



RECURSOS – CAPÍTULO 16

TRATAMIENTO DE LA HIPOCONDRIA

José López-Santiago, Sandra Arnáez, Claudia Castañeiras y Amparo Belloch

1. Registro de episodios de ansiedad por la enfermedad.
2. Modelo explicativo de la ansiedad por la enfermedad.
3. Registro tarea doble columna.
4. Diagrama de tarta.
5. Jerarquía de situaciones evitadas relacionadas con la enfermedad.
6. Registro de exposición a situaciones de ansiedad ante la enfermedad.
7. Orientaciones para el médico de Atención Primaria (MAP).
8. ¿Cuándo debe ir al médico un paciente hipocondríaco?
9. Aspectos del tratamiento grupal de la hipocondría.

Fuente: elaboración propia

1. Registro de episodios de ansiedad por la enfermedad

Antecedentes o situación ⁽¹⁾	Sensación corporal (intensidad 0-100)	Interpretación (intensidad creencia 0-100) ⁽²⁾	Emociones (0-100) ⁽³⁾	Conducta ⁽⁴⁾

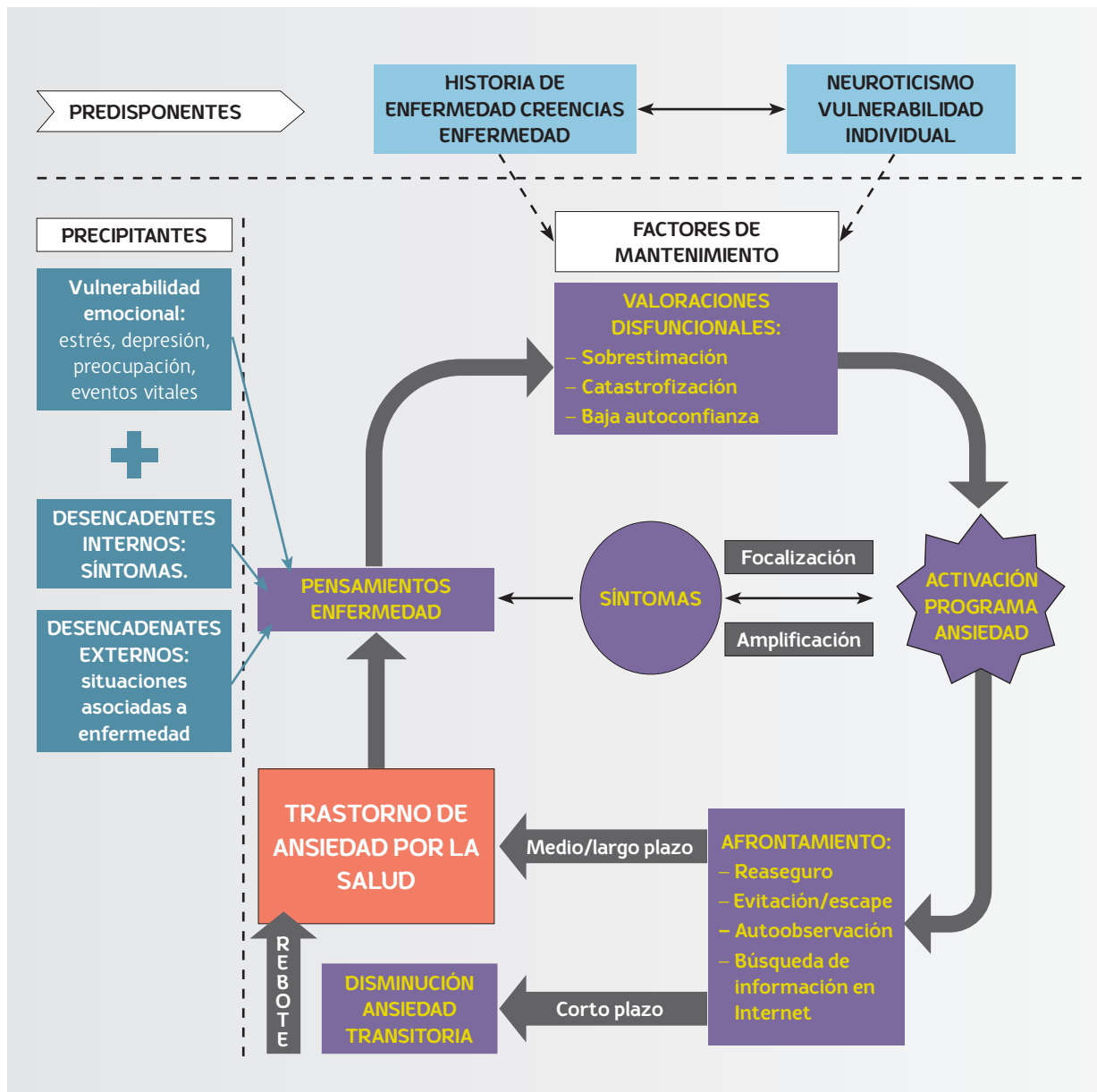
⁽¹⁾ ¿Qué estabas haciendo, o qué estabas pensando?

