

Experiencias en la infancia relacionadas con la salud en individuos con preocupación hipocondríaca

Childhood experiences related with health in individuals with hypochondriac worries

Rafael Fernández Martínez¹ y Concepción Fernández Rodríguez²

Resumen

Objetivo: analizar las diferencias en las experiencias relacionadas con la salud a lo largo de la infancia entre: sujetos con hipocondría (GH=30), sujetos con trastornos emocionales y alta ansiedad por la salud (GAS=31) y sujetos con trastornos emocionales y sin ansiedad por la salud (GTP=32). **Procedimiento:** todos los participantes son consultantes de una Unidad de Salud Mental. La recogida de información se realizó mediante entrevista clínica individual, autoinforme y cuestionarios estandarizados. Se emplearon técnicas bivariadas y multivariadas en la comparación de grupos. **Resultados:** los grupos no diferían en la ocurrencia durante la infancia de fallecimientos, enfermedades graves y problemas psicológicos entre familiares convivientes. Los sujetos con hipocondría informaron, con una frecuencia significativamente mayor que el resto, experimentar durante su infancia limitaciones en la vida diaria a causa de la salud y de preocupaciones hipocondríacas en los familiares convivientes. Los sujetos con ansiedad por la salud mostraron un nivel significativamente mayor de malestar emocional y somático. **Conclusiones:** los datos sugieren el papel sensibilizador de determinadas condiciones vitales en los problemas de ansiedad específicos.

Palabras clave: Hipocondría. Ansiedad por la salud. Somatización. Conducta de enfermedad. Estudio descriptivo.

Summary

Objective: To analyze the differences in health-related experiences during childhood between: patients with hypochondriasis (GH = 30), patients with emotional disorders and high

¹Complejo Hospitalario Universitario de Vigo

²Universidad de Oviedo

Correspondencia: Dra. Concepción Fernández Rodríguez
Universidad de Oviedo
Dpto. de Psicología
Plaza de Feijóo s/n
33003 OVIEDO (Asturias)
froncha@uniovi.es

health anxiety (GAS = 31) and patients with other psychological problems without health anxiety (GTP = 32). Procedure: All the participants are patients of a Mental Health Center. The information was collected through a clinical interview, self-reports and standardized questionnaires. The comparison between groups was made using techniques of analysis bivariate and multivariate. Results: Patients with hypochondriacal concerns reported a frequency significantly greater of limitations in daily life related with health during the childhood as well as a greater hypochondriacal concerns in the relatives who living with. This group also showed a significantly higher degree of emotional and somatic distress. During infancy no differences between groups were found in: the incidence of death among relatives, serious illnesses and psychological problems. Conclusions: The data suggest the role of certain vital conditions during childhood in the hypochondriasis and hypochondriacal worry.

Key words: Hypochondriasis. Health anxiety. Somatization. Illness behaviour. Descriptive study.

INTRODUCCIÓN

En la comprensión de los distintos trastornos de ansiedad, Barlow y colaboradores (Allen, Mac-Hugh, Barlow, 2008) han elaborado un modelo en el que, junto a antecedentes psicológicos y biológicos comunes a todos los trastornos, se alude a experiencias de aprendizaje específicas que estarían en la base de las manifestaciones particulares de cada trastorno. Esas experiencias condicionarían la tendencia a valorar como amenaza o peligro estímulos como las sensaciones corporales en el caso de la hipocondría y el trastorno de pánico; los pensamientos intrusivos en los trastornos obsesivos compulsivos, o las situaciones de evaluación social en los trastornos de ansiedad social.

En la hipocondría, son varias las experiencias en la infancia que han sido objeto de investigación como posibles antecedentes. En particular: acontecimientos traumáticos (Barsky, Wool, Barnett y Cleary, 1994; Noyes, Stuart, Lagbehn, Happel, Longley y Yagla, 2002); presencia de problemas de salud (Bianchi, 1971; Noyes et al., 2004); limitaciones en el funcionamiento diario (Barsky et al., 1994) y/o la preocupación hipocondríaca (Ehlers, 1996; Richards, 1941) y enfermedades graves entre familiares (Bianchi, 1971; Eifert y Zvolensky, 2005; Pilowsky, 1970). No obstante, debe señalarse que la evidencia de la investigación respecto a las distintas experiencias señaladas no es completamente coincidente.

En nuestro país, al margen de estudios de caso (Pena, 1997) y de un estudio de los autores en

Atención Primaria con pacientes con alta ansiedad por la salud (Fernández-Martínez y Fernández Rodríguez, 2001), no tenemos constancia de investigaciones centradas en los antecedentes personales y familiares de la hipocondría. Una posible razón es la dificultad para formar muestras suficientemente amplias de pacientes que cumplan los criterios diagnósticos. Otra, es el hecho de que, aunque la prevalencia del trastorno hipocondríaco en servicios de Atención Primaria se encuentra entre el 3% y 6%, muchos pacientes, por la propias peculiaridades de la condición, son reacios a la derivación a los servicios de salud mental (García-Campayo, Lobo, Pérez-Echeverría y Campos, 1998; Escobar, Gara, Waitzkin, Silver, Holman y Comptom, 1998).

