS. Como se puede apreciar, la carga de malestar asociada a las preocupaciones es alta. Característicamente, dichas preocupaciones fueron descritas como muy habituales y con repercusión emocional significativa, lo que explicaría el porcentaje elevado de sujetos que consideraron que dichas preocupaciones constituían un problema en su vida. Además, el inicio de las preocupaciones se asoció en un número alto de sujetos a acontecimientos relacionados con la enfermedad/muerte y la ansiedad por la salud autoinformada se reflejó con frecuencia en conductas consideradas característicamente hipocondríacas, tales como comprobaciones corporales repetidas o búsqueda de reaseguramiento en familiares o profesionales sanitarios.

## 3. Caracterización de los sujetos con y sin preocupación hipocondríaca

Ambos grupos no fueron diferentes en ninguna de las *variables sociodemográficas* (*tabla 2*). Como sería de esperar las puntuaciones del GAS en las medidas estandarizadas de *actitudes hipocondríacas* (globales y parciales) fueron significativamente más altas (en la *tabla 3* se recogen las puntuaciones en las medidas globales). Hasta un 80% de los sujetos de este grupo valoraron su estado actual de salud (*estado de salud subjetivo*) de un modo desfavorable («regular», «malo» o «muy malo») mientras que éste sólo fue el caso del 38,3% de los sujetos del GC. Los *síntomas* más frecuentemente informados en la entrevista fueron molestias abdominales, cefaleas, dolor de espalda, dolor en las extremidades y cansancio. Aunque se observaron diferencias entre grupos en la *frecuencia e intensidad de los síntomas*, dichas diferencias no alcanzaron significación estadística ( $p=0,061$  en el caso de la escala de frecuencia y  $p=0,141$  en el de intensidad). Por otra parte, un porcentaje significativamente mayor de sujetos del GAS respecto al GC informaron de episodios de síntomas con una frecuencia al menos semanal (80% frente a 55%;  $p=0,030$ ). En la escalas estandarizadas de *malestar físico* (CMC) y de *limitaciones funcionales* (escala de limitaciones del EAE y del perfil de salud de Nottingham) los sujetos del GAS obtuvieron una puntuación media significativamente más alta que los del GC (*tabla 3*) y en las historias clínicas se registraron un número significativamente mayor de *consultas en Atención Primaria* en los dos años previos a la evaluación inicial (media de consultas de en el GAS de 15,95 frente a 9,72 en el GC). Por el contrario, el *número de pruebas* registradas en la historia clínica de AP en los dos años previos a la evaluación inicial no diferenció a los dos grupos (2,86 frente a 2,36;  $p=0,297$ ) aunque cuando se preguntó en la entrevista por el número de pruebas realizadas en el año previo a la evaluación inicial, sí se observó una diferencia significativa (1,96 frente a 1,35;  $p=0,047$ ). Los dos grupos fueron similares en la *valoración de la atención médica* general, tanto en la evaluación de los problemas de salud, como de los tratamientos instaurados o de la información aportada por el médico.

Los sujetos del GAS informaron de mayor *malestar emocional* actual (escalas de ansiedad y depresión del HAD) y afectividad negativa general (STAI-R) (*tabla 3*). Así mismo, valoraron de una forma más desfavorable los distintos ámbitos de su vida (cuestionario de *calidad de vida*) (*tabla 3*). El informe a través de las medidas estandarizadas de una mayor carga de malestar emocional se acompañó de mayor número de referencias en la historia clínica a *problemas de tipo psicológico* (80% en el

GAS frente a 29,31% en el GC) y *pautas de tratamiento psicofarmacológico* (72% frente a 28%) en algún momento a lo largo de los dos períodos del estudio (dos años previos a la evaluación inicial y año posterior a ésta). En la entrevista, los sujetos del GAS informaron con más frecuencia de *acontecimientos estresantes* de significación en el año previo a la evaluación inicial (52% frente a 29,31%) y de *circunstancias actuales perturbadoras del bienestar personal* (72% frente a 26,6%). Así mismo, un número elevado de sujetos del GAS vincularon espontáneamente la ocurrencia o exacerbación de molestias físicas diversas a estados emocionales y/o circunstancias vitales negativas (79,16% frente a 35,18%).

Tanto cuando se consideraron *enfermedades* en general o graves en particular *entre familiares de primer grado*, los sujetos del GAS informaron de estas circunstancias en mayor medida que los del GC. El 56% frente al 30% en el primer caso y el 36% frente al

16% en el segundo. La diferencia fue significativa sólo en el caso de las enfermedades en general pero rondó la misma ( $p=0,051$ ) en el caso de las enfermedades graves. Por el contrario, no se encontraron diferencias entre grupos en el informe de pérdidas de familiares de primer grado o en la familia extensa en los 5 años previos a la evaluación inicial.

Finalmente, en lo que se refiere al informe de *experiencias relacionadas con la enfermedad a lo largo de la infancia* (hasta los 18 años), del conjunto de experiencias consideradas solamente se observaron diferencias estadísticamente significativas entre grupos en el informe de enfermedades graves en familiares convivientes (GAS: 32%-GC:5%;  $p=0,002$ ) y en el informe de interferencias frecuentes en las actividades habituales a causa de proble-

mas de salud (GAS: 20%-GC:1,66%;  $p=0,008$ ). En otras variables la diferencia entre grupos se acercó sin alcanzar la significación estadística [caso del informe de consultas médicas frecuentes a lo largo de la infancia entre familiares convivientes (GAS:40%-GC:23%;  $p=0,120$ ) y en uno mismo (GAS: 24%-GC: 11,66%;  $p=0,150$ ) y del informe de haber recibido atenciones especiales a causa del estado de salud (GAS: 20%-GC: 5,4%;  $p=0,100$ )

#### 4. Identificación de variables predictoras de preocupación hipocondríaca

Las variables introducidas en el análisis de regresión logística final para la predicción de la pertenencia al GAS o GC fueron: in-