⁽²⁾ ¿A qué crees que se debe? ¿Qué consecuencias crees que podría tener para ti?

⁽³⁾ ¿Qué sentías? ¿Cómo te sentías?

⁽⁴⁾ ¿Qué haces o qué dejas de hacer para afrontar ese síntoma y los temores asociados?

2. Modelo explicativo de la hipocondría/ansiedad por la enfermedad



3. Registro tarea doble columna

PENSAMIENTO: _____		

Credibilidad (0-100): _____		
Emoción que te provoca el pensamiento: _____		
Intensidad (0-100): _____		
	Evidencias a favor	Evidencias en contra
¿Qué es concretamente lo que piensas o temes?		
Creencia (0-100): _____		
Pensamiento alternativo:		
Creencia (0-100): _____		
Creencia del pensamiento después del análisis: (0-100): _____		
Creencia de la alternativa después del análisis: (0-100): _____		
CONCLUSIÓN:		

4. Diagrama de tarta

¿Existen otras posibles explicaciones menos catastróficas de tus síntomas?

Averigüemos cuál es la probabilidad de cada una de estas interpretaciones alternativas. Sigue los siguientes pasos:

1. En primer lugar, anota qué síntomas te preocupan, a qué temes que puedan deberse y en qué situación aparecen.
2. ¿Existen otras explicaciones para ese síntoma? Intenta contestar a estas preguntas: si has tenido en otras ocasiones este síntoma, ¿a qué ha sido debido? ¿Puede ser que esté relacionado con la tensión o preocupación? ¿Puede estar relacionado con tu alimentación, problemas de sueño, con cambios en tu actividad física? ¿Puede ser un problema físico menor, molesto, pero sin importancia? ¿Qué te ha dicho el médico en otras ocasiones?
3. Anota todas las posibles explicaciones alternativas que se te ocurran para ese síntoma.
4. Si consideramos que en el diagrama de tarta se incluyen el 100% de las posibles explicaciones de tu síntoma, asigna a cada una de ellas un porcentaje de la tarta.
5. Una vez asignado, revísalo por si consideras que tienes que hacer algún cambio y representa los porcentajes dentro del círculo como si fueran porciones de una tarta.
6. Finalmente escribe una breve conclusión que hayas obtenido a partir de realizar la tarea.

Situación: _____

Síntoma: _____

Interpretación negativa: _____

Explicaciones alternativas: _____

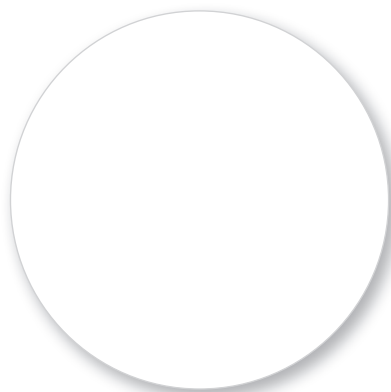
1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

5. _____



CONCLUSIÓN:

5. Jerarquía de situaciones evitadas relacionadas con la enfermedad

Describe en la tabla situaciones que actualmente estás evitando por miedo a que te puedan generar pensamientos sobre enfermedades. Valora el grado en el que evitas cada una de las situaciones y el nivel de ansiedad que te causa según la siguiente escala, y ordénalas de mayor a menor ansiedad. Piensa en qué aspectos de las diferentes situaciones pueden incrementar tu ansiedad y anota, si así lo consideras, situaciones similares, pero que te ocasionan diferente grado de ansiedad. Comienza anotando la de mayor ansiedad y la de menor y luego completa con más situaciones intermedias.

No evito		Dudo, pero rara vez evito		A veces evito		Normalmente evito		Siempre evito	
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9 10
No ansiedad		Ansiedad leve		Ansiedad media		Ansiedad elevada		Ansiedad extrema	

	Descripción	Ansiedad (0-10)	Evitación (0-10)
I (el peor)			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
II			
12			

6. Registro de exposición a situaciones de ansiedad ante la enfermedad

Describe la situación a la que vas a exponerte:

ANTES DE EXPONERTE

Ansiedad anticipatoria (0-10): _____

¿Qué es lo peor que puede pasar?:

Reevalúa tus pensamientos (piensa si estás sobreestimando, catastrofizando, infravalorando tu capacidad de afrontar o analiza las pruebas de que ese pensamiento sea real)

DURANTE LA EXPOSICIÓN

Duración: _____

Ansiedad (0-10). Inicio: _____ Máxima: _____ Al terminar: _____

¿Cómo te has sentido?

