

## TENDENCIAS ATRIBUCIONALES EN LA HIPOCONDRIA: CARACTERIZACIÓN Y CAMBIOS CON EL TRATAMIENTO

M. PILAR MARTÍNEZ<sup>1</sup>, AMPARO BELLOCH<sup>2</sup> y CRISTINA BOTELLA<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Universidad de Granada

<sup>2</sup> Universidad de Valencia

<sup>3</sup> Universidad Jaime I de Castellón

(Aceptado en junio de 2001)

El enfoque cognitivo plantea que la hipocondría y el trastorno de pánico se caracterizan por la interpretación errónea de las sensaciones corporales como señal de enfermedad. Las propuestas terapéuticas más efectivas para estos trastornos se centran en la modificación de dichos sesgos interpretativos. Para analizar estas cuestiones se han realizado dos estudios. En el primer estudio se examinan algunas diferencias entre las interpretaciones características de la hipocondría y aquellas típicas del trastorno de pánico. Se administró el Cuestionario de Acontecimientos Ambiguos (CAA) y el Cuestionario de Interpretación de Sensaciones Corporales (CISC) a 17 pacientes con hipocondría, 17 pacientes con trastorno por angustia y 17 sujetos normales. Los resultados mostraron que los grupos clínicos difirieron en el tipo de sensaciones corporales que consideraban señal de enfermedad y en el curso temporal de la amenaza percibida, sin embargo mostraron las mismas conductas disfuncionales. En el segundo estudio se analizan los cambios producidos por un tratamiento cognitivo-conductual en el grupo de hipocondría. Se administró el CAA antes y después del tratamiento y a los 2 y 6 meses de seguimiento. Los resultados revelaron que la terapia consiguió mejoras en la tendencia de los pacientes a atribuir consecuencias negativas a los síntomas.

**Palabras clave:** Hipocondría, trastorno por angustia, sensación corporal, interpretación errónea, conducta disfuncional, tratamiento cognitivo-conductual.

### *Attributional tendencies in hypochondriasis: characteristics and changes with treatment*

The cognitive approach proposes that both hypochondriasis and panic disorder are characterized by the misinterpretation of bodily sensations as sign of disease. The more effective therapeutic proposals for these disorders are focused on the modification of such interpretative bias. In order to analyse these topics two studies were carried out. The first study examined some differences between the interpretations characteristic of hypochondriasis and those typical of panic disorder. The Ambiguous Events Questionnaire (AEQ) and the Bodily Sensations Interpretation Questionnaire (BSIQ) were administered to 17 patients with hypochondriasis, 17 patients with panic disorder and 17 normal subjects. The results showed that the clinical groups differed in the type of bodily sensations that are considered as sign of disease and in the time course of perceived threat, however showed the same dysfunctional behaviours. The second study examined the changes caused by a cognitive-behavioural treatment in hypochondriasis group. The AEQ was administered before and after the treatment and at 2 and 6 months follow-up. The results showed that the therapy improved the tendency of patients to attribute negative consequences at symptoms.

**Key words:** Hypochondriasis, panic disorder, bodily sensation, misinterpretation, dysfunctional behaviour, cognitive-behaviour treatment.

## INTRODUCCIÓN

En los últimos años se está prestando bastante atención al estudio de los pro-

cesos cognitivos que pueden estar involucrados en la génesis de los problemas hipocondríacos. Los temas más estudiados han sido los sesgos atencionales (y/o perceptivos), interpretativos y mnésicos. En relación a los sesgos atencionales (y/o perceptivos) se ha examinado la sensibi-