Tabla 1  
Caracterización de la ansiedad por la salud

Enfermedad temida	Cáncer: 76% Enfermedades cardíacas: 20%
Inicio	Más de 5 años: 36% Entre 3 y 5 años: 16% Entre 6 meses y 3 años: 36% Ultimos 6 meses: 12%
Grado de preocupación general por la salud	Mucho: 32% Bastante: 48% Moderadamente: 16% Algo: 14%
Estímulos antecedentes de preocupación	Molestias/síntomas físicos: 88% Estímulos relacionados con enfermedad: 80% Soledad: 24% Estado de ánimo negativo: 16%
Frecuencia episodios de preocupación	Diarios: 24% 4-5/semana: 12% 2-3/semana: 24% 1/semana o temporadas a diario: 40%
Duración	Preocupaciones a lo largo del día: 64% Episodios prolongados (1 hora o más): 20% Episodios breves (minutos): 16%
Probabilidad subjetiva de padecer	Alta o muy alta: 44%
Probabilidad subjetiva de contraer	Alta o muy alta: 52%
Ansiedad durante los episodios	Bastante o muy intensa: 80%
Animo deprimido durante los episodios	Bastante o muy intenso: 68%
Ideación	Sufrimiento/dolor: 32% Cosecuencias adversas para la familia: 32% Deterioro/incapacidad: 16% Muerte: 16% Recuerdos enfermedad/muerte de allegado: 16%
Conductas relacionadas	Evitación cognitiva/distracción: 76% Comprobaciones corporales: 64% Consulta médica: 56% Preguntar/comentar a allegados: 52% Evitación estímulos externos: 16%
Acontecimientos percibidos como desencadenantes	Enfermedad/muerte de familiar: 48% Síntomas físicos: 32%
Valoración como problema	68%

terferencias frecuentes en la vida diaria a causa de problemas de salud en la infancia, enfermedades graves en familiares convivientes en la infancia, enfermedades en familiares de primer grado en la actualidad, ansiedad actual (HAD.A) molestias físicas (CMC), frecuencia de las molestias (escala ordinal 0-4) y limitaciones en el funcionamiento diario (escala «efecto de los síntomas» del EAE). En el modelo final, del conjunto de variables introducidas, las que tuvieron capacidad predictora significativa fueron la medida de *ansiedad* (HAD.A), el informe en la entrevista de *enfermedades en familiares de primer grado en la actualidad* y la medida de *limitación funcional* (escala «efecto de los síntomas» del EAE). El porcentaje global de clasificaciones correctas con estas tres variables fue del 86,90% (72% del GAS y 92,22% del GC). La variable que entró en primer lugar en el modelo fue la medida de ansiedad (HAD.A). El porcentaje global de clasificaciones correctas con esta variable fue del 81,14%. En segundo lugar entró el informe de enfermedades en familiares de primer grado que incrementó el porcentaje global de clasificaciones correctas al 86,90%. Este porcentaje se mantuvo inalterado con la inclusión de la tercera variable (escala «efecto de los síntomas» del EAE).

En el análisis de regresión lineal en el que la variable criterio fue la medida global de ansiedad por la salud derivada del EAE (EAE.AS), se introdujeron como predictores la medida de ansiedad (HAD.A), la medida de limitaciones en el funcionamiento diario (escala «efecto de los síntomas» del EAE), de afectividad negativa (STAIR) y de calidad de vida (CCV). De estas variables entraron dos en el modelo de predicción. En primer lugar la medida de *ansiedad* (HAD.A) y en segundo, la medida de *limitación funcional*. Con la primera la varianza explicada de la variable criterio fue del 54% (R cuadrado) y con la introducción de la segunda la varianza explicada se incrementó al 59%.

Tabla 2  
Variables sociodemográficas

	GAS	GC	
Edad	40,12	38,80	P=0,699 <i>a</i>
Mujeres	76%	70%	P=0,792 <i>b</i>
Estudios			
I	52%	46,6%	P=0,654 <i>b</i>
II	28%	31,6%	P=0,738 <i>b</i>
III	20%	21,6%	P=0,864 <i>b</i>
Ocupación			
I	24%	21,6%	P=0,814 <i>b</i>
II	4%	15%	P=0,268 <i>c</i>
III	4%	10%	P=0,668 <i>c</i>
IV	44%	45%	P=0,933 <i>b</i>
V	10,7%	3,8%	P=0,149 <i>c</i>
VI	12%	5%	P=0,353 <i>c</i>
Estado civil			
I	20%	28,3%	P=0,424 <i>b</i>
II	8%	1,6%	P=0,206 <i>c</i>
III	8%	8,3%	P=1 <i>c</i>
IV	64%	61,6%	P=0,840 <i>b</i>

Estudios: I. Primarios o graduado escolar, II. Bachillerato o formación profesional, III. Superiores; Ocupación: I. Amas de casa, II. Jubilados, III. Estudiantes, IV. Contratados, V. Autónomos, VI. Desempleados; Estado civil: I. Solteros, II. Separados/divorciados, III. Viudos, IV. Casados.  
*a*: Prueba T, *b*: Prueba Chi cuadrado, *c*: Prueba exacta de Fisher.

### 5. Comparación en el seguimiento del GAS y GC en actitudes hipocondríacas y características relacionadas

En el *seguimiento* la comparación entre grupos indicó escasas diferencias con respecto a la evaluación inicial. Así, las puntuaciones medias en las distintas medidas (actitudes hipocondríacas, estados emocionales negativos, afectividad negativa, calidad de vida, limitaciones en el funcionamiento diario, malestar físico) continuaban siendo significativamente más altas en el GAS. Hay que destacar que en dos variables, molestias físicas (evaluadas con el CMC y las escalas de frecuencia e intensidad de los síntomas) y limitaciones en el funcionamiento diario (evaluadas con la escala «efecto de los síntomas» del EAE y de áreas de la vida afectadas del Perfil de Salud de Nottingham), se observó un patrón claro de mejoría en el GC que no se dio en el GAS.

En este momento, los dos médicos que participaron en el estudio valoraron a los sujetos de ambos grupos con una escala ordinal (0-4) en las siguientes variables: amenaza para la vida relacionada con el estado de salud, limitación esperable derivada del estado de salud, grado de expresión excesiva de molestias físicas y grado de preocupación excesiva por el estado de salud. Mientras que los dos grupos no se diferenciaron en las dos primeras variables, relativas al estado objetivo de salud; sí difirieron en las otras

Tabla 3  
Comparación entre GAS y GC (evaluación inicial)

	GAS	GC	Prueba T
WI (screening) (14-70)	44,2 (d.e: 7,4)	31,61 (d.e: 8,5)	p=0,0001
WI (14-70)	44,37 (d.e: 8,7)	27,88 (d.e: 6,7)	p=0,0001
EAE.ANS.SAL (0-44)	29,28 (d.e: 6,6)	11,96 (d.e: 8,2)	p=0,0001
CMC (0-64)	28,12 (d.e: 12,7)	17,90 (d.e: 9,2)	P=0,0001
EAE.LIM1 (0-12)	5,72 (d.e: 2,8)	3,11 (d.e: 2,7)	P=0,0001
NOTHIN1 (0-7)	2,72 (d.e: 2)	1,16 (d.e: 1,9)	P=0,001
CAL.VID (35-175)	111,82 (d.e: 19,3)	132,01 (d.e: 16,7)	P=0,0001
HAD.A (0-21)	11,92 (d.e: 3,4)	5,93 (d.e: 3,3)	P=0,0001
HAD.D (0-21)	6,80 (d.e: 3,7)	3,55 (d.e: 2,7)	P=0,0001
STAIR (0-60)	32,70 (d.e: 8,5)	19,74 (d.e: 9,1)	P=0,0001