¿Qué conclusiones sacas de la situación? ¿Cómo hiciste frente a la ansiedad? ¿Y a las conductas de evitación?

REPITE LA SITUACIÓN LAS VECES QUE TE SEA POSIBLE PARA QUE LA ANSIEDAD PUEDA DISMINUIR

7. Orientaciones para el médico de atención primaria (MAP)

Tradicionalmente el encuentro entre el paciente hipocondríaco y su médico ha sido descrito como un grave desentendimiento (Barsky, 1991), lo que puede desembocar en un peregrinaje del paciente en búsqueda de una cura de su enfermedad por múltiples consultas médicas y complicar tanto la clínica del paciente como retrasar un adecuado abordaje de su trastorno de ansiedad. A partir de nuestra experiencia y de las propuestas recogidas en la literatura al respecto del abordaje por médicos de AP (p. ej., Bass y Benjamin, 1993; Kellner, 1986, 1992; Starcevic, 2001, 2014; Noyes, 2014) consideramos que la intervención del médico debe guiarse por unos principios resumidos a continuación:

1. La base del abordaje del paciente hipocondríaco se encuentra en la relación terapéutica. La confianza en su médico por parte del paciente y la comprensión por parte del médico del problema del paciente desde un marco biopsicosocial son la base del tratamiento.
2. Debe realizarse una acogida y escucha empática de la preocupación y el malestar. Es imprescindible que el paciente pueda sentir que su síntoma es atendido, legitimado y no tratado como algo que «*solo está en su cabeza*».
3. Hay que limitar las pruebas a aquellas que puedan ser pertinentes y justificables y ofrecer una explicación clara y lo más comprensible posible de los resultados y explicar los motivos de cuando no es necesario realizarlas y de los riesgos que pueden conllevar, incluidos los relacionados con su problema de ansiedad.
4. Se debe intentar que el paciente acepte la idea de la incertidumbre de la medicina y su falibilidad y los riesgos para su ansiedad por la enfermedad de la búsqueda de certezas.
5. El médico debe ofrecer una explicación de la naturaleza de los síntomas que integre factores psicológicos, emocionales y somáticos. En muchas ocasiones, el «*no le pasa nada*» no permite dar respuesta a la experiencia somática del paciente que necesita una explicación a lo que le está ocurriendo.
6. Programar visitas de forma periódica para aquellos pacientes que las demandan de forma frecuente.
7. Educar respecto a valorar el aplazamiento de la visita inmediata ante un síntoma, cuando únicamente lo que se busca es la tranquilización y el reaseguro.
8. Educar respecto a recursos de afrontamiento del malestar que pueden tener beneficios en el estado físico y mental global, como higiene del sueño, planificación de actividades gratificantes, programas de ejercicio físico, identificación y etiquetado de respuestas emocionales, etc.
9. Transmitirle que su problema no reside tanto en los síntomas como en el malestar emocional que le causan para el que existe un tratamiento psicológico específico que ha demostrado su eficacia, para poder derivarle cuando sea pertinente.

8. ¿Cuándo debe ir al médico un paciente hipocondríaco?

Una de las dudas que les surge a las personas con TAE cuando se encuentran en proceso de recuperación es: «¿Cómo puedo saber si debo ir al médico cuando tengo un síntoma o estoy preocupado por mi salud?». Sin duda, resulta difícil ofrecer pautas muy concretas, ya que la casuística es muy amplia y obviamente ser hipocondríaco no implica que no se pueda enfermar o sufrir síntomas que requieran una evaluación médica. No obstante, podemos ofrecer una serie de pautas al paciente para que pueda afrontar la decisión de consultar o no al médico, y que resumimos a continuación. No obstante, en nuestra experiencia, los pacientes suelen distinguir bien cuándo sus síntomas pertenecen al ámbito de la hipocondría y cuándo no, tanto si se encuentran en TCC como si han culminado el proceso con éxito. En todo caso, es importante que la decisión de remitir al paciente a su médico pueda ser combinada con una adecuada atención del paciente por parte del médico de atención primaria que hemos comentado.

