



ISSN 2255-5609

# Revista de Casos Clínicos en Salud Mental

## **TRATAMIENTO COGNITIVO CONDUCTUAL EN UN CASO DE TRASTORNO HIPOCONDRIACO SEVERO**

Clara Isabel Lacunza Juangarcía  
Francisco Javier Díaz Leiva  
Ana María Ardanaz Elcid  
*Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea*

## **COGNITIVE BEHAVIORAL TREATMENT IN A CASE OF SEVERE HYPOCHONDRIASIS DISORDER**

Clara Isabel Lacunza Juangarcía  
Francisco Javier Díaz Leiva  
Ana María Ardanaz Elcid  
*Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea*

### **Dirección de contacto y envío de correspondencia:**

Clara Isabel Lacunza Juangarcía  
Servicio Navarro de Salud- Osasunbidea  
Centro de Salud Mental de Ansoáin  
Calle Ostoki, nº 16. 31013 Ansoáin. Navarra, España  
Email: [cilacunza@gmail.com](mailto:cilacunza@gmail.com)

## **Tratamiento cognitivo conductual en un caso de trastorno hipocondríaco severo**

Se presenta la evaluación y el tratamiento realizado a una paciente de 37 años atendida a nivel ambulatorio en un Centro de Salud Mental del Servicio Navarro de Salud. Se reflexiona, además, en torno a aspectos que consideramos importantes para trabajar este tipo de casos. La mujer, con antecedentes de tratamiento en salud mental en el pasado por trastornos leves de la esfera ansioso-depresiva, fue de nuevo derivada para tratamiento especializado ante la presencia de intensa ansiedad y bajo estado de ánimo. Presentaba la firme convicción de padecer una enfermedad no detectada y había acudido en varias ocasiones al servicio de urgencias hospitalario y a la consulta de su médico de atención primaria por este motivo. Conforme se desarrollaba el cuadro clínico, su nivel de funcionamiento fue decayendo, al tiempo que disminuía su estado de ánimo y se incrementaba su ansiedad. En el presente trabajo se expone el tratamiento multidisciplinar realizado (tratamiento farmacológico y psicológico de orientación cognitivo conductual) y los resultados del mismo.

**Palabras clave:** Hipocondría, ansiedad, cáncer, tratamiento cognitivo-conductual.

## **Cognitive behavioural treatment in a case of severe hypochondriasis disorder**

We reported the clinical assessment and treatment of a 37 years-old patient, attended at an outpatient level in a Mental Health Center belonging to regional Health Services of Navarra (Spain). We add some important principles to consider in such a case. The woman had a history of mental health treatment for minor anxiety-depressive disorder spectrum and was referred again to the specialist accusing intense anxiety and low mood state. She had the firm conviction of having an undetected illness and had been several times to the emergency services, along with some consulting petitions to her primary care doctor. During that time, her performance level declined and her anxiety became to grow, along with an important decrease of her mood state. This paper reports the multidisciplinary approach performed (pharmacological and psychological cognitive-behavioural treatment) whose results we present as well.

**Key words:** hypochondria, anxiety, cancer, cognitive-behavioural treatment.

## Tratamiento cognitivo conductual en un caso de trastorno hipocondríaco severo

### INTRODUCCIÓN

En 1673, Jean Baptiste Poquelin, más conocido como Molière, escribió la que sería su última obra "*Le malade imaginaire*" (El enfermo imaginario). En ella retrata de forma jocosa las vicisitudes de un personaje, Argan, que se muestra convencido de tener algún tipo de enfermedad, convicción que actualmente se considera un aspecto central del trastorno hipocondríaco. Muchos años después, concretamente en 1980, se incluyó la hipocondría como un trastorno recogido en el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (American Psychiatric Association, 1980).

Desde entonces se había considerado al trastorno hipocondríaco como un trastorno de difícil abordaje terapéutico y muchos profesionales, a día de hoy, lo siguen considerando una patología resistente al cambio y con mal pronóstico. Entre las razones que apoyan estas afirmaciones se señala el hecho de que los pacientes que lo sufren muestran gran resistencia a recibir tratamiento en los servicios de salud mental, pues consideran que su problema tiene un carácter exclusivamente físico. Esto a su vez hace difícil establecer una adecuada relación terapéutica con ellos desde los servicios de salud mental. A todo ello hay que añadir la falta de una adecuada conceptualización y comprensión del trastorno. Quizá por estos motivos, disponemos de escasos datos en cuanto a la prevalencia de este trastorno. En una revisión reciente de la literatura al respecto que incluía 55 artículos, Weck y su equipo (2014), encontraron una prevalencia del 0,40% (rango 0,0-4,5%) en la población general y del 2,95% (rango 0,3-8,5 %) en el entorno médico. No obstante, estos autores señalan que tanto la versión actual de la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10 (Organización Mundial de la Salud, 1992) como la versión anteriormente vigente del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000), no contemplan la verdadera dimensión del problema por sus criterios restrictivos de definición del trastorno.

Un hecho que sin embargo nadie pone en duda es el gran coste que tiene el trastorno hipocondríaco para las personas que lo sufren a nivel emocional, relacional e incluso laboral, al asociarse a un mayor número de visitas a los centros sanitarios y a la realización de un mayor número de pruebas médicas y tratamientos farmacológicos, con el coste económico añadido que esto supone (Barsky, Wyshak, Klerman, & Latham, 1990; Barsky, Ettner, Horsky, & Bates, 2001; Sunderland, Newby, & Andrews, 2013).

Sin embargo, en los últimos años se ha producido un importante avance en el estudio de esta patología gracias al desarrollo de modelos explicativos de inspiración cognitivo-conductual, que han permitido avanzar en el desarrollo de nuevos protocolos de tratamiento. Las aportaciones de autores como Barsky (1992) que señalan la tendencia de los paciente hipocondríacos a amplificar una extensa variedad de síntomas somáticos y viscerales (estilo somático amplificador), así como la importancia de las interpretaciones catastróficas de los síntomas (Salkovskis & Clark, 1993; Warwick & Salkovskis, 1990) han resultado fundamentales a este respecto. En base a estas contribuciones previas, Abramowitz, Deacon, & Valentiner, (2007) resumen un modelo en el que sugieren que las creencias disfuncionales acerca de los síntomas corporales y

de las enfermedades juegan un papel significativo en el desarrollo de la hipocondría. Estas creencias a menudo incrementan la tendencia del sujeto a desarrollar interpretaciones catastrofistas cuando experimenta sensaciones corporales benignas o recibe informaciones relacionadas con su salud. En este punto la persona, preocupada ante la posibilidad de enfermar, desarrolla una mayor vigilancia ante cualquier signo de estar enferma e intenta reducir su preocupación e incertidumbre acerca de su estado de salud. El modelo resalta, por lo tanto, la importancia de estos errores cognitivos que se mantienen (a pesar de la información discordante y de la reaseguración repetida proveniente de los profesionales médicos) debido al empleo de estrategias inadecuadas para hacer frente a la ansiedad. Estas estrategias o conductas de seguridad (prevenciones innecesarias, comportamientos evitativos o tranquilizadores) impiden a la persona que las padece recibir información que desconfirme sus distorsiones en torno a los síntomas y a la enfermedad.

En base a estos modelos cognitivo conductuales se han desarrollado tratamientos que han obtenido suficiente apoyo empírico: existen en la actualidad más de una docena de estudios controlados aleatorizados que demuestran su eficacia (Bouman, 2014).