WI (screening): Whiteley Index administrado para la selección inicial de los sujetos; WI: Whiteley Index administrado junto a los restantes instrumentos en la evaluación inicial; EAE.ANS.SAL: Escala de Ansiedad por la Salud del EAE; CMC: Cuestionario de Molestias corporales; EAE.LIM: Escala de limitaciones en el funcionamiento diario del EAE; NOTHIN: escala de áreas de la vida afectadas a causa de los síntomas del "Perfil de Salud de Nottingham; HAD.A: escala de Ansiedad del HAD; HAD.D: escala de Depresión del HAD; STAIR: escala Rasgo del STAI.

dos variables. Es destacable que los médicos juzgaron al 45,8% de los sujetos del GAS frente al 12,1% de los del GC como bastante o muy preocupados por su estado de salud y a un 20,8% de los sujetos del GAS frente a 12,1% de los del GC como con una expresión de síntomas físicos bastante o muy excesiva para el estado objetivo de salud. La valoración de estas dos últimas variables se circunscribió a pacientes de los médicos evaluadores (24 del GAS y 41 del GC). Como cabría esperar, en el seguimiento las puntuaciones medias en las medidas de actitudes hipocondríacas del grupo de sujetos del GAS que, en este momento, ya no cumplían los criterios de ansiedad por la salud (Grupo de Ansiedad Transitoria por la Salud: GATS) fueron más bajas que en los que seguían cumpliéndolos (Grupo de Ansiedad Mantenido por la salud: GAMS) (en algunos casos significativamente) (tabla 4). También los dos grupos tendían a diferenciarse en otras variables tales como las medidas de ansiedad, depresión, afectividad negativa, calidad de vida o informe de acontecimientos y circunstancias estresantes actuales (tabla 4). Sin embargo, el GATS tendía, en general, a estar más cerca del GAMS que del GC en las distintas variables y en muchos casos, las diferencias con respecto al GC en las puntuaciones medias fueron estadísticamente significativas o estuvieron cerca de serlo (tabla 4). Además, en variables como molestias corporales (evaluadas con el CMC) (tabla 4) y valoración del estado de salud, los dos grupos fueron muy similares entre sí y se diferenciaron significativamente del GC. No obstante, con respecto a las molestias corporales, se apreció una discrepancia entre los métodos de evaluación empleados para su medida. Así, mientras que en el CMC no hubo diferencias, en la evaluación a través de la escala ordinal de frecuencia de los síntomas los sujetos del GAMS informaron de una frecuencia de síntomas significativamente más alta que los del GATS ( $p=0,025$ ). Finalmente, los médicos valoraron de un modo parecido a los dos grupos en las variables de estado objetivo de salud y de expresión excesiva de molestias físicas. Por el contrario, las valoraciones del médico en la variable preocupación excesiva por el estado de salud indicaron que los sujetos del GAMS eran juzgados por el médico como más excesivamente preocupados por la salud que los del GATS (media 2,40 vs 1,60;  $p=0,116$ ).

#### 6. Identificación de variables predictoras del mantenimiento de preocupación hipocondríaca

La comparación entre grupos de pacientes con preocupación hipocondríaca estable y transitoria en la *evaluación inicial* indicó que los sujetos del GATS tenían puntuaciones algo más moderadas en las medidas de actitudes hipocondríacas y en una de las medidas parciales la diferencia fue estadísticamente significativa (escala «preocupación por la enfermedad» del EAE) (tabla 5). Sin embargo, en la valoración de las diferentes características hipocondríacas a través de la entrevista los dos grupos no se diferenciaron. Así, la frecuencia de episodios de ansiedad por la salud, grado de creencia en padecer o contraer, repercusión emocional o conductas relacionadas con la preocupación fue muy similar entre grupos. Tampoco hubo diferencias significativas en el número de consultas y pruebas médicas registradas en la historia clínica de Atención Primaria, valoración del estado de salud, informe de molestias físicas y de limitaciones en el funcionamiento diario. En las medidas de autoinforme de ansiedad, depresión y afectividad negativa general no hubo diferencias significativas (tabla 5). Un número similar de sujetos del GAMS y GATS in-

formaron de problemas de salud en familiares de primer grado. Los grupos de pacientes con preocupación hipocondríaca crónica y transitoria no difirieron en el informe de experiencias relativas a la enfermedad a lo largo de la vida. No obstante, dos de ellas fueron informadas por un número mayor de sujetos del GAMS. En concreto, la tendencia a hacer consultas médicas frecuentes a lo largo de la infancia (GAMS: 40%-GATS: 9%;  $p=0,149$ ) y recibir atenciones especiales a causa de problemas de salud (GAMS: 40%-GATS: 9%;  $p=0,149$ ). Por otra parte, la comparación de los dos grupos con el GC indicó que mientras que en el GATS las diferencias se circunscribían a la experiencia de haber convivido con familiares con enfermedades graves; en el GAMS las diferencias con respecto al GC eran más generales. Así, un mayor número de sujetos del GAMS informaron de consultas médicas frecuentes en la infancia, interferencias en el funcionamiento diario a causa de problemas de salud, recibir atenciones especiales a causa de problemas de salud y convivir con familiares con enfermedades graves. Finalmente, el GAMS fue el grupo que valoró menos favorablemente la atención médica. Esta

Tabla 4  
Comparación entre grupos en el seguimiento

	GAMS (1)	GATS (2)	GC (3)	Prueba T
WI2 (14-70)	44,70 (d.e: 7,8)	39,45 (d.e: 8,9)	27,10 (d.e: 6,8)	1vs2:p=0,170 1vs3:p= <b>0,000</b> 2vs3:p= <b>0,000</b>
ANS.SAL.EAE2 (0-44)	30 (d.e: 8,3)	21,27 (d.e: 7,4)	10,68 (d.e: 7,4)	1vs2:p= <b>0,020</b> 1vs3:p= <b>0,000</b> 2vs3:p= <b>0,000</b>
HAD.A2 (0-21)	13,50 (d.e: 3,2)	8,90 (d.e: 3,7)	5,65 (d.e: 3,1)	1vs2:p= <b>0,009</b> 1vs3:p= <b>0,000</b> 2vs3:p= <b>0,005</b>
HAD.D2 (0-21)	8,60 (d.e: 3,6)	6,80 (d.e: 3,5)	3,71 (d.e: 2,9)	1vs2:p=0,277 1vs3:p= <b>0,000</b> 2vs3:p= <b>0,006</b>
CMC2 (0-64)	30,70 (d.e: 15)	27,90 (d.e: 11)	12,39 (d.e: 8,4)	1vs2:p=0,632 1vs3:p= <b>0,000</b> 2vs3:p= <b>0,000</b>
NOTHIN2 (0-7)	2,80 (d.e: 2,4)	2,36 (d.e: 2)	0,77 (d.e: 1,4)	1vs2:p=0,662 1vs3:p= <b>0,029</b> 2vs3:p= <b>0,004</b>
EAE.LIM2 (0-12)	6,40 (d.e: 3,3)	4,18 (d.e: 2,8)	2,44 (d.e: 2,2)	1vs2:p=0,117 1vs3:p= <b>0,000</b> 2vs3:p= <b>0,032</b>
STALR2 (0-60)	38,80 (d.e: 9,1)	26,63 (d.e: 9,1)	20 (d.e: 8,5)	1vs2:p= <b>0,007</b> 1vs3:p= <b>0,000</b> 2vs3:p= <b>0,026</b>
CAL.VID2 (35-175)	102 (d.e: 17,9)	116,9 (d.e: 23,1)	130,3 (d.e: 19,2)	1vs2:p=0,119 1vs3:p= <b>0,000</b> 2vs3:p= <b>0,049</b>