---

*Correspondencia:* M. Pilar Martínez, Departamento de Personalidad, Facultad de Psicología, Campus Universitario de Cartuja, 18071 Granada, Correo-e: mnarvaez@platon.ugr.es

lidad de los pacientes con hipocondría para detectar, atender y percibir las sensaciones corporales y los estímulos relacionados con la salud (Barsky, Brener, Coeytaux y Cleary, 1995; Brown, Kosslyn, Delamater, Fama y Barsky, 1999; Cioffi, 1991; Martínez y Belloch, 1998; Pauli, Schwenger, Brody, Rau y Birbaumer, 1993; Schmidt, Wolfs-Takens, Oosterlaan y van den Hout, 1994). Algunos de estos trabajos parecen confirmar que estos sujetos atienden selectivamente a la información potencialmente asociada a su preocupación por la enfermedad. El interés por los sesgos interpretativos se ha centrado en el análisis de la proclividad de los pacientes con hipocondría a interpretar las sensaciones corporales como señal de enfermedad (Hitchcock y Mathews, 1992; MacLeod, Haynes y Sensky, 1998; Marcus, 1999; Martínez, Belloch y Botella, 1995; Salkovskis, 1990). En general, los estudios han demostrado que estos pacientes asignan un significado negativo a la información indeterminada potencialmente relacionada con amenazas físicas. En cuanto a los sesgos de memoria se ha analizado la propensión de los hipocondríacos a recordar material relacionado con la enfermedad (Brown *et al.*, 1999; Durso, Reardon, Shore y Delys, 1991), pero la evidencia recopilada al respecto no es concluyente.

Centrándonos en los sesgos interpretativos, podemos afirmar que las formulaciones cognitivas más sólidas sobre el desarrollo del trastorno por angustia<sup>1</sup> (Clark, 1986, 1988) y de la hipocondría (Warwick y Salkovskis, 1989, 1990) coinciden en considerar como característica nuclear de ambas condiciones clínicas, la tendencia a interpretar erróneamente la estimulación interoceptiva como eviden-

cia de enfermedad grave. Junto a esta semejanza general, también se han apuntado ciertas divergencias en el tipo de interpretaciones que se da con mayor frecuencia en cada uno de estos trastornos. Según Salkovskis y Clark (1993) estas diferencias se refieren al tipo de síntomas físicos mal interpretados, al curso temporal asignado a la enfermedad temida, a las conductas disfuncionales asociadas a las interpretaciones, y a las creencias negativas sobre la salud, la enfermedad y las actuaciones médicas. En los últimos años se han llevado a cabo diversas investigaciones con el propósito de analizar el patrón interpretativo tanto de la hipocondría como del trastorno por angustia (p.ej., Ahmad, Wardle y Hayward, 1992; Clark, Salkovskis, Gelder, Koehler, Martin, Anastasiades, Hackmann, Middleton y Jeavons, 1988; Clark, Salkovskis, Öst, Breitholtz, Koehler, Westling, Jeavons y Gelder, 1997; Harvey, Richards, Dziadosz y Swindell, 1993; Hitchcock y Mathews, 1992; Kamieniec-ki, Wade y Tsourtos, 1997; MacLeod *et al.*, 1998; Marcus, 1999; Martínez *et al.*, 1995; McNally y Foa, 1987; Salkovskis, 1990). No obstante, los resultados obtenidos en estos estudios no siempre han coincidido.

Asimismo se constata que en los últimos años se ha producido un creciente interés por abordar la hipocondría y condiciones similares desde una perspectiva cognitivo-comportamental, lo que ha dado lugar a la elaboración de programas estructurados para su tratamiento. De entre las propuestas más prometedoras presentadas hasta el momento destacan las de Barsky, Geringer y Wool (1988), House (1989), Warwick y Salkovskis (1989), Sharpe, Peveler y Mayou (1992), Avia (1993), Speckens, Spinhoven, Hawton, Bolk y van Hemert (1996), y Papageorgiou y Wells (1998). La mayoría de estos programas han tomado como referencia los procesos atencionales-percep-

<sup>1</sup> En este trabajo se han utilizado indistintamente los términos "trastorno por angustia" y "trastorno de pánico".

tivos e interpretativos hipotéticamente responsables de la aparición y/o mantenimiento del trastorno. Así, muchos de ellos coinciden en contemplar como principales elementos terapéuticos el manejo de la focalización de la atención mediante ejercicios atencionales, actividades de distracción, etc., y la identificación y confrontación de las cogniciones distorsionadas acerca del significado de los síntomas. Hasta el momento los programas de intervención que más evidencia empírica han acumulado son el de Barsky *et al.* (p.ej., Avia, Ruiz, Olivares, Crespo, Guisado, Sánchez y Varela, 1996; Stern y Fernández, 1991), y el de Warwick y Salkovskis (p.ej., Clark, Salkovskis, Hackmann, Wells, Fennell, Ludgate, Ahmad, Richards y Gelder, 1998; Warwick, Clark, Cobb y Salkovskis, 1996). Sin embargo, y según la bibliografía revisada, no existe ningún estudio que haya analizado específicamente la modificación de los sesgos interpretativos de los pacientes hipocondríacos después del tratamiento.