## **PRESENTACIÓN DEL CASO**

### ***Identificación de la paciente***

Mujer de 37 años de edad, la menor de una fratria de tres hermanas, casada y con un hijo de tres años.

Había sido atendida previamente en el año 2005 (problemas ansiosos en relación a sobrecarga laboral) y en el año 2011 (conductas agorafóbicas y bajo estado de ánimo). En ambas ocasiones recibió tratamiento farmacológico con buena respuesta y había sido dada de alta sin recibir tratamiento psicológico.

Como antecedentes médicos de interés cabe señalar la existencia de un síndrome de ovario poliquístico.

### ***Motivo de consulta***

La paciente es derivada a tratamiento en la red navarra de Salud Mental, en un estado de máxima ansiedad y de bajo estado de ánimo derivados de su convicción de padecer una enfermedad grave no diagnosticada (en concreto, cáncer) y, por ende, de no estar siendo tratada convenientemente.

Refería ser incapaz de continuar con su vida habitual porque se encontraba paralizada por el miedo que experimentaba e insinuaba que no tenía sentido implicarse en sus quehaceres diarios, ante la perspectiva de una muerte más o menos inminente.

#### ***Objetivos de la paciente:***

1. Descubrir si realmente padece una enfermedad grave.
2. Disminuir la angustia.
3. Recuperar el estilo de vida que tenía antes de que surgiese esta situación y poder ocuparse de su hijo convenientemente.

### ***Historia del problema***

El episodio actual se inicia cuando la paciente acude derivada con una cita preferente al centro de salud mental (CSM), a instancias de su médico de atención primaria. El problema había comenzado dos meses antes de ser atendida en el centro, coincidiendo con el diagnóstico de cáncer de recto de su padre, que se agravó con metástasis hepática. Pocos días después de conocer este diagnóstico, la paciente acudió a la consulta de su médico de primaria en un estado de visible ansiedad. Muy nerviosa y llorosa, refería tener un gran temor a padecer cáncer, había perdido hasta cuatro kilos de peso y se quejaba de dolores gástricos y frecuentes deposiciones diarreicas. En vista del estado clínico de la paciente, su médico comenzó tratamiento con un inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina (paroxetina, 20 mg, 1-0-0) y un ansiolítico a demanda (alprazolam 0.5mg) para momentos de mayor angustia.

Durante los dos meses que transcurrieron desde esa consulta hasta que finalmente fue derivada y atendida en salud mental, la paciente visita a su médico de atención primaria en más de quince ocasiones. Verbalizaba diversas molestias físicas (malestar en la zona costal, en laringe, cambios en el flujo vaginal y varias infecciones urinarias) por las que recibe diversos tratamientos, incluidos varios ciclos de antibióticos. Durante todas estas consultas mantiene un estado de gran ansiedad y la convicción irreductible de que, en el fondo, padece una enfermedad grave no diagnosticada. Llegó a recibir tratamiento psiquiátrico privado (con un número muy limitado de sesiones) donde se procedió al cambio de tratamiento farmacológico: se instaura sertralina 100 mg (1-0-1) y se incrementa la pauta de alprazolam 0,5 mg (1-1-1), con escaso resultado.

En vista de la mala evolución del cuadro, su médico decide derivarla a asistencia especializada en su CSM correspondiente. Cabe señalar que el día previo a la primera consulta acudió al servicio de urgencias hospitalario, quejándose de llevar quince días con infección urinaria (estaba siendo tratada con antibiótico) y aterrorizada ante el color amarillento de sus heces. Tras descartar organicidad y repetir las correspondientes pruebas de laboratorio que ya se habían realizado en atención primaria, se le recomendó acudir al día siguiente a su cita en el CSM.

En las tres consultas de evaluación realizadas en nuestro centro (una con psiquiatría y dos con psicología clínica) la paciente manifiesta su convicción absoluta de padecer alguna enfermedad grave, en el estómago, en la vesícula... En algunos momentos señala que podría tratarse de un cáncer y reconoce haber advertido a sus familiares de que, cuando ella muriese, se arrepentirían de no haberle prestado la atención suficiente. Indica estar incapacitada para desarrollar su vida normal, pues desde primera hora de la mañana se ve asaltada por sus temores, hasta el punto de presentar frecuentemente “ataques de ansiedad”. Reconoce vigilar cada vez que va al baño el aspecto de sus heces e incluso haber intentado observarlas con una lupa y rociarlas con agua oxigenada, para descubrir si presentaban sangre oculta. Pese a que los médicos le habían indicado que el aspecto de sus heces probablemente estaba relacionado con los tratamientos farmacológicos que venía tomando, ella se muestra totalmente escéptica ante esta explicación. Reconoce buscar de forma persistente en internet información al respecto y llamar en repetidas veces al día a su marido, a su hermana o a su médico de cabecera en busca de tranquilización. Además, comprueba su temperatura corporal varias veces al día porque “necesita” que no suba de 36.5°.

Reconoce que la mayor parte del día permanece angustiada, llorando, con tendencia a encamarse y a descuidar actividades rutinarias (tareas de casa, quedar con

amigas, ir a buscar a su hijo al colegio...). Trata de evitar ir a casa de sus padres porque reconoce que le incrementa la angustia, con el consiguiente malestar y culpabilidad asociados.

## EVALUACIÓN

La evaluación del caso se centró por una parte en tratar de objetivar de alguna forma la gravedad de los síntomas ansiosos y depresivos de la paciente, y por el otro en conocer los factores relevantes en el origen y mantenimiento del problema. Se llevaron a cabo tres entrevistas semiestructuradas (la primera realizada por un psiquiatra y las dos siguientes por una psicóloga clínica) y se aplicaron tres instrumentos concretos de evaluación:

Inventario de depresión de Beck-II. (Beck, Steer, & Brown, 1996) en su versión española (Sanz, Perdigón, & Vázquez, 2003). Se trata de una medida de autoinforme que proporciona información sobre la presencia y gravedad de la depresión a través de 21 ítems que recogen los criterios para el diagnóstico de los trastornos depresivos señalados tanto en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales quinta edición, DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) como en la CIE-10.

En el caso de la paciente, el resultado fue de 21 puntos, señalando la existencia de una afectación significativa del estado de ánimo.

Para el estudio de la ansiedad general se empleó el Cuestionario de Autoevaluación de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI, Spielberger C.D, Gorsuch & Lushene, 1982), constituido por 40 ítems distribuidos en dos escalas con formato de respuesta tipo Likert, que miden la ansiedad rasgo y la ansiedad estado. Los resultados obtenidos por la paciente se situaron en un percentil 95 para la ansiedad estado y en un percentil 85 para la ansiedad rasgo.

Además, y para evaluar el motivo de consulta, se administró el Cuestionario de Conducta de Enfermedad (Pilowsky & Spence, 1983), en su traducción española (Ballester & Botella, 1993). Se trata de un instrumento de autoevaluación que consta de 62 ítems y que tiene como objetivo registrar aspectos de la conducta de enfermedad (fundamentalmente actitudes que sugieren modos inapropiados o mal adaptados de responder al estado de salud de uno mismo). El instrumento consta de 7 escalas:

1. Hipocondría general. Factor general que se refiere a la preocupación fóbica por el propio estado de salud. Está asociado con un alto nivel de activación o ansiedad.
2. Convicción de enfermedad. Caracterizado por la afirmación de que existe un problema físico, preocupación sintomática y rechazo de la confianza proporcionada por el médico.
3. Percepción psicológica versus somática de la enfermedad. Una puntuación alta en esta escala indica que el paciente se siente de algún modo responsable de su enfermedad y que se percibe como necesitado de un tratamiento psicológico, más que de uno médico. Una puntuación baja indica rechazo de tales actitudes y tendencia a somatizar.
4. Inhibición afectiva. Puntuaciones altas indican dificultad en la expresión de sentimiento personales, especialmente los negativos, a los demás.
5. Perturbación afectiva. Caracterizada por sentimientos de ansiedad y/o tristeza.
6. Negación. Una alta puntuación refleja la tendencia a negar el estrés y atribuir todos los problemas a los efectos de la enfermedad.