WI2: Whiteley Index; EAE.ANS.SAL2: escala "Ansiedad por la Salud" del EAE; HAD.A2: escala de Ansiedad del HAD; HAD.D2: escala de Depresión del HAD; CMC2: Cuestionario de Molestias Corporales; NOTHIN2: escala de áreas de la vida afectadas a causa de los síntomas físicos del "Perfil de salud de Nothinghan; EAE.LIM2: escala "Efecto de los síntomas" del EAE; STALR2: escala de ansiedad rasgo del STAI; CAL.VID2: Cuestionario de Calidad de Vida.

valoración más desfavorable se circunscribió a la evaluación médica de los problemas de salud. Del conjunto de variables consideradas en la evaluación inicial, las únicas en las que se observaron diferencias entre el GAMS y el GATS fueron la escala de preocupaciones por la enfermedad del EAE y la valoración de la satisfacción con la evaluación médica de los problemas de salud. En otras variables, como la tendencia informada a consultar al médico frecuentemente en la infancia y a recibir atenciones especiales a causa de problemas de salud, hubo una tendencia a diferenciarse no significativa estadísticamente. Estas variables fueron introducidas en un análisis de regresión logística para identificar aquellas con capacidad predictora de la pertenencia a uno u otro grupo. Dos variables mejoraron el ajuste del modelo: el informe de haber recibido atenciones especiales a lo largo de la infancia a causa de la salud y la escala «preocupaciones por la enfermedad»

del EAE. Con la primera de estas variables el porcentaje global de clasificaciones correctas fue del 70% (100% del GATS y 40% del GAMS). Con la introducción de la variable «preocupación por la enfermedad» del EAE el porcentaje de clasificaciones correctas se incrementó hasta el 90% (80% de los sujetos del GATS y 100% de los del GAMS).

## Discusión

La presente investigación tuvo como principales objetivos la identificación de variables asociadas a las preocupaciones hipocondríacas y al curso de las mismas a lo largo de un año de seguimiento. Sin embargo, antes de discutir los resultados deben señalarse algunas limitaciones: (1) Aunque de modo parecido a otros estudios con el mismo diseño (Barsky, Wyshak y Klerman, 1990; Robbins y Kirmayer, 1996), un número elevado de sujetos a los que se les propuso la participación la rechazaron por distintos motivos o no acudieron a la cita programada. La participación global fue del 43,03%. No es posible responder si los sujetos que participaron son equiparables completamente a los que no lo hicieron. (2) La información aportada por los sujetos fue en algunos casos de carácter retrospectivo (por ejemplo, experiencias relacionadas con la enfermedad en la infancia) con el consiguiente riesgo de que se hayan dado sesgos en el recuerdo. Además, la forma de medida de algunas variables deja abierta la posibilidad de sesgos derivados de la interpretación personal. (3) En tercer lugar, el procedimiento para la selección inicial no fue el mismo para todos y hubo evidencia de que los sujetos seleccionados por los médicos tendían a tener mayor ansiedad por su estado de salud y, así, cabe preguntarse si los sujetos seleccionados por el médico fueron aquellos en los que éste percibió, por ejemplo, una mayor carga de malestar somático, limitación funcional, problemas emocionales o una mayor frecuencia de consultas médicas. Si así fuera, la asociación con tales rasgos podría haber sido inflada por un sesgo en la selección inicial. (4) Finalmente, se señalaría que la población investigada puede no ser homogénea en cuanto a las manifestaciones clínicas objeto de investigación. Por ejemplo, podría dominar un componente fóbico o un componente de convicción de enfermedad. Es posible que los factores etiológicos principales o el curso clínico difieran según prepondere una u otra dimensión (Fernández Rodríguez y Fernández Martínez, 2001).

### *Acercas de la prevalencia de preocupación hipocondríaca en Atención Primaria*

El número de sujetos con puntuaciones elevadas en el WI fue muy elevado y, así, el porcentaje fue claramente mayor que el observado en otros estudios. Es posible, por tanto, que se haya producido un sesgo en el proceso de selección que inflara el porcentaje observado de preocupación hipocondríaca. Hay pruebas de que éste fue el caso: Los sujetos seleccionados por los médicos tendían a cumplir con más frecuencia los criterios de ansiedad por la salud, tenían puntuaciones medias más altas en las medidas de actitudes hipocondríacas y habían consultado con más frecuencia en los dos años previos a la evaluación inicial. En definitiva, aunque en otros estudios se informa de prevalencias similares (Hollifield, Paine y Kellner, 1999; Mabe, Hobson, Jones y Jarvis, 1988), los datos señalados apuntan a un sesgo en el proceso de selección que hace cuestionable la alta prevalencia de preocupación hipocondríaca observada.