En relación al sugerido fondo familiar de la hipocondría, el objetivo principal del presente estudio fue analizar las diferencias en las experiencias relacionadas con la salud a lo largo de la infancia entre: (a) pacientes con hipocondría, (b) pacientes que aún informando de alta ansiedad por la salud no cumplen los criterios diagnósticos para el trastorno hipocondríaco, y (c) pacientes sin ansiedad por la salud pero que comparten con el resto un alto grado de malestar emocional.

Por otra parte, la preocupación por la salud está, con frecuencia, presente en otros trastornos e, independientemente del diagnóstico principal, los pacientes con alta ansiedad por la salud, comparten un sentido de vulnerabilidad física (Salkovskis, 1988). De hecho, la hipocondría se ha concebido como el extremo de un continuo de an-

siedad por la salud (Belloch, Ayllon, Martínez, Castañeras y Jiménez, 1999; Salkovskis, 1986). Un segundo objetivo fue la comparación de la experiencia de ansiedad por la salud entre pacientes que cumplían o no los criterios diagnósticos.

MATERIAL Y MÉTODO

Muestra

La muestra estuvo formada por 93 pacientes, remitidos a una Unidad de Salud Mental para recibir atención psicológica. Treinta pacientes, que cumplían los criterios diagnósticos DSM para el trastorno hipocondríaco, configuraron el Grupo Hipocondría (GH: 27 mujeres y 3 hombres, con una edad media de 33,53 años y un rango de edad entre 19 y 55 años). Treinta y un pacientes, que presentaban diferentes trastornos psicológicos y alta ansiedad por la salud, aunque ninguno cumplía los criterios diagnósticos del trastorno hipocondríaco, conformaron el Grupo Ansiedad por la Salud (GAS: 23 mujeres y 8 hombres de entre 17 y 60 años con una edad media de 36,16 años). Y 32 pacientes, con otros trastornos psicológicos y sin ansiedad significativa por la salud, formaron el Grupo Trastornos Psicológicos (GTP: 30 mujeres y 2 hombres con 33,53 años de edad media y un rango entre 18 y 55 años).

No se observaron diferencias estadísticamente significativas entre grupos en la condición de género y edad.

Los problemas principales por los que acudieron a consulta los pacientes del GAS y GTP se recogen en la tabla 1.

Instrumentos

1. *Protocolo de entrevista* de Barsky para el diagnóstico de hipocondría (Barsky, Cleary, Wyshak., Spitzer, Williams y Klerman, 1992). Entrevista estructurada que se centra en los criterios diagnósticos DSM. Según los estudios de validación de los autores, los coeficientes de acuerdo entre jueces oscilan entre el 88 y 97%; el acuerdo en el diagnóstico es del 96% y presenta niveles de validez convergente adecuados (.75).

2. *Cuestionario general*. Elaborado ad hoc. Indaga las siguientes condiciones:

a) Características de la experiencia de ansiedad por la salud: enfermedad(es) objeto preocupación; inicio y circunstancias asociadas; frecuencia de episodios de preocupación; preocupación subjetiva (1-5: apenas-mucho); sospecha de padecer la enfermedad (1-5); ansiedad y afectación del estado de ánimo (1-5); conductas características del trastorno (1-4: raramente-muy a menudo); cogniciones durante los episodios de preocupación, y evolución de la ansiedad por la salud (aumento, sin cambios o disminución).

b) Síntomas físicos y evolución a lo largo del tiempo (aumento, sin cambios o disminución).

c) Valoración del estado de salud. Escala Likert 1-5 (muy malo-muy bueno).

d) Experiencias relacionadas con la enfermedad en la infancia. Cinco condiciones referidas a familiares convivientes: ocurrencia de enfermedades graves; fallecimientos; tendencia a la queja por síntomas físicos; expresión frecuente de preocu-

Tabla 1
Trastornos psicológicos en el GAS y GTP

	GAS	GTP
Trastornos adaptativos (con síntomas de ansiedad, depresivos o ambos)	7	
Trastorno mixto ansiedad-depresión	9	13
Trastorno de angustia	7	8
Trastorno depresivo	5	5
Trastorno de ansiedad generalizada	3	3
Otros trastornos somatoformes	5	2
Trastorno obsesivo-compulsivo		1

paciones por la salud y presencia de problemas psicológicos. Y dos referidas a la experiencia personal: molestias físicas y limitaciones por la salud. Ítems de respuesta dicotómica (sí-no).

3. *Escala de Ansiedad por el Estado de Salud del EAE (ANS. SAL-EAE)*. Compuesta por once ítems de la Escala de Actitudes ante la Enfermedad (EAE) (Kellner, 1986). Se valoran en una escala de cinco puntos (0-4). Se obtuvo para el factor de ansiedad a la salud una consistencia interna de .85-.87; una fiabilidad test-retest de .93 (Speckens, Spinhoven, Sloeskers, Bolk y Hemert, 1996). Se empleó esta escala como medida global de hipocondría y se estableció como punto de corte una puntuación ≤ 15 .