7. Irritabilidad. Señala la presencia de sentimientos de enojo y de fricción interpersonal.

A continuación se exponen las puntuaciones obtenidas por la paciente:

- Hipocondría general : 6 (Rango 0-9)
- Convicción de enfermedad : 4 (Rango 0-6)
- Preocupación psicológica vs somática : 1 (Rango 0-5)
- Perturbación afectiva: 1 (Rango 0-5)
- Inhibición afectiva : 4 (Rango 0-5)
- Negación : 3 (Rango 0-5)
- Irritabilidad : 2 Rango 0-5

Este cuestionario permite además obtener el denominado *Índice Whiteley*, destinado a valorar las actitudes hipocondríacas a través de las puntuaciones obtenidas en 14 de los ítems. En el caso de la paciente, la puntuación obtenida en este índice fue de 11, superior al punto de corte establecido (puntuación igual o mayor que 8) para identificar a los pacientes que presentan una elevada probabilidad de manifestar una conducta anormal de enfermedad.

Por último, se instruyó a la paciente para que rellenara un *diario de hipocondría*, con el objetivo de registrar sus síntomas físicos, la hora del día y situación en la que se experimentaban, sus cogniciones y grado de creencia asociado a dichos síntomas (interpretación), las emociones desencadenadas y su intensidad, así como las consecuencias a nivel conductual que conllevaban.

## DIAGNÓSTICO

En base a la información proporcionada en las entrevistas e instrumentos de evaluación, la paciente fue diagnosticada de F45.2. Trastorno hipocondríaco (CIE-10). En esta clasificación, el trastorno se encuadra bajo la categoría general “Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos”.

Dos son los criterios fundamentales en base a los cuales se establece este diagnóstico:

a) Creencia persistente de la presencia de al menos una enfermedad somática grave, que subyace al síntoma o síntomas presentes, aun cuando exploraciones y exámenes repetidos no hayan conseguido encontrar una explicación somática adecuada para los mismos o una preocupación persistente sobre una deformidad supuesta.

b) Negativa insistente a aceptar las explicaciones y las garantías reiteradas de médicos diferentes de que tras los síntomas no se esconde ninguna enfermedad o anormalidad somática.

En el caso de realizar un diagnóstico DSM, conviene señalar que con la llegada de la quinta versión de este manual (American Psychiatric Association, 2013) el concepto de hipocondría ha sido retirado, al considerar que incluye un componente peyorativo y condicionante para la relación terapéutica. El antiguo trastorno hipocondríaco se ha desdoblado en dos trastornos diferenciados: el “Trastorno de síntomas somáticos” y el “Trastorno de ansiedad por enfermedad”, que se incluyen en el apartado “Trastorno de síntomas somáticos y trastornos relacionados”.

Tabla 1. Comparativa diagnósticos

Trastorno de ansiedad por enfermedad. 300.7	Trastorno de síntomas somáticos 300.82
<p>A. Preocupación por padecer o contraer una enfermedad grave.</p> <p>B. No existen síntomas somáticos o, si están presentes, son únicamente leves. Si existe otra afección médica o un riesgo elevado de presentar una afección médica, la preocupación es claramente excesiva o desproporcionada.</p> <p>C. Existe un grado elevado de ansiedad acerca de la salud, y el individuo se alarma con facilidad por su estado de salud.</p> <p>D. El individuo tiene comportamientos excesivos relacionados con la salud o presenta evitación por mala adaptación.</p> <p>E. La preocupación por la enfermedad ha estado presente al menos durante seis meses, pero la enfermedad temida específica puede variar en ese período de tiempo.</p> <p>F. La preocupación relacionada con la enfermedad no se explica mejor por otro trastorno mental, como un trastorno de síntomas somáticos, un trastorno de pánico, un trastorno de ansiedad generalizada, un trastorno dismórfico corporal, un trastorno obsesivo-compulsivo o un trastorno delirante de tipo somático.</p> <p><i>Especificar si:</i></p> <p><b>Tipo con solicitud de asistencia:</b> Utilización frecuente de la asistencia médica, que incluye visitas al clínico o pruebas y procedimientos.</p> <p><b>Tipo con evitación de asistencia: Raramente se utiliza la asistencia médica.</b></p> <p>Raramente se utiliza la asistencia médica.</p>	<p>A. Uno o más síntomas somáticos que causan malestar o dan lugar a problemas significativos en la vida diaria.</p> <p>B. Pensamientos, sentimientos o comportamientos excesivos relacionados con los síntomas somáticos o asociados a la preocupación por la salud, como se pone de manifiesto por una o más de las características siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pensamientos desproporcionados y persistentes sobre la gravedad de los propios síntomas.</li> <li>2. Grado persistentemente elevado de ansiedad acerca de la salud o los síntomas.</li> <li>3. Tiempo y energía excesivos consagrados a estos síntomas o a la preocupación por la salud.</li> </ol> <p>C. Aunque algún síntoma somático puede no estar continuamente presente, el estado sintomático es persistente.</p> <p><i>Especificar si:</i></p> <p><b>Con predominio de dolor</b> (antes trastorno doloroso): este especificador se aplica a individuos cuyos síntomas somáticos implican sobre todo dolor.</p> <p><i>Especificar si:</i></p> <p><b>Persistente:</b> Un curso persistente se caracteriza por la presencia de síntomas intensos, alteración importante y duración prolongada (más de seis meses).</p> <p><i>Especificar la gravedad actual:</i></p> <p><b>Leve:</b> Sólo se cumple uno de los síntomas especificados en el Criterio B.</p> <p><b>Moderado:</b> Se cumplen dos o más de los síntomas especificados en el Criterio B.</p> <p><b>Grave:</b> Se cumplen dos o más de los síntomas especificados en el Criterio B y además existen múltiples quejas somáticas (o un síntoma somático).</p>

La primera de estas categorías incluye diversos trastornos anteriormente incluidos dentro de los trastornos somatomorfos (por ejemplo el trastorno de somatización y el trastorno por dolor) e incluye a pacientes que presentan diversos síntomas orgánicos que presentan una explicación médica. Según indica el DSM-5, los pacientes que reciben este diagnóstico suelen presentar múltiples síntomas somáticos que causan malestar o pueden originar problemas significativos en la vida diaria, aunque algunas veces sólo aparece un síntoma grave, con mayor frecuencia el dolor. Dichos síntomas pueden ser más o menos específicos y denotan sensaciones corporales normales o un malestar que, generalmente,



no sugiere enfermedad grave. Aunque tal y como recoge el manual, la mayoría de los pacientes que anteriormente eran diagnosticados de hipocondría serían ahora clasificados como un trastorno de síntomas somáticos, en una minoría de casos será más apropiado utilizar en su lugar el diagnóstico de trastorno de ansiedad por enfermedad. Este nuevo diagnóstico se ha creado para individuos con una ansiedad patológica por la salud que no experimentan síntomas somáticos o, si lo hacen, sólo son de intensidad leve.