*Tabla 5*  
Comparación entre grupos en la evaluación inicial

	GAMS (1)	GATS (2)	GC (3)	Prueba T
WI (screening) (14-70)	45,77 (d.e: 6,6)	42,55 (d.e: 9,4)	32,82 (d.e: 8,3)	1vs2:p=0,416 1vs3:p= <b>0,000</b> 2vs3:p= <b>0,003</b>
WI (14-70)	46,44 (d.e: 4,2)	41,81 (d.e: 10,6)	28,59 (d.e: 6,5)	1vs2:p=0,228 1vs3:p= <b>0,000</b> 2vs3:p= <b>0,000</b>
ANS.SAL.EAE (0-44)	31,10 (d.e: 6,8)	26,72 (d.e: 6,1)	13 (d.e: 8)	1vs2:p=0,142 1vs3:p= <b>0,000</b> 2vs3:p= <b>0,000</b>
HAD.A (0-21)	12,40 (d.e: 2,7)	12,18 (d.e: 3,9)	6,32 (d.e: 3,4)	1vs2:p=0,887 1vs3:p= <b>0,000</b> 2vs3:p= <b>0,000</b>
HAD.D (0-21)	7,60 (d.e: 3,4)	6,72 (d.e: 4,3)	3,83 (d.e: 2,7)	1vs2:p=0,620 1vs3:p= <b>0,000</b> 2vs3:p= <b>0,007</b>
CMC (0-64)	27,40 (d.e: 13,7)	31,81 (d.e: 12,8)	18,48 (d.e: 8,8)	1vs2:p=0,456 1vs3:p= <b>0,011</b> 2vs3:p= <b>0,000</b>
NOTHIN (0-7)	3 (d.e: 2,4)	2,63 (d.e: 1,9)	1,30 (d.e: 2)	1vs2:p=0,707 1vs3:p= <b>0,026</b> 2vs3:p=0,055
EAE.LIM (0-12)	5,20 (d.e: 3,1)	5,27 (d.e: 2,7)	3,45 (d.e: 2,6)	1vs2:p=0,956 1vs3:p=0,074 2vs3:p= <b>0,049</b>
STALR (0-60)	35,44 (d.e: 7,8)	31,81 (d.e: 8,2)	21,08 (d.e: 9)	1vs2:p=0,333 1vs3:p= <b>0,000</b> 2vs3:p= <b>0,001</b>
CAL.VID (35-175)	109,66 (d.e: 21,9)	111 (d.e: 17,9)	129,16 (d.e: 16,3)	1vs2:p=0,886 1vs3:p= <b>0,030</b> 2vs3:p= <b>0,003</b>

WI: Whiteley Index; EAE.ANS.SAL: escala "Ansiedad por la Salud" del EAE; HAD.A: escala de Ansiedad del HAD; HAD.D: escala de Depresión del HAD; CMC: Cuestionario de Molestias Corporales; NOTHIN: escala de áreas de la vida afectadas a causa de los síntomas físicos del "Perfil de salud de Nothingham; EAE.LIM: escala "Efecto de los síntomas" del EAE; STALR: escala de ansiedad rasgo del STAI; CAL.VID: Cuestionario de Calidad de Vida.

*Acerca de la configuración de los grupos de estudio*

El punto de corte de 40 en el WI tuvo una buena capacidad predictiva del cumplimiento de los criterios para la clasificación en el GAS. La especificidad fue del 70,37% y la sensibilidad del 93,18%; resultado semejante al obtenido por Barsky (1990, cit. Noyes et al, 1992) para el cumplimiento de los criterios diagnósticos del DSM III-R para la hipocondría. Es de destacar, además, que las puntuaciones medias del GAS en el WI fueron análogas a las obtenidas por pacientes con el diagnóstico de trastorno hipocondríaco (DSM III-R) del estudio de Barsky, Fama, Bailey y Ahern (1998). Como en otros trabajos (Gerdes, Noyes, Kathol, Phillips, Fisher, Morcuende y Yagla, 1996) hubo concordancia entre ansiedad por la salud (evaluada a través de la entrevista y de las medidas estandarizadas de autoinforme) y las apreciaciones del médico de la tendencia a experimentar molestias físicas sin una base orgánica discernible y, sobre todo, de la tendencia a preocuparse excesivamente por la salud. A pesar de no ser, en absoluto, un problema que pase desapercibido al médico, en éste como en los otros estudios, dicho reconocimiento no se refleja en referencias en la historia clínica a su presencia. Ello puede deberse a que la hipocondría ha tendido a ser considerada más como una «incomodidad» en la práctica médica que como un problema con consecuencias sociales y sanitarias significativas. La ausencia de discrepancias entre las distintas fuentes de información (entrevista, cuestionarios y apreciaciones del médico) se considera un apoyo a las agrupaciones realizadas (GAS y GC). También lo apoyan las diferencias en dos variables estrechamente vinculadas a los problemas de ansiedad por la salud: la valoración de estado de salud y la frecuencia de contactos médicos. Los sujetos del GAS valoraron significativamente peor su estado de salud e hicieron un número significativamente mayor de consultas médicas en los dos años previos a la evaluación inicial. También los sujetos del GAS informaron haber realizado un número mayor de pruebas en el año previo a la evaluación inicial (aunque en la revisión de la historia clínica no se observaran diferencias en el número de pruebas registradas). Finalmente, hubo una tendencia a que los sujetos del GAS informaran haber consultado a un mayor número de médicos en el año previo. En otros estudios también se observaron diferencias en estas variables entre pacientes con preocupación hipocondríaca o sin ella (Barsky, Wyshak y Klerman, 1990; Conroy, Smith, Siriwardena y Fernández, 1999, Bellón, Delgado, Luna y Lardelli, 1999). Mientras que en dichas variables hubo, en general, diferencias notorias entre grupos, no las hubo en la valoración del médico del estado objetivo de salud y, por tanto, son difícilmente interpretables como reflejo de una supuesta mayor morbilidad médica.

*Caracterización del Grupo de Ansiedad por la Salud*

Las indicaciones de Warwick (1995) para la evaluación de la hipocondría fueron seguidas en lo sustancial. Aunque, como señalan Botella y Martínez Narváez (1997), no existen normas precisas para decidir a partir de que punto pueden considerarse los temores excesivos o desproporcionados, la información aportada por los sujetos del GAS refleja la alta carga de malestar asociada a la preocupación somática. En tal sentido, es destacable que hasta 17 de los 25 sujetos de este grupo la consideraran como un problema en su vida (por su repercusión emocional, frecuencia y/o duración). El cáncer seguido de las enfermedades cardíacas fueron

las enfermedades objeto de aprensión más frecuentemente informadas. Por otra parte, las amenazas concretas anticipadas se centraron en el sufrimiento/dolor y las implicaciones negativas que a nivel familiar conllevaría el enfermar gravemente. Con menos frecuencia se mencionaron pensamientos relativos a la muerte, el deterioro/incapacidad o recuerdos de la enfermedad/muerte de algún allegado. Ryle (1948) en su trabajo clásico ya había informado de idénticos contenidos cognitivos entre pacientes con ansiedad relacionada con las enfermedades. De interés resulta la frecuencia con que se informó del temor a no poder, a causa de la enfermedad, ocuparse de la atención a la familia y las consecuencias negativas derivadas. Este hecho no parece casual si se considera la vinculación repetidamente señalada entre actitudes hipocondríacas y rasgos obsesivos de la personalidad (Kenyon, 1964; Starcevic, 1990). Una actitud de elevada responsabilidad y necesidad de control son rasgos que se recogen como característicos en la definición de la personalidad obsesiva. La amenaza al cumplimiento de las responsabilidades en este caso puede ser especialmente amenazante. De modo especulativo, se puede plantear que la experiencia de ansiedad ante la idea de enfermedad podría ser potenciada por una actitud acusada de responsabilidad personal en el sentido dicho.