4. *Cuestionario de Molestias Corporales (CMC)*: Evalúa 16 molestias o síntomas corporales en una escala de 5 puntos (-/+ en relación a "las últimas semanas, incluyendo el día de hoy". El cuestionario incluye los síntomas somáticos del SCL-90-R (Symptoms Checklist-90-R; Derogatis, 1994). Se informa de una fiabilidad test-retest entre .75 y .90. (Derogatis, 2002).

5. *STAI-R*. (Spielberger, Gorsuch y Lushcne, 1970). El inventario de ansiedad STAI lo componen 40 ítems valorados en una escala Likert de 4 puntos (0-3), que examinan la ansiedad estado y la ansiedad rasgo. Diferentes estudios señalan que las dos escalas tienen una alta validez convergente y discriminante con otras medidas de ansiedad y constructos relacionados (Bieling, Antony y Swinson, 1998). En este trabajo se empleó la versión rasgo, en la que se evalúa la tendencia a experimentar malestar emocional general. Algunos autores (Watson y Pennebaker, 1989) consideran el STAI-R como una medida de Afectividad Negativa más que como una medida específica de ansiedad. Se empleó la adaptación española (Spielberger, Gorsuch, y Lushcne, 1982), cuyos índices de consistencia interna alcanzan el .87 y de fiabilidad .86.

6. *HAD* (Zigmond y Snaith, 1983). Esta escala evalúa el estado emocional de los sujetos atendidos en servicios hospitalarios de consulta externa a lo largo de una semana, excluyendo cualquier referencia a síntomas físicos. Compuesta por 14 ítems divididos en dos subescalas de 7

ítems, ansiedad y depresión. Sus propiedades psicométricas parecen adecuadas, mostrando una fiabilidad de .80 para cada una de las subescalas y una validez de .70 (Aaronson, Bullinger y Ahmedzai, 1988). Estudios de validación con población española coinciden en destacar las garantías psicométricas de la prueba, aunque discrepan sobre los puntos de corte óptimos (Herrero, Blanch, De Pablo, Pintor, y Bulbena, 2003).

Procedimiento

Durante un periodo de 36 meses, a todos los pacientes remitidos para inicio de tratamiento psicológico a una Unidad de Salud Mental (USM de Vilagarcía de Arousa, Pontevedra) que informaban, en la entrevista inicial, de ansiedad por la salud, se les solicitó cumplimentar los instrumentos de medida. Con cada paciente se siguió el procedimiento terapéutico indicado para su problemática.

Ciento siete pacientes acudieron, a la segunda cita con el terapeuta, con los cuestionarios y escalas cumplimentadas. En este momento, se revisó la información recogida en el Cuestionario General y se valoró clínicamente la presencia del trastorno hipocondríaco (Barsky et al., 1994). Treinta pacientes que cumplían los criterios diagnósticos configuraron el grupo de hipocondría (GH: N=30).

Treinta y un pacientes informaron de alta ansiedad por la salud, pero no cumplían todos los criterios diagnósticos de hipocondría. De ellos, 20 no habían acudido al médico por la preocupación; 4 no cumplían el criterio temporal de, al menos, seis meses de duración; para 6 el foco principal de ansiedad eran otros asuntos y 1 con menos de un episodio de ansiedad por la salud a la semana. Estos pacientes conformaron el grupo de ansiedad por la salud (GAS: N=31).

Un total de 32 pacientes referían baja ansiedad por la salud y el principal motivo de demanda de atención psicológica era la ansiedad y/o depresión. Ninguno de ellos informó de ansiedad por la salud en la sección específica del Cuestionario General, y/o su puntuación en la escala ANS.SAL-EAE fue de <15 . Este grupo con elevado malestar emocional pero sin ansiedad significativa por la salud, se denominó GTP (N=32).

Catorce sujetos fueron excluidos de los análisis por las siguientes razones: faltar numerosos

datos (7), abuso de alcohol (1), enfermedad grave asociada (1), sospecha de magnificación de síntomas en el contexto de reconocimiento de incapacidad (2), y contradicciones en los datos reportados (3).

Análisis de datos

Se realizó un análisis descriptivo con las variables de tipo cualitativo. En la comparación entre grupos se utilizó el ANOVA cuando las variables cumplían los supuestos paramétricos y, en caso de incumplimiento, se empleó Kruskal-Wallis. Para muestras independientes, se empleó la *t* de Student con las variables de tipo cuantitativo, y Kruskal-Wallis en las variables de tipo ordinal. Se evaluaron variables predictoras mediante análisis de regresión lineal.

RESULTADOS

ANS.SAL-EAE

Se observan diferencias entre grupos estadísticamente significativas en la ansiedad por la salud,

evaluada mediante la escala ANS.SAL-EAE ($F=114,39$; $p=.005$). El GH refirió unos valores promedio significativamente más elevados que el GAS ($p=.0002$) y que el GTP ($p=.0000$). Se observan, también, diferencias de medias significativas entre el GAS y el GTP ($p=.0005$) (Tabla 2.). Se constata, que la puntuación media de los pacientes del GTP (9,70, DT: 7) es muy similar a la referida en estudios similares (Speckens, Spinhoven, Sloeskers, Bolk, Hemert, 1996) con pacientes de atención primaria y especializada y sujetos de la población general; sin embargo, las medias del GH (37,03; DT: 6,03) y GAS (25, DT: 8,2) son muy superiores.