A tenor de lo expuesto en las líneas precedentes, el propósito de este trabajo fue analizar las características de las atribuciones causales de los síntomas físicos que realizan los pacientes hipocondríacos, y las modificaciones que pueden experimentar tales atribuciones tras la aplicación de una terapia cognitivo-conductual.

## ESTUDIO 1

### OBJETIVO

Poner a prueba tres de las predicciones propuestas por Salkovskis y Clark (1993) sobre las diferencias entre la hipocondría y el trastorno de pánico:

- 1) Las sensaciones que suelen interpretar erróneamente los *pacientes*

*con pánico* son aquellas que pueden experimentar un incremento debido a la activación del Sistema Nervioso Autónomo (SNA) (p.ej., aumento de la tasa cardíaca). Sin embargo, las interpretaciones erróneas que habitualmente realizan los *pacientes hipocondríacos* afectan a un rango más extenso de síntomas, que incluye tanto los que aumentan con la activación del SNA como los que no están sometidos a esta influencia directa (p.ej., manchas en la piel).

- 2) Los *pacientes con pánico* interpretan los síntomas corporales como señal de una enfermedad que se manifiesta de manera súbita e inesperada (p.ej., un ataque al corazón); en cambio, los *pacientes hipocondríacos* los interpretan como señal de una enfermedad que supone un proceso de desarrollo más insidioso y progresivo (p.ej., cáncer).
- 3) Las interpretaciones de las sensaciones corporales como señales de amenaza inminente que realizan los *pacientes con pánico* les conducen a exhibir conductas de escape, evitación de determinadas situaciones y de búsqueda de seguridad. Por el contrario, las interpretaciones de los síntomas físicos como indicadores de peligro no inmediato que realizan los *pacientes hipocondríacos* promueven conductas de vigilancia, comprobación y búsqueda activa de consulta.

### MÉTODO

#### Muestra

La muestra utilizada estuvo compuesta por tres grupos (dos clínicos y uno no clínico) de 17 sujetos cada uno de ellos. Una de las muestras clínicas estuvo inte-

grada por pacientes con hipocondría (4 hombres y 13 mujeres; media de edad = 33,12 años); la otra estuvo formada por pacientes con trastorno por angustia (con o sin agorafobia) (5 hombres y 12 mujeres; media de edad = 29,53 años). En ambos casos la asignación del diagnóstico se efectuó de acuerdo con los criterios del DSM-III-R (APA, 1987)<sup>2</sup>. La muestra no clínica estuvo compuesta por personas que no presentaban ningún trastorno psicológico diagnosticado (4 hombres y 13 mujeres; media de edad = 32,24 años). Los grupos fueron igualados en diversas características sociodemográficas tales como el género y la edad ( $F_{2,48}=0,65$ )<sup>3</sup>. La mayoría de los participantes tuvieron un nivel de instrucción medio o bajo.

Para todos los sujetos se contemplaron los siguientes criterios de exclusión: 1) edad inferior a 18 años o superior a 65 años; 2) historia de alcoholismo o adicción a drogas; y 3) enfermedad orgánica diagnosticada. Para las muestras clínicas también se exigió que el diagnóstico asignado aconteciese en ausencia de otros problemas psicológicos asociados o, al menos, fuese el diagnóstico principal. Además, se excluyeron aquellos sujetos con diagnóstico conjunto de hipocondría y trastorno por angustia. La mayoría de los pacientes seleccionados presentaron síntomas de otros trastornos de ansiedad (p.ej., trastorno obsesivo-compulsivo), trastornos del estado de ánimo (p.ej., distimia) y/o trastornos somatoformes (p.ej., trastorno de somatización), pero ninguno de ellos reunió los criterios completos del DSM-III-R para estos trastornos.