Pautas para valorar cuándo acudir al médico:

1. Distinguir si el **objetivo de la consulta** es lograr la tranquilización y el reaseguro por parte del médico ante un síntoma del que se conoce razonablemente su origen, o si el objetivo es conocer el diagnóstico y tratamiento de una sintomatología que puede relacionarse con una enfermedad.
2. Realizar previamente un análisis de probabilidades del tipo **doble columna** para valorar el síntoma y la decisión.
3. **Aplazar** la visita al médico un tiempo y no precipitarse ante el primer signo. Obviamente este criterio debe ser flexible en función del tipo de síntoma, su intensidad, y las experiencias previas respecto de este.
4. **Evitar la focalización** en el síntoma y las conductas de autoobservación, ya que pueden amplificar la percepción del síntoma y la preocupación.

5. Discutir con el paciente las **consecuencias de observar** frecuentemente un síntoma: en qué medida esa observación es útil para mejorar la enfermedad, tiene utilidad clínica, busca una mejor comprensión del problema o, por lo contrario, se trata más de una observación excesiva con la finalidad de manejar la ansiedad que ocasiona el síntoma y, por tanto, que nada tiene que ver con el propio proceso de enfermedad.
6. Ante la presencia de un síntoma físico objetivable (p. ej., sangre en heces) o poco habitual en la historia hipocondríaca del paciente, es **obligada su remisión al médico** de AP o al especialista correspondiente para que haga la valoración adecuada.

9. Aspectos del tratamiento grupal de la hipocondría

La evolución de la terapia de grupo ha aportado evidencias consistentes sobre sus beneficios para diferentes problemas [Burlingame, Mackenzie y Strauss, 2004]. Se trata de un abordaje que se enfoca en los procesos interaccionales como base del cambio terapéutico a través de factores comunes que organizan las intervenciones.

En cuanto a las pautas para su aplicación se recomienda favorecer los intercambios que permitan elaborar de manera colaborativa un modelo compartido que integre en la experiencia explicaciones alternativas y más realistas para un afrontamiento funcional y adaptativo.

De hecho, si bien hay diferentes enfoques en terapia de grupo, proponemos un abordaje grupal estructurado, focalizado y de tiempo limitado. En la composición del grupo se recomiendan de 6 a 8 pacientes con características compartidas en torno a la condición clínica de ansiedad por la enfermedad, aunque puede admitir distinto grado de severidad y evolución en función de los objetivos. La duración estándar está propuesta para 16 semanas en sesiones de 90-120 minutos teniendo en cuenta la flexibilidad necesaria de intervenciones en contextos naturales de asistencia.

Otro aspecto importante para el abordaje grupal es la confección de una agenda de trabajo y la explicitación de metas terapéuticas a trabajar a través de tareas interesesión.

En cuanto a las variables dinámicas, se buscará el mejor clima grupal como equivalente de alianza terapéutica entre los pacientes y con el terapeuta.

El espacio grupal habilita a ensayar cambios y comportamientos diferentes al modificar los esquemas cognitivos disfuncionales que están en la base del trastorno. Esto se puede lograr a través de un balance equilibrado entre cohesión y movilidad que favorece perspectivas diferentes y modelado por aprendizaje vicario [Fernández-Álvarez, 2008]. La cohesión hace referencia a promover los aspectos de identificación y normalización de la experiencia en las interacciones entre los pacientes, sentido de pertenencia, vínculos de confianza y solidaridad. En cuanto a la movilidad, se entienden los procesos interpersonales que promueven el cambio terapéutico y la diferenciación entre los pacientes. Este dispositivo resulta suficiente en severidad baja-moderada, y puede ser una intervención complementaria a otras en casos más severos.

El tratamiento tiene por objetivo influir sobre los aspectos cognitivos y las interpretaciones distorsionadas que los pacientes tienen en la percepción de los síntomas como anuncio de enfermedad grave de evolución, la hipervigilancia corporal y las conductas de seguridad. El componente psicoeducativo es central durante todo el proceso y guía los procedimientos de reestructuración cognitiva y de exposición necesarios para desactivar el ciclo disfuncional y la evitación cognitiva y conductual que sostiene el trastorno con el fin de tratar de elaborar un modo más funcional para la vida. En este sentido, la función del terapeuta consiste en favorecer cambios en las interacciones que expresan las dificultades y también potenciar los recursos de los pacientes.