Molestias corporales

Son los pacientes del GH y GAS quienes informan, a través del CMC.SCL-90-R, de una más alta intensidad de malestar somático. La comparación entre grupos resulta significativa ($F=5,60$, $p=0.0051$). No hubo diferencias estadísticamente significativas entre el GH y el GAS, mientras que sí son significativamente menores los valores pro-

Tabla 2
Cuestionarios. Comparación entre grupos

	GH (1)	GAS (2)	GTP (3)	p
ANS SAL. EAE	MD: 37.03 DT: 6.03	MD: 25 DT: 8.20	MD: 9.70 DT: 7	1 vs 2: 0.0002 1 vs 3: 0.0000 2 vs 3: 0.0005
CMC. SCL-90-R	MD: 39.43 DT: 11.61	MD: 35.61 DT: 12.91	MD: 29.06 DT: 12.49	1 vs 2: 0.2298 1 vs 3: 0.0013 2 vs 3: 0.0451
STAI-R	MD: 43.51 DT: 6.06	MD: 41.40 DT: 7.65	MD: 37.58 DT: 10.83	1 vs 2: 0.2448 1 vs 3: 0.0120 2 vs 3: 0.1181
HAD.A	MD: 15.57 DT: 3.33	MD: 13.80 DT: 3.82	MD: 10.88 DT: 4.55	1 vs 2: 0.0663 1 vs 3: 0.0007 2 vs 3: 0.0119
HAD.D	MD: 10.50 DT: 3.02	MD: 10.86 DT: 3.94	MD: 8.96 DT: 4.83	1 vs 2: 0.6943 1 vs 3: 0.1616 2 vs 3: 0.1076

ANS SAL. EAE: Escala de Ansiedad por la Salud del EAE; CMC. SCL-90-R: Escala de molestias corporales del SCL-90-R; STAI-R: Escala de Ansiedad rasgo del STAI; HAD-A: Escala de Ansiedad del HAD; HAD-D: Escala de Depresión del HAD.

medio de malestar somático en el GTP respecto al GH ($p=.0013$) y al GAS ($p=.00451$) (Tabla 2).

A través del Cuestionario General, informaron experimentar con frecuencia una o más molestias físicas el 90% de los pacientes del GH, el 96,76% del GAS y el 71,87% del GTP. Las diferencias entre grupos sólo fueron estadísticamente significativas en la comparación entre el GAS y el GTP ($p=0.0069$). Considerando el número de molestias informadas, se encontró que experimentaban habitualmente más de una molestia el 85,1% de los pacientes del GH, el 70% del GAS y el 56,5% del GTP. Observándose diferencias significativas entre el GH y el GTP ($p=0.0245$). Respecto a la evolución de las molestias, el 59,2% de los sujetos del GH y el 48,2% del GAS consideraron que iban en aumento frente a un 27,2% del GTP. De nuevo, fue significativa la diferencia entre GH y GTP ($p=0.0252$). Asimismo, las diferencias entre grupos en la valoración del estado de salud fueron estadísticamente significativas ($p<.05$), indicando peores estimaciones el GH ($MD=2,53$) y GAS ($MD=2,45$) que el GTP ($MD=3,12$).

STAI-R

Se observan diferencias entre grupos estadísticamente significativas en afectividad negativa, medida mediante el STAI-R ($F=3,80$, $p=0,0261$); aunque sólo es significativa la diferencia entre el GH y el GTP ($p=.0120$) (Tabla 2).

HAD

En el HAD-A se observan diferencias estadísticamente significativas entre grupos ($F=9,78$; $p=0.0002$). Informando los pacientes del GH y GAS de un grado de ansiedad significativamente mayor que los pacientes del GTP ($p\leq 0,01$) (Tabla 2).

En el HAD-D no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre grupos ($F=1,78$; $p=0,1740$), aun cuando los valores promedio fueron superiores en los dos grupos de pacientes con ansiedad por la salud.

Las puntuaciones de los tres grupos en ambas escalas fueron altas. Considerando los puntos de corte para población española (Herrero et al., 2003), se situaron claramente por encima del criterio para la predicción de trastornos de ansiedad y depresivos (5 y 8 respectivamente).

Caracterización de la ansiedad por la salud

Los datos de los dos grupos de pacientes que informaron de ansiedad por la salud (GH y GAS), recogidos mediante el Cuestionario General, se compilan en la Tabla 3.