<sup>2</sup> En el momento de la realización del estudio no se disponía todavía de la versión definitiva del DSM-IV (APA, 1994), si bien en un análisis retrospectivo de los pacientes todos ellos cumplieron los criterios del DSM-IV.

<sup>3</sup> Para la variable edad se realizó un análisis de varianza de un factor.

## Instrumentos

Para el establecimiento del diagnóstico en los grupos clínicos se utilizó una versión modificada de la *Entrevista Diagnóstica Estructurada para la Hipocondría* (Barsky, Cleary, Wyshak, Spitzer, Williams y Klerman, 1992) que incluyó los criterios del DSM-III-R, y la *Entrevista Clínica Estructurada para el DSM-III-R (sección del trastorno por angustia)* (Spitzer, Williams, Gibbon y First, 1990).

Todos los participantes cumplieron los siguientes instrumentos:

1. *Cuestionario de Acontecimientos Ambiguos* (CAA)<sup>4</sup>. Este instrumento está formado por 27 enunciados que relatan situaciones indeterminadas a las que se pueden atribuir distintos significados. Las cuatro modalidades de situaciones ambiguas se refieren a: 1) síntomas físicos que según la teoría cognitiva del trastorno de pánico son mal interpretados por los pacientes que presentan este desorden (A1) (p.ej., "Usted siente molestia y opresión en el pecho. ¿Por qué?"); 2) hechos sociales ambiguos (A2) (p.ej., "Usted entra en una tienda y el dependiente no le atiende. ¿Por qué?"); 3) otros eventos ambiguos (A3) (p.ej., "Usted recibe una carta con el sello de 'urgente'. ¿Qué contiene la carta?"); y 4) síntomas físicos que según la teoría cognitiva del trastorno de pánico no suelen ser mal interpretados por los pacientes con este trastorno (A4) (p.ej., "Usted descubre un bulto en su cuello. ¿Por qué?"). Para cada enunciado (p.ej., "Usted se siente mareado y débil. ¿Por qué?") se presentan tres explicaciones, una de ellas con contenido amenazante (p.ej., "Se va a desmayar") y las dos restantes con contenido neutral o poco perturbador (p.ej., "Necesita comer algo" y "No durmió lo sufi-

<sup>4</sup> Manuscrito proporcionado por D. M. Clark (Universidad de Oxford, Reino Unido).

ciente la noche anterior"). Para cumplimentar el cuestionario, en primer lugar, el sujeto tiene que responder a cada enunciado anotando su opinión acerca de lo que considera que está sucediendo. A continuación ha de situar las tres explicaciones de la situación ambigua que se ofrecen de acuerdo con el orden (primero, segundo o tercer lugar) en que cree que sería más probable que le vinieran a la mente en caso de encontrarse en esa situación. Tras proceder del mismo modo con todos los enunciados, se solicita al sujeto que vuelva al principio del cuestionario y estime el grado de probabilidad de que considere cierta cada una de las interpretaciones propuestas (entre 0 "nada probable" y 8 "extremadamente probable"). En el presente estudio introdujimos una ligera modificación en el CAA y en esta última parte de su administración solicitamos que el sujeto indicara el grado de probabilidad (según la escala anterior) de que pudiera pensar cada una de las explicaciones planteadas si se encontrara en las situaciones descritas. Para la utilización de este instrumento en nuestro contexto, el cuestionario fue traducido al español por las autoras de este trabajo y, posteriormente, fue traducido de nuevo al inglés por una persona inglesa nativa con el fin de cerciorarnos de que el proceso no había alterado el significado de los items.

Del CAA obtuvimos cuatro clases de puntuaciones derivadas del cociente entre la suma de las probabilidades estimadas para la modalidad de interpretación amenazante en los enunciados correspondientes a los cuatro tipos de acontecimientos y el número de enunciados que integra cada uno de ellos.