Sin embargo, este cambio no está exento de polémica y son varios los autores que han mostrado su rechazo y reticencias al mismo (Bailer et al., 2015; Rief & Martin, 2014; Sirri & Fava, 2013; Starcevic, 2014; Weck, Neng, Richtberg, Jakob, & Stangier, 2015).

En nuestro caso, nos inclinaríamos por el diagnóstico de Trastornos de síntomas somáticos, puesto que la paciente sí ha presentado síntomas orgánicos significativos (molestias debidas a la infección urinaria, bultos conceptualizados como lipomas...) que han requerido tratamiento farmacológico.

## DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Varios son los cuadros clínicos con los que se ha realizado un diagnóstico diferencial:

Otras condiciones médicas. En primer lugar, conviene descartar la existencia de condiciones médicas que expliquen los síntomas. Aunque en este caso la paciente presentó, a lo largo del tiempo, diversos cuadros orgánicos no graves, en ningún caso justificaban la excesiva preocupación ni la interpretación de los mismos como señales inequívocas de enfermedad grave.

Trastorno de pánico. El trastorno de pánico requiere la aparición de crisis de angustia imprevisibles, no limitadas a circunstancias particulares. Aunque al inicio del tratamiento la paciente informaba de momentos que ella definía como ataques de ansiedad, en realidad no se observaban los síntomas característicos de una verdadera crisis, tales como palpitaciones, dolor precordial, sensación de asfixia, mareo o vértigo, miedo a morir o enloquecer y sensación de irrealidad.

Fobia específica. Un tipo particular de fobia específica es la fobia a la enfermedad o nosofobia, en la que el individuo tiene gran temor a contraer una enfermedad. En ese caso existe una expectativa ansiosa centrada en el futuro y en la posibilidad de que finalmente ocurra aquello temido. Sin embargo, en el caso de la hipocondría, el temor está centrado en el presente y la paciente está convencida de que ya se encuentra enferma.

Trastorno de ansiedad generalizada. En las personas que padecen ansiedad generalizada se observan preocupaciones por múltiples sucesos y posibles problemas y sólo alguno de ellos pueden implicar la salud. Los síntomas somáticos o el miedo a la enfermedad no suelen ser el foco principal, como lo es en el caso del trastorno hipocondríaco.

Trastorno obsesivo-compulsivo. Aunque en las personas diagnosticadas de hipocondría pueden aparecer pensamientos intrusivos sobre la enfermedad y presentar comportamientos compulsivos asociados (por ejemplo, una demanda repetida de explicaciones) sólo se diagnosticará trastorno obsesivo compulsivo si las obsesiones o compulsiones no se restringen a preocupaciones por una enfermedad. Además estas ideas recurrentes sobre los síntomas o enfermedades somáticas son menos intrusivas que en el caso de un trastorno obsesivo compulsivo.

Trastornos depresivos. Aunque algunos de los síntomas que muestra la paciente tales como las rumiaciones acerca de su salud, su bajo estado de ánimo, la fatiga o pérdida de energía o la falta de apetito pueden aparecer en los trastornos depresivos, para poder realizar un diagnóstico de depresión se requieren además otros síntomas característicos (anhedonia, pérdida de la confianza en sí mismo y sentimientos de minusvalía, culpa o inferioridad) que están ausentes en este caso. De esta forma, ni siquiera se justificaría la presencia de un episodio depresivo como diagnóstico adicional.

## ANÁLISIS FUNCIONAL

En base a la información proporcionada por la paciente y por su pareja en las entrevistas de evaluación, así como la recogida en el diario de hipocondría solicitado, se elaboró el siguiente análisis funcional.

Tabla 2. Análisis funcional

Antecedentes	Conducta	Consecuentes
Variables predisponentes: Elevado neuroticismo Bajo nivel socioeconómico Bajo nivel cultural  Precipitantes: <i>Externos inmediatos</i> Diagnóstico de cáncer del padre  <i>Internos inmediatos</i> Cambios en la frecuencia/ composición de las heces Infección de orina Sensación de dolor costal Notar bultos en el cuerpo Inflamación de las encías	<i>Cognitivo</i> “Estoy enferma y nadie me toma en serio”. “Cuando se den cuenta será demasiado tarde” “¿Para qué voy a hacer cosas si me voy a acabar muriendo?” “Cuando se encuentre lo que tengo (la familia), luego se arrepentirán”  <i>Fisiológico</i> Sensación de falta de aire Taquicardia/ palpitaciones Tensión muscular Pérdida de apetito Lloro muy frecuente Dificultades de concentración  <i>Emocional</i> Tristeza Angustia Impotencia Sensación de falta de control  <i>Comportamental</i> <u>Escape</u> Búsqueda de información en internet Llamadas a su pareja/ familia Visitas frecuentes al MAP Comprobación de constantes vitales (temperatura) y observación de las heces y fluidos corporales. <u>Evitación</u> Reducir visitas a la familia <u>Aislamiento/ restricción conductual</u> Disminuir contacto con la hermana Reducir actividades placenteras Abandonar tareas cotidianas	<i>De las conductas de escape/evitación:</i> Disminución de la ansiedad ( R-) Incremento de los conflictos con la pareja/ familia (C+)  <i>De las conductas de aislamiento/ restricción conductual:</i> Incremento de la rumiación mental y focalización en el cuerpo ( C+) Disminución del estado de ánimo ( C+)

## FORMULACIÓN CLÍNICA: HIPÓTESIS DE ORIGEN Y MANTENIMIENTO

Nos encontramos ante un caso en el que existe un factor temperamental que se ha relacionado con la presencia de este tipo de trastornos: el neuroticismo (evaluado específicamente en sus atenciones previas en salud mental), rasgo que se ha identificado como un factor de correlación-riesgo. Igualmente presenta un bajo nivel educativo y socioeconómico, factores todos ellos relacionados con el desarrollo de este trastorno (American Psychiatric Association, 2013).

En el comienzo del trastorno se identifica claramente la influencia de un acontecimiento vital estresante: el diagnóstico de una neoplasia de recto al padre de la paciente, complicada con metástasis hepática. Evidentemente el diagnóstico de esta enfermedad tuvo un impacto emocional muy alto, provocando un incremento de la ansiedad y un descenso del estado de ánimo que podemos considerar reactivos y proporcionados a este acontecimiento. Sin embargo, unas dos semanas después de conocer esta noticia, la paciente comenzó a encontrarse mucho más ansiosa, manifestando elevados niveles de tensión y ansiedad. En ese momento, comenzó a gestar la idea de que quizá ella también podía padecer alguna enfermedad grave, lo que precipitó las visitas a su médico evidenciando el intenso temor a padecerla.

Se inicia entonces el tratamiento farmacológico con escasos resultados y la paciente comienza a desarrollar conductas de hipervigilancia con respecto a su propio cuerpo. Se comprueba la temperatura de forma obsesiva (en múltiples ocasiones a lo largo del día), se palpa el costado en busca de algún bulto, controla la frecuencia y aspecto de sus heces, etc.

Además, la presencia de cuadros médicos concomitantes (infecciones urinarias de repetición, dolor costal de características mecánicas, detección de dos lipomas, inflamación de las encías...) incrementan su malestar. En este contexto, se van intensificando conductas activas de escape y evitación frente a los temores ansiosos. De entre las primeras, destaca la búsqueda continua de tranquilización en agentes externos (visitas y llamadas muy frecuentes a su médico de cabecera, solicitud de pruebas de imagen y analíticas en los servicios de urgencias, preguntas a la familia y especialmente a la pareja con respecto a su propio estado orgánico y búsqueda de información explicativa en internet). En cuanto a las conductas de evitación, la principal era visitar a su propio padre que, como se ha comentado, presenta un cáncer de recto.