En ambos grupos la enfermedad más temida es el cáncer (80% vs 70,9%). Otras enfermedades temidas son las cardíacas, cerebro-vasculares, deterioro cognitivo, enfermedad mental, enfermedades graves en general o VIH-SIDA. Con la excepción de las cardíacas, ninguna preocupa a más del 10% de los pacientes de cada grupo. El inicio de la preocupación es más antiguo en el caso de GH (≤ 2 años en un 66,6%). No obstante, en el caso del GAS un considerable porcentaje de pacientes sitúan en uno (26,9%) o dos (34,6%) años la antigüedad de las preocupaciones. Las circunstancias asociadas al origen de la preocupación se relacionan en ambos grupos con problemas físicos, emocionales o circunstancias vitales estresantes; y no hay diferencias entre grupos. También, en ambos grupos, la mayoría de los pacientes refieren preocupaciones diarias y, aunque sin ser estadísticamente significativas las diferencias, es más elevado el porcentaje de pacientes en el GH (60% vs 35,4%). Tampoco existen diferencias en la evolución de la preocupación, que se considera estable en ambos grupos. No obstante, son los pacientes hipocondríacos quienes informan de un grado de preocupación subjetiva significativamente mayor ($p=.0288$), así como mayor grado de sospecha de padecer la enfermedad temida ($p=.0131$) e intensidad de la ansiedad durante los episodios ($p=.0088$). La mayor intensidad de la preocupación hipocondríaca del GH se reflejó en una mayor frecuencia de consultas médicas ($p=0,0237$), y de conducta de comprobación corporal en relación con sus preocupaciones ($p=0,0348$). Finalmente, no hubo diferencias significativas entre grupos en las cogniciones informadas durante los episodios de ansiedad por la salud (Tabla 3).

Experiencias relacionadas con la salud en la infancia

Los grupos del estudio difieren estadísticamente en la experiencia durante la infancia de limitaciones a causa del propio estado de salud (Kruskal-Wallis, $p=0,0342$) y en la convivencia con

Tabla 3
Características clínicas de los pacientes con ansiedad por la salud

	GH	GAS	p
Enfermedad objeto preocupación (N)			
Cáncer	25	22	0.4128
Enfermedad cardíaca	6	1	0.0399
Accidente cerebrovascular	3	1	0.2853
Enfermedad grave	1	1	0.2853
Inicio preocupación salud (N)			
> 6 meses	0	4	0.0258
< 6 meses	1	0	0.3475
< 1 año	4	3	0.8395
< 2 años	5	7	0.3509
< 3 años	1	9	0.2460
Inicio remoto	5	3	0.5844
Circunstancias asociadas inicio (N)			
Enfermedad/fallecimiento de familiar	7	6	0.7044
Malestar físico	4	6	0.5254
Problema de salud	3	5	0.4784
Síntomas emocionales	5	1	0.0780
Circunstancia vital estresante	5	4	0.6786
Nacimiento de hijo	2	0	0.1438
No identificadas	8	10	0.6322
Frecuencia de episodios preocupación (N)			
Diaria	18	11	0.5530
Más de un episodio a la semana	2	6	0.1422
Menos de 1 semana	0	1	0.3212
Temporadas	10	13	0.4883
Cogniciones en episodios preocupación (N)			
Muerte	13	7	0.0843
Consecuencias negativas para los hijos	9	4	0.1031
Sufrimiento/dolor/procedimientos médicos	9	4	0.1031
Limitaciones en la vida diaria	3	4	0.4135
Padecer la enfermedad sin más especificación	6	14	0.2219
Marginación social	0	1	0.3212
Evolución ansiedad por salud (N)			
Aumento	2	10	0.7368
Sin cambios	13	14	0.6110
Disminución	5	4	0.8024
Preocupación subjetiva (intensidad:1-5)	MD: 4.43 DT: 0.50	MD: 4.09 DT: 0.59	0.0288
Sospecha de enfermedad (intensidad: 1-5)	MD: 4 DT: 1.01	MD: 3.32 DT: 1.16	0.0131
Ansiedad en episodios preocupación (1-5)	MD: 4.73 DT: 0.44	MD: 4.25 DT: 0.81	0.0088
Afectación ánimo en episodios (1-5)	MD: 4.56 DT: 0.50	MD: 4.30 DT: 0.83	0.2805
Conductas características en episodios:			
consultas médicas (frecuencia 1-4)	MD: 2.58 DT: 1.15	MD: 1.90 DT: 1.02	0.0237
comprobación somática (1-4)	MD: 2.90 DT: 0.80	MD: 2.32 DT: 1.01	0.0348
hablar síntomas/preocupaciones (1-4)	MD: 2.70 DT: 1.08	MD: 2.19 DT: 0.90	0.0613
evitación activa pensamientos (1-4)	MD: 2.66 DT: 1.18	MD: 2.48 DT: 1.09	0.5167

Tabla 4
Experiencias relacionadas con la salud en la infancia. Porcentaje de pacientes

	GH (1)	GAS (2)	GTP (3)	p
Expresión frecuente preocupaciones salud entre familiares convivientes	55.17	40	20.68	1 vs 2, p=0.2433 1 vs 3, p= 0.0068 2 vs 3, p=0.1073
Limitaciones físicas	23.33	6.89	3.33	1 vs 2, p=0.0792 1 vs 3, p= 0.0227 2 vs 3, p=0.5334
Tendencia a queja física familiares convivientes	41.37	33.33	20.68	1 vs 2, p=0.5229 1 vs 3, p=0.0886 2 vs 3, p=0.2748
Molestias físicas	33.33	17.24	16.66	1 vs 2, p=0.1559 1 vs 3, p=0.1360 2 vs 3, p=0.9531
Fallecimientos de familiares convivientes	37.93	33.33	34.48	1 vs 2, p=0.7123 1 vs 3, p=0.7847 2 vs 3, p=0.9257
Enfermedades graves familiares convivientes	26.66	13.79	17.24	1 vs 2, p=0.1967 1 vs 3, p=0.3825 2 vs 3, p=0.6764
Problemas psicológicos familiares convivientes	29.62	20.68	27.58	1 vs 2, p=0.4401 1 vs 3, p=0.8657 2 vs 3, p=0.5394