2. *Cuestionario de Interpretación de Sensaciones Corporales (CISC)*. Basándonos en el cuestionario anterior y en el elaborado por Hitchcock y Mathews (1992), desarrollamos un cuestionario de

interpretación de sensaciones corporales. Este instrumento está compuesto por 10 enunciados que describen situaciones ambiguas, 5 de ellos implican sensaciones corporales que pueden incrementarse como resultado del arousal autónomo (SA) y 5 se refieren a sensaciones o signos corporales que no están sometidos a esta amplificación directa (SB). Cada enunciado va seguido de 5 interpretaciones que cubren diversos contenidos, desde los más neutros a los más amenazantes. La instrucción básica para la cumplimentación del cuestionario consiste en que el sujeto señale la probabilidad de que pueda interpretar la situación ambigua (p.ej., "Cuando llega a casa después del trabajo siente dolor de cabeza") de cada una de las 5 formas, basándose en una escala que va de 1 ("nada probable") a 5 ("extremadamente probable"). Los 5 tipos de interpretaciones son:

- 1) Interpretación de Enfermedad de "Catástrofe Inmediata" (I1). Interpretación de las sensaciones corporales como signo de una enfermedad grave que está ocurriendo ya, o está a punto de suceder (p.ej., "Estoy sufriendo una trombosis cerebral").
- 2) Interpretación de Enfermedad de "Catástrofe no Inmediata" (I2). Interpretación de las sensaciones corporales como manifestación de una enfermedad seria cuyo curso es más lento y menos inminente que en el primer caso (p.ej., "Esto es la señal del inicio de un tumor cerebral").
- 3) Interpretación de Enfermedad "Leve" (I3). Interpretación de las sensaciones corporales como signo de enfermedad, pero de carácter menos dramático que en los dos casos anteriores (p.ej., "Creo que debo tener fiebre").
- 4) Interpretación "Emocional" (I4). Interpretación de las sensaciones corporales como algo originado por

una emoción normal (p.ej., “Debe ser que me siento tenso”).

- 5) Interpretación “Neutral” (I5). Interpretación de las sensaciones corporales como producto de una situación ni emocional ni amenazante (p.ej., “Ha sido un día de mucho trabajo”).

El cuestionario también incluye una sección en la que la persona tiene que indicar el grado de probabilidad de que pueda realizar cada una de las tres posibles acciones propuestas en caso de notar la sensación corporal descrita. Para tal estimación debe de nuevo basarse en la escala anterior.

Las tres modalidades de conducta son:

- 1) Conducta de “Evitación/Escape” (C1). Incluye acciones como las de abandonar o evitar situaciones temidas, acudir a urgencias o suspender radicalmente las actividades que se estén realizando (p.ej., “Procuraría no realizar ninguna actividad física”).
- 2) Conducta de “Búsqueda de Información” (C2). Incluye acciones como la de buscar información tranquilizadora, realizar consultas médicas o comprobar el estado corporal mediante la auto-inspección (p.ej., “Intentaría informarme sobre los síntomas corporales experimentados leyendo algún libro de medicina”).
- 3) Conducta de “Ignorar las Sensaciones Corporales” (C3). Incluye acciones que representan una ausencia de preocupación por los síntomas (p.ej., “Me olvidaría del dolor de cabeza”).

Para asegurarnos de la adecuada asignación de las diversas alternativas interpretativas y conductuales del cuestionario a las categorías teóricas propuestas, recurrimos a la colaboración de varios

psicólogos clínicos expertos que actuaron como evaluadores independientes. Los clínicos mostraron un acuerdo casi completo en la clasificación de las alternativas.

El CISC se valora según estos tipos de puntuaciones:

*Puntuaciones SAI:* aquellas derivadas de la suma de las probabilidades estimadas para cada una de las 5 modalidades de interpretación (I1, I2, I3, I4 e I5), en los enunciados que describen sensaciones corporales tipo SA.

*Puntuaciones SBI:* aquellas derivadas de la suma de las probabilidades estimadas para cada una de las 5 modalidades de interpretación (I1, I2, I3, I4 e I5), en los enunciados que describen sensaciones corporales tipo SB.

*Puntuaciones SAC:* aquellas derivadas de la suma de las probabilidades estimadas para cada una de las 3 modalidades de conducta (C1, C2 y C3), en los enunciados que describen sensaciones corporales tipo SA.