La propia paciente reconocía que este tipo de conductas (en especial las respuestas tranquilizadoras de su pareja) así como el resultado de las analíticas le calmaban momentáneamente, pero que dicha tranquilización tenía un efecto muy limitado en el tiempo.

En consecuencia, la paciente comenzó a restringir su vida social y familiar (“no tenía ganas”) y a disminuir las actividades placenteras que realizaba con anterioridad. Se produjo un incremento de las discusiones con su pareja, a la que acusaba de no tomarle en serio y de no comprenderle. A nivel general, todo este cuadro supuso un descenso significativo de su estado de ánimo, así como un estado de ansiedad permanente que condicionaba todo el funcionamiento de la paciente y que probablemente incrementaban o se relacionaban con algunos de los síntomas que temía (pérdida de peso por hiporexia, dolores musculares asociados a la tensión, diarreas, etc.).

## TRATAMIENTO

### *Objetivos del tratamiento*

El principal objetivo terapéutico fue modificar la forma en que la paciente interpretaba sus sensaciones y síntomas corporales y, por ende, la forma en que los afrontaba. Para ello era fundamental que comprendiese que su interpretación catastrofista sobre los síntomas somáticos determinaba su respuesta emocional y conductual, contribuyendo a mantener el trastorno.

Otro objetivo que se consideró muy importante era mejorar su estado de ánimo y modificar su estilo de vida, que contribuía a exacerbar su malestar.

**Tabla 3. Objetivos y técnicas**

<b>OBJETIVOS</b>	<b>TÉCNICAS</b>
Evaluación del caso	Entrevistas diagnósticas Cuestionarios Diario de hipocondría
Establecer compromiso y adherencia con el tratamiento Comprensión del problema personalizado	Planteamiento de modelo explicativo alternativo Psicoeducación sobre el trastorno. Devolución de la información sobre las hipótesis de origen y mantenimiento Contrato “ última visita médica”
Control del nivel de activación	Respiración diafragmática Entrenamiento en relajación muscular progresiva
Eliminación de conductas mantenedoras	Establecimiento de lista de auto-prohibiciones Transmisión de pautas a los familiares
Modificación de supuestos disfuncionales sobre la salud/ interpretaciones catastrofistas	Reestructuración cognitiva
Comprensión del papel de la hipervigilancia y autoobservación	Experimentos conductuales Entrenamiento técnicas distracción
Remisión de la ansiedad asociada a sensaciones corporales	Exposición a sensaciones corporales
Mejora del estado de ánimo	Planificación actividades agradables. Enriquecimiento vital
Prevención de recaídas	Repaso del curso del tratamiento, estrategias y técnicas aprendidas. Anticipación de posibles dificultades

### ***Resumen de sesiones.***

En total el tratamiento incluyó 21 sesiones, de las cuales dos fueron conducidas por un psiquiatra (una de evaluación y otra de revisión del tratamiento farmacológico), cinco por una enfermera especialista en salud mental (sesiones de relajación) y el resto por la psicóloga clínica responsable del caso. La paciente acudió a todas las sesiones, si bien hubo que cambiar en una ocasión la fecha prevista tras acudir la madre de la paciente al CSM e informar de que su hija se encontraba enferma.

La frecuencia de las citas fue de una cada 12 días, aproximadamente.

#### *Sesiones 1-3*

Tal y como se ha comentado anteriormente, las tres primeras sesiones fueron dedicadas a conocer y evaluar el problema de la paciente. En la primera de estas entrevistas, llevada a cabo por un médico psiquiatra, se aumentó ligeramente la dosis de antidepressivo que la paciente estaba tomando (pasando de 100 a 150 mg de sertralina), se mantuvo el tratamiento con alprazolam y se pautó lorazepam 1 mg como hipnótico para ayudar a la paciente con sus problemas para dormir adecuadamente.

Tras esta primera consulta la paciente fue derivada internamente a psicología clínica donde se evaluaron y objetivaron con mayor especificidad las conductas problema. Se solicitó que cumplimentara los cuestionarios comentados (STAI, BDI-II e IBQ) así como el diario de hipocondría. En la última de estas entrevistas de evaluación se solicitó la presencia del marido de la paciente para completar y contrastar la información. Generalmente es conveniente la presencia de informadores externos que complementen la información proporcionada por el paciente y en este caso en concreto el marido de la paciente aportó datos importantes en relación a conductas no identificadas por la paciente (por ejemplo, preguntas sutiles acerca de si él observa algún síntoma de alarma en ella, si cuando le toca la observa caliente etc.). Estos hallazgos resultaron importantes para comprender los factores mantenedores del problema y conseguir adecuar el tratamiento al caso concreto. No resultó difícil conseguir el permiso de la paciente para contactar con su marido, pero en caso contrario consideramos importante dedicar todos los esfuerzos necesarios para lograr dicho objetivo, tratando de hacerle comprender al paciente por qué resulta tan importante dicha comunicación.

Tras esta entrevista y dado el estado de angustia que presentaba la paciente, se decidió que comenzase inmediatamente con el entrenamiento en técnicas de control de la activación fisiológica. Se solicitó a una enfermera especialista en salud mental que realizase dicho entrenamiento, incluyendo tanto el adiestramiento en relajación diafragmática, como en la técnica de relajación muscular progresiva de Jacobson.

La duración total del entrenamiento fue de 5 sesiones, que se fueron intercalando con las llevadas a cabo por la psicóloga clínica responsable del caso.

#### *Sesión 4*

La sesión 4 constituyó una sesión fundamental en el curso del tratamiento. Tal y como se le había pedido, acudió acompañada de su marido.

A ambos se les realizó una devolución de los resultados de la evaluación, haciendo hincapié en la hipótesis de origen y sobre todo en los factores que se consideraban clave

en el mantenimiento del mismo. Tras esta sesión de psicoeducación sobre el trastorno, se estableció con la paciente la necesidad de finalizar las visitas innecesarias a su médico de atención primaria. Para ello, se tanteó su convicción sobre la necesidad de realizar una última consulta médica para tratar miedos pendientes. Finalmente, se acordó que consultaría de nuevo los resultados de las pruebas realizadas en el servicio de urgencias el día previo a ser atendida por primera vez. Otro punto muy importante fue el acuerdo alcanzado con ella, de que sería su marido quien determinaría si ante una determinada queja orgánica era o no conveniente acudir a los servicios médicos.

Además, se le informó de que la psicóloga se pondría en contacto con su médico para transmitirle el plan de tratamiento establecido. En la conversación mantenida con este médico, se le intentó transmitir el análisis realizado sobre los factores mantenedores del trastorno, así como la importancia de no prescribir pruebas innecesarias o caer en tranquilizaciones desaconsejadas. A este respecto, se le indicó la inconveniencia de dejar en manos de la paciente la realización de pruebas no indicadas según su estado clínico, tratando de evitar mensajes del estilo... “no considero necesario realizar otra analítica pero si te vas a quedar más tranquila, la podemos hacer más adelante...”.

El apoyo obtenido al tratamiento psicológico fue total.