familiares que exhibían frecuentemente su preocupación por la salud (Kruskall-Wallis, $p=0,0270$) (Tabla 4). Los pacientes GH fueron quienes más informaron de este tipo de experiencias. Así, es estadísticamente significativa la diferencia entre el GH y el GTP en ambas condiciones ($p \leq 0,05$). En la convivencia con familiares que referían frecuentemente quejas por la salud, y en la experiencia de molestias físicas frecuentes durante la infancia, las diferencias alcanzaron una significación del $\leq 0,1$ (Tabla 4).

Entre GH y GAS no se encontraron diferencias estadísticamente significativas, con la excepción de la experiencia en la infancia de limitaciones a causa de la salud, con una significación del $\leq 0,1$ (Tabla 4).

Entre GAS y GTP no se encontraron diferencias estadísticamente significativas, salvo en la convivencia con familiares preocupados por la salud, aunque con una significación del $\leq 0,1$ (Tabla 4).

Se realizó un análisis de regresión lineal en el que la variable criterio fue la medida de molestias

somáticas (CMC-SCL-90-R). Se introdujeron como predictores las puntuaciones en el STAI-R, HAD-A, HAD-D, ANS.SAL-EAE y las experiencias relacionadas con la salud en la infancia. Las variables que entraron en el modelo de predicción fueron la medida de ansiedad general (HAD-A), que explicó el 29,81% de varianza; el informe de problemas psicológicos en familiares convivientes en la infancia, en un sentido negativo y que aumentó el porcentaje de varianza explicada hasta el 33,37%; y la medida de de ansiedad por el estado de salud (ANS.SAL-EAE), con la que se alcanzó el porcentaje final de 36,87% de varianza explicada. La ecuación de regresión resultante fue $15,8160 + (1,1479)HAD-A + (-6,3183)$ trastornos psicológicos familia + $(.2230)ANS.SAL-EAE$.

DISCUSIÓN

Los datos del estudio, obtenidos en una muestra de consultantes de una Unidad de Salud Men-

tal, sugieren que los pacientes con preocupación hipocondríaca muestran un mayor nivel de malestar emocional. Evaluados mediante el HAD-A, presentan una ansiedad significativamente mayor que el resto. Y son, en concreto, los pacientes hipocondríacos quienes muestran una afectividad negativa significativamente superior. Por otra parte, como cabría esperar, informaron de un grado significativamente más alto de malestar somático, mayor presencia e intensidad de síntomas físicos y peor valoración del estado de salud. Los datos sugieren que todos los pacientes con ansiedad por la salud comparten un acusado sentido de vulnerabilidad física. Si bien, son los pacientes hipocondríacos los que muestran las manifestaciones más intensas y frecuentes (Hanel, Henningsen, Herzog, Sauer, Schaefer, Szecsenyi y Löwe, 2009; Salkovskis et al., 1986).

Se podría decir que preocupación hipocondríaca, malestar emocional y síntomas físicos son tres elementos que tienden a darse conjuntamente e, incluso, en palabras de Kellner (Kellner, 1985; 1986), que se potencian de forma recíproca. Ahora bien, entre los pacientes de la muestra sin ansiedad por la salud, pero sí con problemas de ansiedad y depresivos, un alto porcentaje informaron también con alta frecuencia de síntomas físicos. Resultados similares se han obtenido en Atención Primaria entre pacientes con ansiedad (Hanel et al., 2009; Lowe, Spitzer, Williams, Mussell, Schellberg y Kroenke, 2008). Este solapamiento se ha entendido por algunos autores como una mera covariación de manifestaciones de distrés, que se explican por unos mismos procesos subyacentes (Kirmayer, Robbins y Paris, 1994).

Respecto a las experiencias relacionadas con la salud en la infancia, el estudio pone de manifiesto que los pacientes con preocupación hipocondríaca habían convivido, en general, con familiares descritos como notablemente preocupados por su salud. Condición ya constatada en estudios realizados en atención primaria y referidos a los progenitores (Barsky et al., 1994; Noyes et al., 2002). Asimismo, informaron de limitaciones a causa del estado de salud durante la infancia, y con una frecuencia significativamente superior a la referida por pacientes sin ansiedad por la salud. Ambas experiencias parecen ser antecedentes relevantes de las formas más intensas de ansiedad por la salud, como es la hipocondría.