Los estímulos antecedentes inmediatos de los episodios de ansiedad por la salud más frecuentemente informados fueron los síntomas o sensaciones físicas aunque también se mencionaron con alta frecuencia otros estímulos externos evocadores. El que la mayoría informaran de la influencia de síntomas y sensaciones es coherente con la definición del trastorno del DSM-IV en la que se señala que su aspecto nuclear es la interpretación errónea y alarmante de síntomas físicos. Otros autores también encuentran que los síntomas somáticos (por ejemplo, dolor o cambios corporales) son informados por los pacientes con fobia a la enfermedad como disparadores habituales de los temores (Bianchi, 1971). Por otra parte, es posible que los estímulos externos relacionados con la enfermedad induzcan focalización corporal que hace más salientes sensaciones físicas que de otro modo no serían advertidas. Este hecho lo ilustra el informe frecuente de experimentar síntomas de enfermedades de las que se oye hablar.

A diferencia de otros problemas fóbicos en los que los estímulos evocadores de ansiedad son externos y, por tanto, pueden eludirse con relativa facilidad a través de la evitación pasiva; en la preocupación hipocondríaca los estímulos evocadores de ansiedad, como se ha resaltado, son típicamente internos. Esta característica dificultaría la evitación pasiva. Las manifestaciones conductuales hipocondríacas (búsqueda de atención y reaseguramiento médico o comprobaciones repetidas del estado corporal) pueden reflejar tal dificultad (Warwick y Salkovskis, 1990). Los sujetos del GAS informaron de conductas frecuentes de este tipo. Dichas conductas podrían reflejar tanto el grado de ansiedad como estar implicadas en el mantenimiento de la misma a la larga.

La enfermedad y/o muerte de un allegado es un desencadenante frecuente de reacciones hipocondríacas (Ryle, 1948; Bianchi, 1971; Noyes, Wessner y Fisher, 1992). En la presente investigación de modo consistente con los estudios mencionados se encontró que un alto número de sujetos del GAS (12 de los 25) informaron de enfermedades graves o muerte de allegados como acontecimientos importantes, directamente relacionados con el inicio del temor. Por otra parte, en la literatura acerca de la hipocondría y la somatización se alude repetidamente [Kellner (1986) para una revisión] a la realimentación de síntomas somáticos y preocupaciones por la salud. La propia experiencia de malestar fi-

sico puede inducir preocupaciones acerca de su significado y, en este sentido, también un alto número de sujetos (11 de los 25) relacionaron el inicio de las preocupaciones con la ocurrencia frecuente de uno o más síntomas o molestias.

#### *Características asociadas a la ansiedad por la salud*

La experiencia frecuente de *molestias somáticas* y de *limitaciones en el funcionamiento diario* se señalan como características clínicas habituales del síndrome hipocondríaco. Un número amplio de estudios evidencian que la asociación entre medidas de preocupación por la salud y malestar somático (Faravelli, Salvatori, Galass, Arazzi, Drei y Cabras, 1997) o entre hipocondría clínica y somatización (Escobar, Gara, Waitzkin, Silver, Holman y Compton, 1998) y estudios de seguimiento revelan que entre pacientes con molestias físicas crónicas médicamente inexplicadas es común el mantenimiento de creencias de enfermedad pese al reaseguramiento médico y los resultados negativos de las pruebas diagnósticas (Lantinga, Sprafkin, McCroskery, Baker, Warner y Hill, 1988; Cope, David, Pelosi y Mann, 1994). Los sujetos del GAS obtuvieron una puntuación media en el cuestionario de molestias corporales (CMC) elevada que contrasta con la obtenida por los del GC. Coherentemente con la mayor expresión de malestar físico, los sujetos del GAS también informaron de un grado de limitación en su vida diaria también significativamente mayor.

La *sintomatología emocional* (de ansiedad y depresión, fundamentalmente) es un correlato clínico habitual de la preocupación hipocondríaca. La vinculación hipocondría-trastorno emocional se ha enfatizado tradicionalmente. De hecho, varios autores consideran que los rasgos hipocondríacos deben entenderse como un síntoma más, entre otros, que se puede dar en varios trastornos, especialmente de tipo afectivo (Munro, 1992). Estudios actuales indican altas correlaciones entre medidas de autoinforme de actitudes hipocondríacas y de ansiedad y depresión (Kellner, Hernández y Pathak, 1992) y entre hipocondría y trastornos emocionales (Barsky, Wyshak y Klerman, 1992). Las puntuaciones medias del GAS en las medidas de ansiedad, depresión y afectividad negativa fueron notablemente más altas que en el GC. Por otra parte, la puntuación en la medida de ansiedad se situó en el rango de puntuaciones que los autores del instrumento consideran como indicativas de ansiedad clínica (Zigmond y Snaith, 1983) y, como en el estudio de Kellner, Hernández y Pathak (1992), la medida de ansiedad fue la variable con mayor capacidad predictiva de las medidas de hipocondría en el análisis de regresión lineal.

No solamente hubo diferencias entre grupos en los instrumentos de autoinforme de síntomas emocionales y afectividad negativa general, en las historias clínicas de los sujetos del GAS también había más referencias a problemas emocionales y tratamientos psicofarmacológicos. Algunos de los modos en los que la perturbación emocional influye en las actitudes hipocondríacas tendría que ver, entre otros, con los cambios neurovegetativos (Lipowski, 1990) y cognitivos de tales estados (Reynolds y Salkovskis, 1992; Mathews y McKintosh, 1998). Ambas variables (síntomas emocionales y manifestaciones hipocondríacas) mantendrían relaciones recíprocas y del mismo modo que la emocionalidad negativa influye sobre la tendencia a preocuparse y ser pesimista en relación con la salud, esta misma tendencia es, al mismo tiempo, fuente de dificultad y malestar pudiendo estar implicada en la intensificación de la perturbación emocional o favorecer su continuidad.

Si consideramos el resultado anterior de un alto grado de somatización entre los sujetos del GAS, el perfil se corresponde con el de una persona con malestar emocional notable (especialmente ansiedad), síntomas físicos diversos y preocupación notable por la salud. Las tres variables podrían concebirse como elementos encadenados de un círculo vicioso, tal y como plantea Kellner (1990). Por otra parte, tomados conjuntamente los resultados anteriores apoyan la opinión de Kirmayer, Robbins y Paris (1994) para quienes «el hecho de que habitualmente los pacientes tengan varios diagnósticos en un sistema formado por categorías disyuntivas refleja no tanto la ironía terrible de golpear dos veces en el mismo sitio como la limitada capacidad de tales categorías para capturar la covariación natural de formas diversas de distrés».