### *Sesión 5*

En esta sesión la paciente manifestó su acuerdo sobre el diagnóstico de su situación expuesto en la consulta anterior, pero reconoció su dificultad para llevar a cabo las medidas propuestas. Su marido se había mostrado totalmente dispuesto a cumplir con el plan y relató varios episodios en los que él había actuado correctamente, sin ceder a los intentos de su mujer de obtener nuevas reaseguraciones. A pesar de esta dificultad, la paciente mostró su deseo de avanzar en el tratamiento y se abordaron otras conductas mantenedoras del trastorno. Ella misma elaboró una lista de autoprohibiciones basadas en este análisis. Entre estas prohibiciones destacaban: no hablar de sus síntomas físicos con otras personas que no fueran su marido, no tomarse la temperatura a no ser que considerase que realmente podía tener fiebre, no entrar en internet para consultar sobre sus sensaciones corporales, no palparse el cuerpo y no examinar de ninguna forma sus heces o fluidos corporales.

Se le transmitieron asimismo pautas concretas que debía trasladar a sus familiares a este respecto, así como la forma en que estos responderían en caso de que ella iniciase una conversación sobre temas médicos.

### *Sesiones 6-10*

Estas sesiones fueron dedicadas a abordar el componente más cognitivo del problema, en concreto el papel que las interpretaciones catastrofistas y, en particular, la convicción de que sus síntomas revelaban la presencia de un cáncer.

Para reforzar la explicación psicológica del problema, se le solicitó a la paciente que hiciese un repaso de todos los síntomas que había padecido desde que comenzó el malestar y cuáles eran las causas a las que las había atribuido inicialmente. Este escrito fue empleado junto con la información proporcionada por el diario de hipocondría para cuestionar sus interpretaciones, empleando el diálogo socrático en las sesiones de reestructuración cognitiva. Gracias a estas sesiones, la paciente comenzó a plantearse la posibilidad de que sus síntomas tuvieran una explicación diferente a la existencia de un cáncer u otra enfermedad grave. Algo que ayudó a este propósito fue conocer los síntomas



fisiológicos más típicos de la ansiedad y que eran compatibles con algunos de las sensaciones corporales que a ella más le preocupaban. Para ello se le entregó un material (normalmente utilizado con los pacientes que presentan trastorno de pánico) que informa de los principales correlatos fisiológicos de la ansiedad. A través de un dibujo simple de una figura humana en donde se identifican algunas de las sensaciones propias de la respuesta de lucha o huida, la paciente identificó algunos de los síntomas que a ella le preocupaban y que atribuía a una enfermedad grave. Especialmente revelador para la paciente fue enterarse de que una de las posibles consecuencias de la ansiedad era la afectación del sistema digestivo (cambios en la frecuencia/ consistencia de sus heces) ya que este tema constituyó uno de los principales motivos de preocupación y convicción de enfermedad. Además, el hecho de presentar de forma visual este material y permitir que se lo llevara a casa y pudiera consultarlo allí, incrementó su confianza en la información que recibía desde diferentes ámbitos en relación a la importancia de los aspectos psicológicos. De esta forma, se consiguió también superar las dificultades que presentaba la paciente para recordar la información que se le proporcionaba en consulta, y que tenía que ver con sus altos niveles de ansiedad y dificultades de concentración.

Como tarea entre sesiones, se le pidió que incluyese en su registro de síntomas la posible interpretación alternativa a su temor inicial, resultado de esta discusión cognitiva.

Una de las sesiones fue destinada a señalar a la paciente el papel de la auto-atención e hipervigilancia en la percepción de las sensaciones corporales. A través de varios experimentos conductuales realizados en consulta en los que se manipulaba el foco atencional, se le mostró a la paciente cómo el hecho de estar excesivamente pendiente del cuerpo incrementa la percepción de sensaciones que de otra forma ignoraría. Un ejemplo de estos experimentos consistió en pedir a la paciente (aprovechando que solía sentarse con las piernas cruzadas, una sobre otra) que fijase su atención en las sensaciones que notaba en la pierna que sostenía el peso de la otra después de un rato sin variar la postura. Fue capaz de identificar una leve sensación de dolor, entumecimiento y hormigueo de los dedos del pie, que contribuyó a hacerle comprender cómo nuestra atención puede incrementar/ reducir la percepción de las sensaciones somáticas.

En consecuencia, se le entrenó en ejercicios de distracción (centrarse en un objeto, actividades absorbentes tales como sudokus, crucigramas) y se le solicitó que los practicase entre sesiones.

Conviene señalar que, en el transcurso de estas sesiones, la paciente acudió en una ocasión a su médico con la conformidad de su marido, por presentar un cuadro gripal.

### *Sesión 11*

Llegados a este punto, la mejoría observada en el estado clínico de la paciente ya era evidente. La ansiedad había remitido de forma ostensible y ella misma informaba de que se encontraba más activa y con más ganas de realizar actividades agradables. Tal era así, que había abandonado el tratamiento antidepressivo por su propia cuenta y disminuido considerablemente el tratamiento ansiolítico.

Se aprovechó entonces para planificar con la paciente un incremento de sus actividades agradables y una organización diferente de su día a día. A través de un análisis de su estilo de vida, se comprobó que tras el nacimiento de su hijo (que ya tenía tres años) había descuidado la práctica de actividades deportivas, disminuido el contacto con algunas amigas y la práctica de otras tareas con las que anteriormente disfrutaba (salir de compras con su hermana). Esta tendencia se había visto exacerbada enormemente tras el

inicio del proceso hipocondriaco, afectando a su estado de ánimo. No obstante, y aunque ella misma era consciente de esta relación, reconocía que le costaba mucho romper con esa situación y manifestaba su temor a no poder realizar los esfuerzos necesarios para lograrlo. A modo de experimento conductual, se le animó a que probase a acompañar a su marido e hijo cuando iban a la piscina, en lugar de quedarse en casa. La propia paciente se mostró sorprendida de lo mucho que pudo disfrutar de la experiencia. Esta circunstancia le animó a apuntarse al club deportivo, al que comenzó a acudir dos veces por semana. Además, retomó el contacto con alguna amiga a la que hacía mucho tiempo que no veía y volvió a quedar semanalmente con su hermana, como hacía antes de la aparición de este episodio.

### *Sesión 12*

En esta sesión se abordó un síntoma residual que continuaba molestando a la paciente y provocándole cierta ansiedad. En concreto, señalaba cierta preocupación por un dolor en la zona lumbar. Reconocía que probablemente tenía que ver con temas musculares (en el pasado había estado en tratamiento con una fisioterapeuta por este motivo) pero seguía padeciendo ansiedad cuando lo notaba. Se planificaron, como tarea para casa, sesiones de exposición interoceptiva a esta sensación (presente casi a diario y a última hora del día) sin llevar a cabo ningún tipo de conducta evitativa. Además, se estableció un diario para la práctica de la exposición. Teniendo en cuenta las rutinas que el cuidado de su hijo suponía, costó encontrar un momento específico para esta práctica. Sin embargo, la colaboración de su marido resultó fundamental de nuevo, pues se comprometió a ocuparse más activamente de tareas que habitualmente realizaba su mujer (baño y cena de su hijo) para que ella pudiese dedicar este tiempo a la tarea prescrita. La instrucción era sencilla: Todos los días que fuese posible (cuanto más frecuentemente mejor) había de buscar un lugar tranquilo de la casa (eligió su dormitorio) y adoptar una postura que le permitiera identificar las sensaciones provenientes de su zona lumbar, sin tratar de hacerlas desaparecer y observando al mismo tiempo los cambios en sus niveles de ansiedad. Debía mantener el ejercicio hasta que la ansiedad se encontrase en un nivel que pudiese manejar sin necesidad de recurrir a las soluciones intentadas. Tras unas pocas sesiones, la paciente manifestó haber perdido en gran medida su temor a estas sensaciones, siendo en todo caso capaz de manejarlas adecuadamente. De forma anecdótica, señalaremos que el hecho de no ocuparse del baño del niño parece que tuvo un efecto positivo en la reducción de sus dolores (la propia paciente identificó que la postura que adoptaba en ese momento parecía contribuir a este dolor).