La convivencia durante la infancia con familiares afectados por enfermedades graves no fue una condición en la que se diferenciaron los pacientes del estudio. Tampoco, en cuanto a la ocurrencia de fallecimientos de familiares convivientes en la infancia, que afectó a más de un 30% en todos los grupos. Sin embargo, en un estudio previo (Fernández-Martínez et al., 2001), pero realizado en Atención Primaria, los sujetos con alta ansiedad por la salud sí informaron sobre ambas experiencias, con una frecuencia significativamente mayor que un grupo control. Además, los porcentajes de sujetos afectados por estas experiencias fueron claramente inferiores a los observados en este estudio con pacientes de Salud Mental. Estos resultados sugieren que, las pérdidas y la enfermedad grave en la familia no serían un antecedente específico de la hipocondría, en tanto que parecen también relativamente frecuentes en pacientes con problemas emocionales. Otros autores (Marshall, Jones, Ramchandani, Stein y Bass, 2007) apoyan esta conclusión. En un estudio, con hijos de pacientes con trastornos somatoformes e hijos de pacientes con enfermedades orgánicas crónicas, se puso de manifiesto que el elemento diferenciador de la preocupación somática eran las actitudes hipocondríacas de los padres y no la experiencia de enfermedad en la familia.

La convivencia con familiares con problemas psicológicos afectó también a un porcentaje similar de pacientes en sus infancias, en torno a un tercio de la muestra de cada grupo. En definitiva, la enfermedad grave, los problemas psicológicos y las pérdidas de familiares fueron antecedentes frecuentes y comunes de pacientes que compartían, todos, un alto grado de malestar emocional. Estos datos son coherentes con la perspectiva biográfica de los trastornos emocionales, que destaca la importancia de las experiencias de indefensión e incontrolabilidad que ocurren durante el desarrollo como antecedentes comunes de estos trastornos (Allen et al., 2008; Barlow, 1988; Staats, 1997).

De manera específica, la forma más severa de ansiedad por la salud, representada por los pacientes del GH, se asoció significativamente a la presencia durante la infancia de limitaciones en la vida diaria a causa del estado de salud. Por otra parte, los dos grupos de pacientes con preocupación hipocondríaca (GH y GAS) informaron, con

una frecuencia significativamente superior al GTP, que habían convivido en su infancia con familiares preocupados por la salud. Ambas condiciones podrían fácilmente entenderse como experiencias condicionantes (por ejemplo, aprendizaje de repertorios de conducta verbal-emocional negativos (Eifert et al., 2005) ante la ocurrencia de síntomas somáticos relacionados con el estrés o el malestar emocional). Orientando, así, la atención hacia los mismos, como el desarrollo de respuestas emocionales, interpretaciones alarmantes y conductas características (conducta de rol de enfermo, repetidas comprobaciones corporales o de búsqueda de reaseguramiento, por ejemplo).

De manera alternativa, la convivencia durante la infancia con familiares con problemas psicológicos parecería favorecer expresiones menos somatizadas de los trastornos emocionales. Conforme a la ecuación de regresión del malestar somático actual (CMC), esta condición tiene un peso significativamente negativo en la explicación del malestar físico actual. Es decir, los pacientes que informaron esta circunstancia obtuvieron una puntuación significativamente más baja en la medida de malestar físico actual. Ello indicaría que estos pacientes tenían presentaciones menos somatizadas de los problemas emocionales.

Es preciso señalar algunas limitaciones de este estudio. La muestra estuvo compuesta en su mayor parte por mujeres y, aunque ello puede reflejar la mayor disposición de las mujeres a consultar por problemas de salud mental, puede también comprometer la generalización de los resultados, dada la evidencia de ausencia de diferencias entre hombres y mujeres en la frecuencia de hipocondría.

El carácter retrospectivo de la investigación podría restar fiabilidad a los resultados. Tampoco se puede descartar que los pacientes con preocupación hipocondríaca, más que haber estado expuestos con más frecuencia durante sus infancias a circunstancias relacionadas con la enfermedad, estuvieran inclinados, como un aspecto más de su orientación hipocondríaca, a recordar experiencias de ese tipo. Aunque esta interpretación parece menos plausible al considerar la ausencia de diferencias entre el GAS y GTP en el informe de varias de las experiencias relacionadas con la salud.

En definitiva, los resultados del estudio son coherentes con los modelos psicológicos del tras-

torno hipocondríaco que subrayan el papel sensibilizador de determinadas condiciones vitales en los problemas de ansiedad específicos. No obstante, la limitación señalada, respecto al carácter retrospectivo de algunos datos, hace que sea necesario que en la investigación futura se exteame el cuidado para superarla. Una posible manera sería contrastar la información ofrecida sobre esas experiencias con la de informadores externos (por ejemplo, padres o hermanos). Otra vía posible sería realizar estudios con un diseño longitudinal.