*Puntuaciones SBC:* aquellas derivadas de la suma de las probabilidades estimadas para cada una de las 3 modalidades de conducta (C1, C2 y C3), en los enunciados que describen sensaciones corporales tipo SB.

### *Procedimiento*

Las muestras clínicas fueron obtenidas en diversos centros de salud mental de la red de asistencia sanitaria pública de la Comunidad Valenciana (España). La evaluación inicial de los pacientes remitidos a consulta fue realizada por el psiquiatra o el psicólogo clínico de la unidad. Los pacientes que presentaban preocupaciones hipocondríacas o ataques de pánico fueron remitidos a las autoras de este trabajo para proseguir la evaluación. Tras varias entrevistas de *screening*, los

pacientes que cumplieran los criterios diagnósticos del DSM-III-R y los requisitos especificados anteriormente, fueron seleccionados para participar en el presente estudio. A todos ellos se les explicó que su colaboración suponía la cumplimentación de diversos cuestionarios que nos ayudarían a conocer con más detalle su problema. La muestra normal fue obtenida en contextos no asistenciales. A estos participantes se les comunicó que con los cuestionarios se pretendía explorar su opinión sobre la salud y la enfermedad.

### *Análisis estadísticos*

Examinamos la fiabilidad (consistencia interna) del CAA y del CISC mediante el alfa de Cronbach. Para explorar la existencia de diferencias entre los grupos en cada uno de los tipos de situaciones del CAA, se realizaron varios ANOVAS de un factor (previo cálculo de la prueba de Levene para la homogeneidad de las varianzas). Como contraste *a posteriori* se utilizó la prueba de Tukey. Además, se calculó la prueba *t* de Student para muestras relacionadas con el fin de determinar las diferencias entre los distintos componentes del CAA en cada grupo. Los datos relativos a las interpretaciones y las conductas del CISC recibieron el mismo tratamiento estadístico. Todos los análisis realizados fueron bilaterales y en ellos se tomaron como niveles de significación probabilidades inferiores o iguales a 0,05.

## RESULTADOS

### *Consistencia interna*

La consistencia interna de las subescalas del CAA resultó, en general, satisfactoria en todas las muestras. Los valores de alfa fluctuaron entre 0,76 (Otros Eventos

Ambiguos) y 0,91 (Hechos Sociales Ambiguos) en el grupo de hipocondría; entre 0,66 (Otros Eventos Ambiguos) y 0,88 (Hechos Sociales Ambiguos) en la muestra de pacientes con trastorno por angustia; y entre 0,69 (Otros Eventos Ambiguos) y 0,91 (Síntomas Físicos no Típicos del Trastorno de Pánico) en el grupo normal.

Los niveles alcanzados por el alfa de Cronbach en las distintas modalidades de respuesta del CISC fueron entre moderados y buenos en los tres grupos de estudio. En el grupo de hipocondría el alfa alcanzó valores comprendidos entre 0,59 (Interpretación de Enfermedad "Leve"/Interpretación "Neutral") y 0,85 (Interpretación "Emocional") en la modalidad de sensaciones corporales influidas por el arousal autónomo (SA), y entre 0,53 (Interpretación "Neutral") y 0,83 (Interpretación de Enfermedad de "Catástrofe no Inmediata") en la modalidad de sensaciones corporales no influidas por el arousal autónomo (SB); en el grupo de trastorno por angustia osciló entre 0,62 (Interpretación de Enfermedad "Leve") y 0,91 (Interpretación de Enfermedad de "Catástrofe Inmediata") en SA, y entre 0,52 (Interpretación de Enfermedad "Leve") y 0,90 (Interpretación "Emocional") en SB; y en el grupo normal se situó entre 0,68 (Interpretación "Emocional") y 0,92 (Interpretación de Enfermedad de "Catástrofe no Inmediata") en SA, y entre 0,57 (Interpretación "Emocional") y 0,82 (Interpretación de Enfermedad de "Catástrofe Inmediata") en SB. Sin embargo, la consistencia interna de la Interpretación de Enfermedad "Leve" en SA calculada para el grupo de hipocondría resultó ser baja ( $\alpha=0,32$ ).