### *Sesión 13*

La última sesión fue destinada a evaluar los cambios post tratamiento a través de la administración de cuestionarios y a prevenir recaídas mediante el repaso de todo lo trabajado en consulta.

### *Sesión 14 (psiquiatría)*

Dos meses después de esta última cita con la psicóloga, la paciente acudió a la cita pautada con su psiquiatra. En esta consulta se constató la estabilidad clínica alcanzada, así como el hecho de que había abandonado el tratamiento farmacológico.

## RESULTADOS

Tal y como se ha comentado a propósito de la sesión número 13 realizada con psicología clínica, se realizó una evaluación a través de los mismos instrumentos empleados inicialmente, con el objetivo de conocer los efectos del tratamiento en el estado clínico de la paciente.

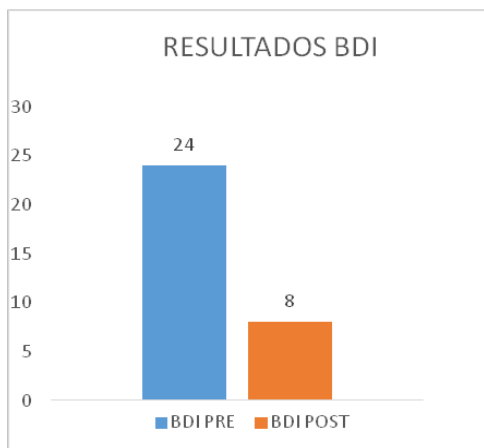
En el Inventario de depresión de Beck-II (BDI-II), la puntuación obtenida en segunda medición fue de 8 puntos.

En el caso del Inventario de ansiedad estado rasgo (STAI), se decidió aplicar la parte correspondiente a la ansiedad estado, obteniendo una puntuación correspondiente a un percentil 70.

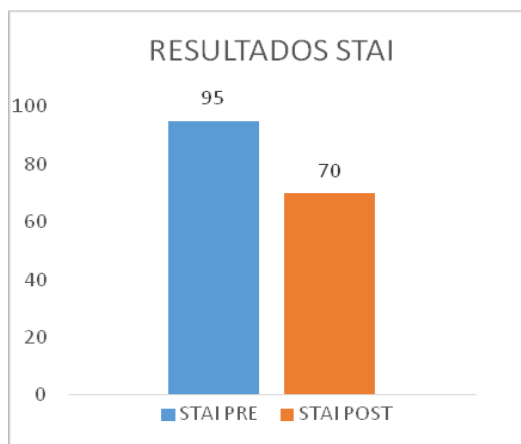
Por último, éstos son los resultados obtenidos en el Cuestionario de Conducta de Enfermedad (IBQ) en segunda medición:

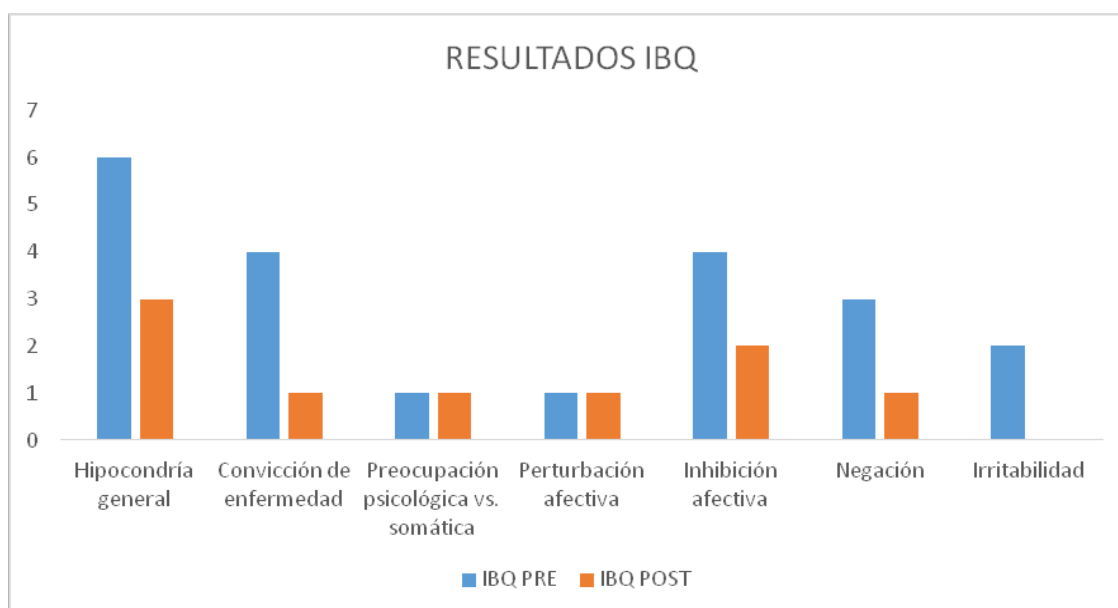
- Hipocondría general : 3 (Rango 0-9)
- Convicción de enfermedad : 1 (Rango 0-6)
- Preocupación psicológica vs somática : 1 (Rango 0-5)
- Perturbación afectiva: 1 (Rango 0-5)
- Inhibición afectiva : 4 (Rango 0-5)
- Negación : 2 (Rango 0-5)
- Irritabilidad : 1 Rango 0-5

**Tabla 4. Resultados BDI**



**Tabla 5. Resultados STAI-E**



**Tabla 6. Resultados IBQ**

A la luz de estos datos, consideramos que la intervención resultó eficaz. Observamos una mejoría destacada del estado de ánimo, que pasó de 21 puntos a 8 (ausencia de depresión). Se evidenció además una disminución de su estado de ansiedad, que pasó de un percentil 95 a un percentil 70.

En el cuestionario de conducta de enfermedad, se observó una disminución en cuatro de las siete escalas que lo componen. Los resultados más significativos se observaron en la escala “Hipocondría general” y en la escala “Convicción de enfermedad”. En la primera, que hace referencia a la actitud fóbica hacia la enfermedad asociada a niveles elevados de ansiedad y a cierto grado de reconocimiento de que esta actitud resulta inadecuada, la puntuación inicial se redujo de 6 a 3. Por su parte, en la escala “Convicción de enfermedad” la puntuación pasó de 4 a 1.

## CONCLUSIONES Y REFLEXIÓN

Los resultados obtenidos al finalizar el tratamiento señalan la eficacia de la intervención realizada. Los datos muestran una clara disminución del malestar inicial de la paciente, evidenciado en los altos niveles de ansiedad, en el bajo estado de ánimo y en la alteración del funcionamiento cotidiano. Aunque al finalizar las sesiones seguía manifestando sensaciones corporales muy variadas, era capaz de interpretar dichas sensaciones como normales. Además, cuando en algún momento se le pasaba por la cabeza la idea de que podía tratarse de una enfermedad, el poner en marcha las estrategias aprendidas le servía para controlar la reacción de miedo, evitando que se afectara su estado clínico.