BIBLIOGRAFÍA

1. **Aaronson, N.K., Bullinger, M. y Ahmedzai, S.** (1988). A modular approach to quality of life assessment. *Recent Results in Cancer Research*, 111, 231-249.
2. **Allen, L., MacHugh, R.K. y Barlow, D.H.** (2008). Emotional disorders. A Unified protocol. En D.H Barlow (Ed.). *Clinical Handbook of Psychological Disorders. A step-by-step manual*. The Guilford Press, pp. 216-249.
3. **Barlow, D.H.** (1988). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic*. Nueva York: Guilford Press.
4. **Barsky, A.J., Wool, C., Barnett, M.C. y Cleary, P.D.** (1994). Histories of childhood trauma in adult hypochondriacal patients. *American Journal of Psychiatry*, 151 (3), 397-401.
5. **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.
6. **Barsky, A.J., Wyshak, G. y Klerman, G.L.** (1986). Hypochondriasis: an evaluation of the DSM-III criteria in medical outpatients. *Archives of General Psychiatry*, 43, 493-500.
7. **Belloch, A., Ayllon, E. Martínez, M.P., Castañeiras C y Jiménez, M.A.** (1999) Sensibilidad a las sensaciones corporales e hipocondría. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 4(1), 1-14.
8. **Bianchi, G.N.** (1971). Origins of illness phobia. *Australia and New Zeland Journal of Psychiatry*, 5 (4), 241-257.
9. **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.
10. **Derogatis, L.R. (1994).** *SCL-90-R: Administration, Scoring and Procedures Manual*.

11. **Derogatis, L.R.** (2002). Cuestionario de 90 síntomas. Madrid: TEA.
12. **Ehlers, A.** (1993). Somatic symptoms and panic attacks: a retrospective study of learning experiences. *Behaviour Research and Therapy*, 31 (3), 269-278.
13. **Eifert, G.H. y Zvolensky, M.J.** (2005). Somatoform disorders. En J.E. Maddux, B.A. Winstead. (Ed.) *Psychopathology. Foundations for a contemporary understanding*. Routledge, pp. 313-334.
14. **Escobar, J.I., Gara, M., Waitzkin, H., Silver, R.C., Holman, A. y Comptom, W.** (1998). DSM-IV hypochondriasis in primary care. *General Hospital Psychiatry*, 20, 155-159.
15. **Fernández-Martínez, R. y Fernández-Rodríguez, C.** (2001). Factores asociados a preocupación hipocondríaca en pacientes de un centro de salud de atención primaria. *Psicothema*, 13 (4), 659-670.
16. **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.
17. **Hanel, G, Henningsen, P., Herzog, W., Sauer, N., Schaefer, R., Szecsenyi, J. y Löwe, B.J.** (2009). Depression, anxiety, and somatoform disorders: vague or distinct categories in primary care? Results from a large cross-sectional study. *Psychosomatic Research*, 67 (3), 189-97.
18. **Herrero, M.J., Blanch, J., De Pablo, J., Pintor, L. y Bulbena.** (2003). A validation study of the HADS in a Spanish population. *General Hospital Psychiatry*, 25, 277-283.
19. **Kellner, R.** (1986). Somatization and hypochondriasis. Nueva York: Praeger.
20. **Kellner, R.** (1985). Functional somatic symptoms and hypochondriasis. A survey of empirical studies. *Archives of General Psychiatry*, 42, 821-833.
21. **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.
22. **Lowe, B., Spitzer, R.L., Williams, J.B.W., Mussell, M., Schellberg, D. y Kroenke, K.** (2008). Depression, anxiety and somatization in primary care: syndrome overlap and functional impairment. *General Hospital Psychiatry*, 30 (3), 191-199.
23. **Marshall, T., Jones, D.P., Ramchandani, P.G., Stein, A. y Bass, C.** (2007). Intergenerational transmission of health beliefs in somatoform disorders. Exploratory study. *British Journal of Psychiatry*, 191, 449-450.
24. **Noyes, R., Stuart, S., Lagbehn, D.R., Hapfel, R.L., Longley, S.L. y Yagla, S.J.** (2002). Childhood antecedents of hypochondriasis. *Psychosomatics*, (43), 282-289.
25. **Pena, J.** (1997). Tratamiento de un caso de hipochondría con rituales obsesivos. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 2 (2), 181-190.
26. **Pilowsky, I.** (1970). Primary and secondary hypochondriasis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 46 (3), 273-285.
27. **Salkovskis, P.M.** (1988). Somatic Problems. En K. Hawton, P.M. Salkovskis, J. Kirk y D.M. *Cognitive-Behaviour therapy for psychiatric problems*. Oxford University Press, pp. 235-276.
28. **Salkovskis, P.M. y Warwick, H.M.C.** (1986). Morbid preoccupations, health anxiety and reassurance: a cognitive behavioral approach to hypochondriasis. *Behaviour Research and Therapy*, 24 (5), 597-602.
29. **Speckens, A.E., Spinhoven, P., Sloeskers, P.P., Bolk, J.H. y Hemert, A.M.** (1996). A validation study of the Whitely 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.
30. **Spielberger, C.D., Gorsuch, R.L. y Lushene, R.E.** (1970). Manual for the state-trait anxiety inventory. Palo Alto. California: Consulting Psychologist Press.
31. **Spielberger, C.D., Gorsuch, R.L. y Lushene, R.E.** (1982). Cuestionario de ansiedad estado. Adaptación española. Madrid: TEA.
32. **Staats, AW.** (1997). Conducta y Personalidad. Conductismo psicológico. Bilbao: DDB.
33. **Warwick, H.** (1995). Assessment of hypochondriasis. *Behaviour Research and Therapy*, 33 (7): 845-853.
34. **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.
35. **Zigmond, A.S. y Snaith, R.P.** (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67, 361-370.