Una variable directamente relacionada con la sintomatología somática funcional y los síntomas emocionales es el *estrés*. La ocurrencia de acontecimientos estresantes o las circunstancias vitales actuales perturbadoras del bienestar personal han sido destacadas como importantes en los problemas somatoformes (Fink, 1992; Wickramasekera, 1995). Un número significativamente más alto de sujetos del GAS informaron de un mayor número de sucesos estresantes en el año previo a la evaluación inicial y circunstancias actuales de este tipo y, por otra parte, un número elevado de los sujetos de este grupo aludieron espontáneamente a estados emocionales negativos y/o circunstancias vitales negativas como influencias directamente vinculadas a la ocurrencia de molestias físicas diversas. Cabe preguntarse, no obstante, si la asociación observada entre ansiedad por la salud y molestias físicas por una parte y estrés informado por otra, está relacionado con circunstancias vitales objetivamente más negativas o, alternativamente, se deriva de un sesgo en la respuesta, de modo que aquellos con una tendencia más acusada a expresar insatisfacción con respecto a su salud sean también más proclives a informar acontecimientos y circunstancias vitales negativas. En tal sentido, Costa y McCrae (1985) o Watson y Pennebaker (1989) aluden a la Afectividad Negativa (AN) como constructo que puede unir dichas manifestaciones. Según esta concepción, la preocupación hipocondríaca podría entenderse como un aspecto particular de la tendencia general a la preocupación e insatisfacción que caracteriza a las personas altas en AN. De modo coherente con ello, los sujetos del GAS tuvieron puntuaciones significativamente más altas en la medida de AN empleada (STAI-R).

También la *calidad de vida* fue valorada significativamente peor por los sujetos del GAS. La percepción de estos sujetos de los distintos ámbitos de la vida fue, en general, marcadamente negativa como revela que las puntuaciones en el cuestionario de calidad de vida indicaran una valoración incluso más desfavorable que la manifestada por pacientes con problemas psicológicos de una unidad de salud mental a los que se les administró el cuestionario como parte del proceso de validación del mismo (Ruiz y Baca, 1993). La valoración desfavorable de los distintos ámbitos de la vida, por otra parte, no es sorprendente si se considera la vinculación ya mencionada entre la AN y tendencia a experimentar e informar insatisfacción en relación con circunstancias de la vida diversas.

La interpretación de los síntomas físicos no es ajena al contexto presente de la experiencia personal, familiar y vital (Lang, Floyd y Beine, 2000). Una de las posibles influencias en la ansiedad actual acerca de la salud es el contexto actual de *enfermedad en la familia*. Un número mayor de sujetos del GAS informaron de enfermedades en general y enfermedades graves en particular en-

tre familiares de primer grado. El resultado es consistente con el del estudio de Lerman (1996, cit. McCaul, Branstetter, O'Donnell, Jacobson y Quinlan, 1998).

Además de las influencias actuales se consideró el posible papel predisponente de varias *experiencias relacionadas con la enfermedad a lo largo de la infancia (hasta 18 años)*. Kellner (1985) o Starcevic (1989), entre otros, indican que el sentido de vulnerabilidad física y la tendencia a la focalización corporal de los pacientes hipocondríacos o con fobia a la enfermedad pudo haberse establecido en la infancia. En la presente investigación el 24% de los sujetos del GAS y el 16,6% de los del GC informaron que alguno de los familiares convivientes expresaban con frecuencia preocupaciones por la salud. Especialmente notoria fue la diferencia observada entre grupos en el informe de enfermedades graves en familiares convivientes a lo largo de la infancia (36% frente a 5%). En lo que se refiere a experiencias personales relacionadas con la enfermedad en la infancia los dos grupos difirieron significativamente tanto en el informe de haber tenido limitaciones a causa de problemas de salud (20% frente a 1,66%) como en el informe de haber tenido atenciones especiales por el estado de salud (20% frente a 5,4%). Los distintos acercamientos teóricos a la

comprensión de la hipocondría resaltan las experiencias de aprendizaje de este tipo como un factor de riesgo en la medida que promoverían un sentido de vulnerabilidad física. Una proporción importante de sujetos con ansiedad por la salud no informaron de un «contexto de enfermedad» en la infancia, lo que pone de relieve que el punto de arranque y desarrollo de las actitudes relacionadas con la enfermedad puede ser sutil. Sin embargo, otras circunstancias más obvias son fácilmente detectadas. Este fue el caso de las contempladas en el estudio. Es de destacar, finalmente, que, como ya señalara Gillespie (1928, cit. Baker y Merskey, 1982), uno de los primeros autores que se refirió a la hipocondría en los términos que se concibe en la actualidad, la exposición a la enfermedad y las atenciones especiales por parte de los cuidadores en relación con la conducta de enfermedad fueron dos antecedentes remotos frecuentes de los sujetos del GAS.

#### Nota

Este trabajo ha sido financiado con la beca «Siota» de Psicología aplicada concedida por el Colegio Oficial de Psicólogos de Galicia.