Estos datos apoyan no sólo la idea de que el tratamiento cognitivo conductual puede ser eficaz para el abordaje de esta patología, sino que incluso en condiciones en principio menos favorables derivadas de la atención en el Sistema Nacional de Salud (consultas no semanales, tiempo de atención limitado) se pueden obtener resultados eficientes. Considerando este punto de partida, se puso especial énfasis en seguir las recomendaciones aportadas por diversos autores (Bass & Benjamin, 1993; Dubobsky, 1988; Marshall, 1987; Salkovskis, 1989) para el manejo del caso. Para una revisión

completa de todas estas recomendaciones, se recomienda Martínez M, Botella, & Belloch (1997).

Creemos que los elementos actitudinales que han favorecido la eficacia del tratamiento, son los límites a la realización de exámenes clínicos, la actitud de atender las quejas sin minimizar el sufrimiento de la paciente, la de no prolongar los contactos con ella como respuesta al incremento de los síntomas y el proporcionar un modelo explicativo de lo que ocurre, garantizando siempre el mantenimiento de la relación terapéutica.

Otros componentes fundamentales en este caso, según nuestro juicio clínico, han sido:

1. Proporcionar una psicoeducación exhaustiva y personalizada, basada en el análisis funcional de la información obtenida en la evaluación.
2. Establecer a través de los familiares (marido) y de la médico de atención primaria, un adecuado control de las reaseguraciones que recibe la paciente.
3. Emplear la reestructuración cognitiva como una forma de analizar y de modificar las interpretaciones que la paciente realizaba de sus sensaciones corporales.

## LIMITACIONES

Por un lado, conviene indicar que la paciente ha recibido, en paralelo a la intervención cognitivo-conductual, tratamiento farmacológico. Esto dificulta aislar los efectos de cada uno de estos componentes por separado. No obstante, el tratamiento psiquiátrico estaba establecido con mucha anterioridad a comenzar la intervención psicológica y los efectos terapéuticos habían sido muy limitados.

Por otro lado, debido a las características particulares del entorno terapéutico (consultas en el Sistema Nacional de Salud), únicamente se pudo realizar una revisión del estado de la paciente dos meses después de la finalización del tratamiento. Aunque habría resultado positivo realizar un seguimiento estructurado al menos a los seis meses, en el contacto telefónico mantenido con la paciente para solicitar su consentimiento a la redacción de este artículo ocho meses después, esta informó que se encontraba bien y que mantenía los logros terapéuticos alcanzados durante la intervención.

## REFERENCIAS

- Abramowitz, J. S., Deacon, B. J., & Valentiner, D. P. (2007). The short health anxiety inventory: Psychometric properties and construct validity in a non-clinical sample. *Cognitive Therapy and Research*, 31(6), 871–883.
- American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders. (3ª ed) Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Washington, D.C, APA, (version española: Barcelona, Masson, 1981).
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders. (4ª ed.rev) Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Washington, D.C, APA, (version española: Barcelona, Masson, 2002).
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental*

- disorders. (5<sup>a</sup> ed) Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales.* Arlington, American Psychiatric Publishing, (version española: Madrid, Editorial Médica Panamericana, 2014).
- Bailer, J., Kerstner, T., Witthöft, M., Diener, C., Mier, D., & Rist, F. (2015). Health anxiety and hypochondriasis in the light of DSM-5. *Anxiety, Stress, & Coping*, 5806(April), 1–34.
- Ballester, R., & Botella, C. (1993). Perfil de conducta de enfermedad en pacientes con crisis de angustia. *Análisis Y Modificación de Conducta*, 19(64), 233–265.
- Barsky, A. J. (1992). Amplification, somatization, and the somatoform disorders. *Psychosomatics*, 33(1), 28–34.
- Barsky, A. J., Ettner, S. L., Horsky, J., & Bates, D. W. (2001). Resource utilization of patients with hypochondriacal health anxiety and somatization. *Medical Care*, 39(7), 705–15.
- Barsky, A. J., Wyshak, G., Klerman, G. L., & Latham, K. S. (1990). The prevalence of hypochondriasis in medical outpatients. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 25(2), 89–94.
- Bass, C., & Benjamin, S. (1993). The management of chronic somatisation. *The British Journal of Psychiatry*, 162(4), 472–480.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). *Beck depression inventory-II*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Bouman, T. K. (2014). Psychological treatments for hypochondriasis: A narrative review. *Current Psychiatry Reviews*, 10(1), 58–69.
- Dubovsky, S. L. (1988). *Concise Guide to Clinical Psychiatry*. Washington, D.C: American Psychiatric Press.
- Marshall, W. R. (1987). Chronic somatizers. In C. S. Rogers & J. D. McCue (Eds.), *Managing Chronic Disease*. Medical Economics Books.
- Martinez M, P., Botella, C., & Belloch, A. (1997). Hipocondría: ¿un trastorno tratable?. *Revista de Psicopatología Y Psicología Clínica*, 2(2), 155–166.
- Organización Mundial de la Salud. (1992). *CIE-10. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Descripciones Clínicas y pautas para el diagnóstico*. Ginebra.
- Pilowsky, I., & Spence, N. D. (1983). *Manual for the Illness Behaviour Questionnaire (IBQ)*. Adelaide: University of Adelaide.
- Rief, W., & Martin, A. (2014). How to use the new DSM-5 somatic symptom disorder diagnosis in research and practice: A critical evaluation and a proposal for modifications. *Annual Review of Clinical Psychology*, 10(June 2016), 339–367.
- Salkovskis, P. M. (1989). Somatic problems. In P. M. Hawton, J. K. Salkovskis, & D. M. Clark (Eds.), *Cognitive-Behaviour Therapy for Psychiatric Problems: A Practical Guide*. Oxford: Oxford Medical Publications.
- Salkovskis, P. M., & Clark, D. M. (1993). Panic disorder and hypochondriasis. *Advances in Behaviour Research and Therapy*, 15(1), 23–48.
- Sanz, J., Perdígón, A. L., & Vázquez, C. (2003). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 2. Propiedades psicométricas en población



- general. *Clinica Y Salud*, 14(3), 249–280.
- Sirri, L., & Fava, G. A. (2013). Diagnostic criteria for psychosomatic research and somatic symptom disorders. *International Review of Psychiatry*, 25(1), 19–30.
- Spielberger C.D, Gorsuch, R. L., & Lushene, R. E. (1982). *Cuestionario de Ansiedad Estado/Rasgo*. Madrid: TEA.
- Starcevic, V. (2014). Should we deplore the disappearance of hypochondriasis from DSM-5? *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 48(4), 373–374.
- Sunderland, M., Newby, J. M., & Andrews, G. (2013). Health anxiety in Australia: Prevalence, comorbidity, disability and service use. *British Journal of Psychiatry*, 202(1), 56–61.
- Warwick, H., & Salkovskis, P. M. (1990). Hypochondriasis. *Behaviour Research and Therapy*, 28(2), 105–117.
- Weck, F., Neng, J. M. B., Richtberg, S., Jakob, M., & Stangier, U. (2015). Cognitive therapy versus exposure therapy for hypochondriasis (health anxiety): A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 83(4), 665–76.
- Weck, F., Richtberg, S., & Neng, J. (2014). Epidemiology of Hypochondriasis and Health Anxiety: Comparison of Different Diagnostic Criteria. *Current Psychiatry Reviews*, 10(1), 14–23.