Tomando como referencia los desarrollos de Belloch, Fernández-Álvarez y Pascual-Vera (2019), en el siguiente esquema se resumen las principales características del tratamiento grupal para la ansiedad por la enfermedad:

1. Estimula la actualización de la experiencia disfuncional con otros:
 - permite que el paciente actualice en los intercambios con otros las dificultades que experimenta con la ansiedad por la enfermedad en su vida cotidiana,
 - facilita los procesos de exposición en un espacio compartido,
 - destaca los aspectos interpersonales del problema.
2. Formación de redes:
 - favorece la normalización de la experiencia en las interacciones (identificación de experiencias comunes y aprendizaje por observación),
 - aumenta el apoyo social como factor terapéutico, la comunicación expresiva y la regulación emocional,
 - favorece la autoobservación desde perspectivas distintas,

- produce una influencia recíproca entre los integrantes que vehiculiza los aspectos transferenciales en el grupo,
- facilita la autoobservación al comparar diferentes maneras de relacionarse y asumir distintas perspectivas que expandan la experiencia,
- aumenta la tolerancia y aceptación que flexibiliza sus esquemas disfuncionales,
- favorece la autovaloración y la autoestima en los pacientes a través del trabajo colaborativo y la validación de la experiencia por pares.

3. Logros terapéuticos:

- afianza los cambios terapéuticos y favorece la transferencia de los aprendizajes a la vida cotidiana como modos de afrontamiento más adaptativos,
- aporta una capacidad adicional para sostener situaciones críticas que se puedan presentar durante el proceso.

Finalmente, la evaluación de proceso y por etapas durante el tratamiento aporta datos y retroalimentación sobre la evolución e impacto de las intervenciones grupales para los pacientes con este problema. En el caso de la hipocondría ha habido un predominio de tratamientos individuales contemplando, por un lado, la resistencia y emocionalidad negativa para exponer su experiencia, y por otro, algo no menor como la dificultad de conformar en muchas ocasiones dispositivos grupales adecuados. También porque es necesario contar con profesionales formados para abordar las vicisitudes que el trastorno adquiere en cada paciente, y que a la vez estén entrenados para la coordinación de grupos terapéuticos, en el manejo técnico, la dinámica de las interacciones y los procedimientos de intervención.

En el siguiente cuadro se resumen las principales características del tratamiento grupal para la hipocondría:

OBJETIVOS	
– Modificar los esquemas cognitivos disfuncionales y las interpretaciones distorsionadas que los pacientes tienen sobre la percepción de los síntomas como indicadores de enfermedad grave. – Desactivar la hipervigilancia corporal, las conductas de seguridad y reaseguro que mantienen el ciclo disfuncional del trastorno. – Elaborar un modo más funcional para la vida de las conductas de autocuidado.	
VARIABLES DINÁMICAS (base de las intervenciones)	
CLIMA GRUPAL (equivalente de alianza terapéutica en dispositivo grupal)	– Favorecer el <i>efecto grupo</i> en las interacciones como variable de proceso para promover cambios terapéuticos en los pacientes.
PROCEDIMIENTOS TÉCNICOS	
PSICOEDUCACIÓN	– Central durante todo el proceso. Guía los procedimientos de reestructuración cognitiva y de exposición necesarios para desactivar el ciclo disfuncional y la evitación cognitiva y conductual que sostiene el trastorno con el fin de tratar de elaborar un modo más funcional para la vida.
REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA	– Cambiar modos distorsionados del pensamiento sobre la sensaciones y síntomas corporales (pensamientos automáticos/interpretaciones personales) asociados al malestar emocional favoreciendo la influencia del grupo como activador de la experiencia disfuncional y de alternativas de afrontamiento.
EXPOSICIÓN/ENSAYOS CONDUCTUALES	– Aumentar el dominio sobre situaciones temidas y la normalización de la experiencia. – Desarrollar alternativas conductuales por procedimientos de exposición a los síntomas y sensaciones corporales vividos como signos de enfermedad grave.
FUNCIÓN DEL EQUIPO TERAPÉUTICO	– Validar la experiencia de padecimiento y su aceptación. – Favorecer cambios a través de las interacciones que generen alternativas más funcionales pensamientos-emociones-conductas. – Promover los recursos de los pacientes para un manejo más adaptativo del autocuidado.

Referencias

- Belloch, A., Fernández-Álvarez, H., y Pascual-Vera, B. [2019]. *Guía de intervención en trastornos de la personalidad*. Síntesis.
- Burlingame, G. M., MacKenzie, K. R., y Strauss, B. [2004]. Small-group treatment: evidence for effectiveness and mechanisms of change. En M. J. Lambert (ed.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (5.ª ed., pp. 647-696). Wiley.
- Fernández-Álvarez, H. (2008). La psicoterapia de grupo: un modelo integral. En H. Fernández-Álvarez, *Integración y Salud Mental. El proyecto Aiglé 1977-2008*. Desclée de Brouwer.