#### Referencias

- Baker, B. y Merskey, H. (1982). Parental representations of hypochondriacal patients from a psychiatric hospital. *British Journal of Psychiatry*, 141, 223-238.
- Barsky, A.J., Cleary, P.D., Wyshak, G., Spitzer, R.L., Williams, J.B. y Klerman, G.L. (1992). A structured diagnostic interview for hypochondriasis. A proposed criterion standard. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 180, 1, 20-27.
- Barsky, A.J., Fama, J.M., Bailey, E.D. y Ahern, D.K. (1998). A prospective 4 to 5 year study of DSM-III-R hypochondriasis. *Archives of General Psychiatry*, 55, 737-744.
- Barsky, A.J., Wyshak, G. y Klerman, G.L. (1990). Transient hypochondriasis. *Archives of General Psychiatry*, 47, 746-752.
- Barsky, A.J., Wyshak, G. y Klerman, G.L. (1992). Psychiatric comorbidity in DSM-III-R Hypochondriasis. *Archives of General Psychiatry*, 49, 101-108.
- Bianchi, G.N. (1971). Origins of illness phobia. *Australia and New Zealand Journal of Psychiatry*, 4, 241-257.
- Bianchi, G.N. (1973). Patterns of Hypochondriasis: A principal components analysis. *British Journal of Psychiatry*, 122, 541-548.
- Bieling, P.J., Antony, M.M. y Swinson, R.P. (1998). The state-trait anxiety inventory, trait version: structure and content re-examined. *Behavior Research and Therapy*, 36, 777-788.
- Botella, C. y Martínez Narváez, M. P. (1997). Tratamiento cognitivo conductual de la hipocondría. En: Caballo, V. (Ed). *Manual para el tratamiento cognitivo conductual de los trastornos psicológicos*. Madrid: Editorial Siglo XXI.
- Conroy, R.N., Smyth, O., Siriwardena, R. y Fernández. (1999). Health anxiety and characteristics of self-initiated practitioner consultations. *Journal of Psychosomatic Research*, 46, 1, 45-50.
- Cope, H., David, A., Pelosi, A. y Mann, A. (1994). Predictors of chronic «postviral» fatigue. *The Lancet*, 344, 864-868.
- Costa, P.T. y McCrae, R.R. (1985). Hypochondriasis, neuroticism and aging. When are somatic complaints unfounded?. *American Psychologist*, 40, 1, 19-28.
- Dammen, T., Friis, S. y Ekeberg, O. (1999). The Illness Attitude Scales in chest pain patients: a study of psychometric properties. *Journal of Psychosomatic Research*, 46, 4, 335-342.
- Escobar, J.L., Gara, M., Waitzkin, H., Silver, R. C., Holman, A. y Compton, W. (1998). DSM-IV hypochondriasis in primary care. *General Hospital Psychiatry*, 20, 155-159.
- Faravelli, C., Salvatori, S., Galass, F., Arazzi, L., Drei, C., y Cabras, P. (1997). Epidemiology of somatoform disorders: a community survey in Florence. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 32, 24-29.
- Fernández Martínez, R. y Fernández Rodríguez, C. (1998). Actitudes hipocondríacas, síntomas somáticos y afecto negativo. *Psicothema*, 10, 2, 259-270.
- Fernández Rodríguez y Fernández Martínez (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la hipocondría. *Psicothema*, 13, 3, 407-418.
- Fink, P. (1992). Physical complaints and symptoms of somatizing patients. *Journal of Psychosomatic Research*, 36, 2, 125-136.
- García-Campayo, J., Lobo, A., Pérez-Echeverría, M.J. y Campos, R. (1998). Three forms of somatization in primary care in Spain. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 186, 9, 554-560.
- Gerdes, T.T., Noyes, R., Kathol, R.G., Phillips, B.M., Fisher, M.M., Morcuende, M.A. y Yagla, S.J. (1996). Phisician recognition of hypochondriacal patients. *General Hospital Psychiatry*, 18, 106-112.
- Hollifield, M., Paine, S., Tuttle, L. y Kellner, R. (1999). Hypochondriasis, somatization and perceived health and utilization of health care services. *Psychosomatics*, 40, 5, 380-386.
- Katon, W., Kleinman, A. y Rosen, G. (1982). Depression and somatization: A review. *The American Journal of Medicine*, 72, 127-135.
- Kellner, R. (1985). Functional somatic symptoms and hypochondriasis. A survey of empirical studies. *Archives of General Psychiatry*, 42, 821-833.
- Kellner, R. (1986). *Somatization and hypochondriasis*. Nueva York: Praeger.
- Kellner, R. (1990). Somatization. Theories and research. *The 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.
- Kenyon, F.E. (1964). Hypochondriasis: a clinical study. *British Journal of Psychiatry*, 110, 478-488.
- Kenyon, F.E. (1976). Hypochondriacal states. *British Journal of Psychiatry*, 129, 1-14.
- Kirmayer, L.J., Robbins, J.M. y Paris, J. (1994). Somatoform disorders: Personality and the social matrix of somatic distress. *Journal of Abnormal Psychology*, 103, 1, 125-136.
- Lang, F., Floyd, M. R. y Beine, K. L. (2000). Clues to patients' explanations and concerns about their illnesses. *Archives of Family Medicine*, 9, 3, 222-227.

- Lantinga, L.J., Sprafkin, R.P., McCroskery, J.H., Baker, M.T., Wagner, R.A. y Hill, N.E. (1988) one year psychosocial follow-up of patients with chest pain and angiographically normal coronary arteries. *American Journal of Cardiology*, 62, 209-213.
- Lipowski, Z.J. (1988). Somatization: the concept and its clinical application. *American Journal of Psychiatry*, 145, 11, 1358-1367.
- Lipowski, Z.J. (1990). Somatization and depression. *Psychosomatics*, 31, 1, 13-21.
- Mabe, P.A., Hobson, D.P., Jones, R. y Jarvis, R.G. (1988). Hypochondriacal traits in medical inpatients. *General Hospital Psychiatry*, 10, 236-244.
- Mathews, A. y MacKintosh, B. (1998). A cognitive model of selective processing in anxiety. *Cognitive Therapy and Research*, 22, 6, 539-560.
- McCaul, K.D., Branstetter, A.D., O'Donnell, S.M., Jacobson, K. y Quinlan, K.B. (1998). A descriptive study of breast cancer worry. *Journal of Behavioral Medicine*, 21, 6, 565-579.
- Munro, A. (1992). Hipocondriasis y trastornos psiquiátricos. *International Psychiatry Today*. 10-12.
- Noyes, R., Wesner, R. y Fisher, M. (1992). A comparison of patients with illness phobia and panic attacks. *Psychosomatics*, 33, 1, 92-99.
- Reynolds, M. y Salkovskis, P.M. (1992). Comparison of positive and negative intrusive thoughts and experimental investigation on the differential effect of mood. *Behavior Research and Therapy*, 30, 3, 273-281.
- Robbins, J.M. y Kirmayer, L.J. (1996). Transient and persistent hypochondriacal worry in primary care. *Psychological Medicine*, 26, 575-589.
- Ruiz, M.A. y Baca, E. (1993). Design and validation of the «Quality of Life Questionnaire» («Cuestionario de Calidad de Vida»): A generic health related perceived quality of life instrument. *European Journal of Psychological Assessment*, 9, 19-32.
- Ryle, J.A. (1948). Nosophobia. *The Journal of Mental Science*. 394, 1-16.
- Speckens, A.E., Spinhoven, P., Sloeskers, P.P., Bolk, J.H. y Hemert, A.M. (1996). A validation study of the Whitley 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.
- Starcevic, V. (1989). Contrasting patterns in the relationship between hypochondriasis and narcissism. *British Journal of Medical Psychology*, 62, 311-323.
- 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.
- Stewart, S.H. y Watt, M.C. (2000). Illness Attitudes Scale dimensions and their associations with anxiety-related constructs in a nonclinical sample. *Behavior Research and Therapy*, 38, 83-99.
- Tyrer, P., Seivewright y Seivewright. (1999). Long term outcome of hypochondriacal personality disorder. *Journal of Psychosomatic Research*, 46, 2, 177-185.
- Warwick, H. (1995). Assessment of hypochondriasis. *Behavior Research and Therapy*, 33, 7, 845-853.
- 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.
- Wickramasekera, I.E. (1995). Somatization. Concepts, data and predictions from the high risk model of threat perception. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 183, 1, 15-23.
- Zigmond, A.S. y Snaith, R.P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67, 361-370.

Aceptado el 7 de agosto de 2001