### *Interpretaciones de los acontecimientos ambiguos (CAA)*

Los ANOVAS de un factor calculados con el fin de establecer las diferencias

entre los grupos en las puntuaciones del CAA mostraron que éstos diferían significativamente en tres índices: Síntomas Físicos Típicos del Trastorno de Pánico ( $F_{2,48}=19,74$ ;  $p<0,005$ ), Otros Eventos Ambiguos ( $F_{2,48}=5,92$ ;  $p<0,005$ ), y Síntomas Físicos no Típicos del Trastorno de Pánico ( $F_{2,48}=14,59$ ;  $p<0,005$ ). De acuerdo

con los contrastes *post-hoc* los grupos clínicos difirieron del normal en las dos medidas relativas a síntomas somáticos y en la valoración de otros acontecimientos indeterminados. Los grupos clínicos difirieron entre sí en la estimación de las sensaciones corporales no asociadas al pánico. Consúltese la Tabla 1 y el Gráfico 1.

Tabla 1. Diferencias entre grupos en las interpretaciones de acontecimientos ambiguos

Cuestionario de Acontecimientos Ambiguos (CAA)	Hipocondría M (DT)	Trastornos por angustia M (DT)	Normal M (DT)	<i>f</i>
Síntomas Físicos Típicos del Trastorno de Pánico	4,88 (1,81)	4,75 (1,54)	1,72 (1,62)	19,74*** (b,c)
Hechos Sociales Ambiguos	3,23 (1,73)	3,18 (1,57)	2,32 (1,21)	1,90
Otros Eventos Ambiguos	3,19 (1,41)	3,56 (1,41)	2,06 (1,13)	5,92*** (b,c)
Síntomas Físicos no Típicos del Trastorno de Pánico	4,95 (1,91)	3,46 (1,78)	1,74 (1,50)	14,59*** (a,b,c)

Nota: \* $p<0,05$ ; \*\* $p<0,01$ ; \*\*\* $p<0,005$ . Diferencias significativas: a = hipocondría-trastorno por angustia; b = hipocondría-normal; c = trastorno por angustia-normal.

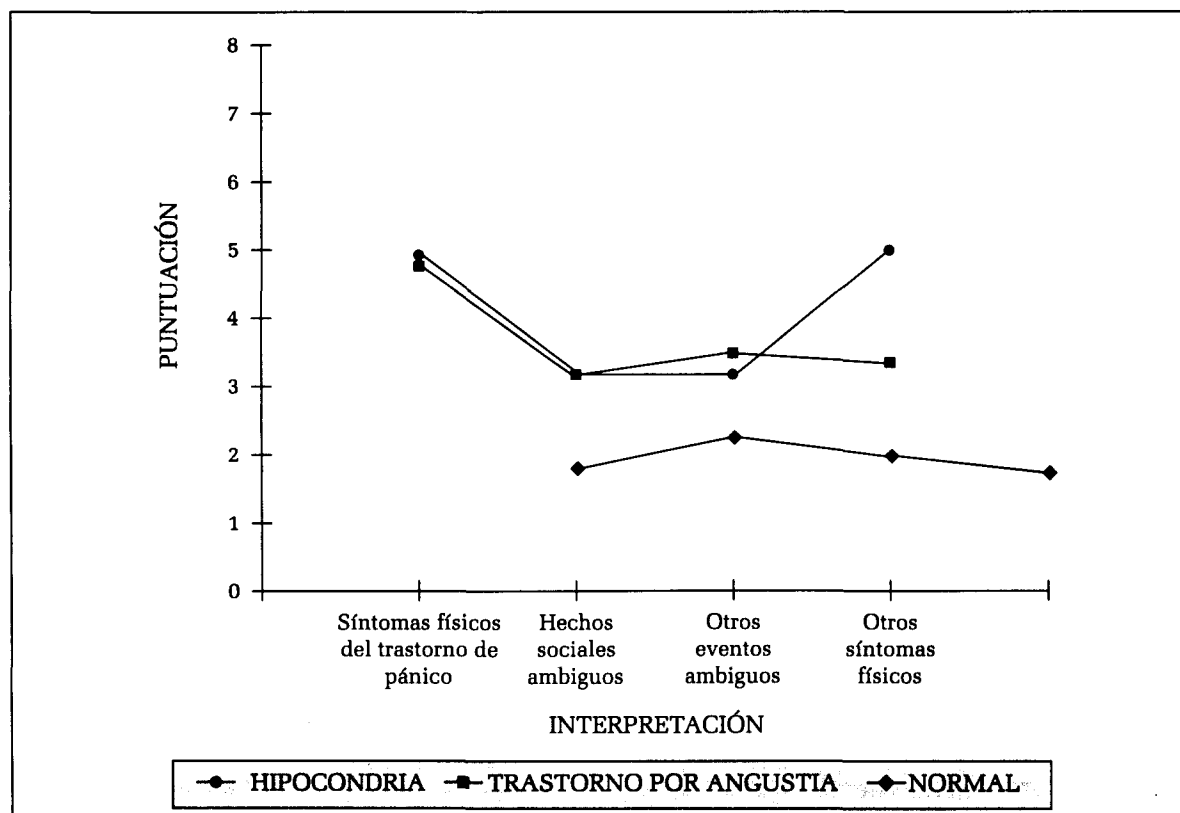


Gráfico 1. Puntuación media en las interpretaciones de acontecimientos ambiguos en cada grupo.



Tabla 2. Diferencia intra-grupo en las interpretaciones de acontecimientos ambiguos

Cuestionario de Acontecimientos Ambiguos (CAA)	Hipocondria <i>t</i>	Trastornos por angustia <i>t</i>	Normal <i>t</i>
Síntomas Físicos Típicos del Trastorno de Pánico vs. Hechos Sociales Ambiguos	4,04***	4,20***	-1,94
Síntomas Físicos Típicos del Trastorno de Pánico vs. Otros Eventos Ambiguos	3,85***	4,41***	-1,24
Síntomas Físicos Típicos del Trastorno de Pánico vs. Síntomas Físicos no Típicos del Trastorno de Pánico	-0,31	5,14***	-0,06
Hechos Sociales Ambiguos vs. Otros Eventos Ambiguos	0,10	-1,04	1,21
Hechos Sociales Ambiguos vs. Síntomas Físicos no Típicos del Trastorno de Pánico	-4,00***	-0,86	2,27*
Otros Eventos Ambiguos vs. Síntomas Físicos no Típicos del Trastorno de Pánico	-3,92***	0,31	1,58

Nota: \* $p < 0,05$ ; \*\* $p < 0,01$ ; \*\*\* $p < 0,005$ .

En la Tabla 2 se presentan los resultados del análisis diferencial entre las interpretaciones de los acontecimientos ambiguos en cada muestra (análisis intra-grupo). En el grupo de hipocondría resultaron significativas las diferencias entre la escala de Síntomas Físicos Típicos del Trastorno de Pánico y las escalas de Hechos Sociales Ambiguos ( $t_{16}=4,04$ ;  $p < 0,005$ ) y Otros Eventos Ambiguos ( $t_{16}=3,85$ ;  $p < 0,005$ ), y entre éstas dos últimas medidas y la escala de Síntomas Físicos no Típicos del Trastorno de Pánico ( $t_{16}=-4,00$ ,  $p < 0,005$ ; y  $t_{16}=-3,92$ ,  $p < 0,005$ , respectivamente). En el grupo de pacientes con trastorno por angustia se apreciaron diferencias significativas entre la escala de Síntomas Físicos Típicos del Trastorno de Pánico y las restantes estimaciones del CAA ( $t_{16}=4,20$ ,  $p < 0,005$ , en Hechos Sociales Ambiguos;  $t_{16}=4,41$ ,  $p < 0,005$ , en Otros Eventos Ambiguos; y  $t_{16}=5,14$ ,  $p < 0,005$ , en Síntomas Físicos no Típicos del Trastorno de Pánico). En el grupo de controles normales solamente resultó significativa la diferencia entre Hechos Sociales Ambiguos y Síntomas Físicos no Típicos del Trastorno de Pánico ( $t_{16}=2,27$ ;  $p < 0,05$ ).

### *Interpretaciones y conductas asociadas a las sensaciones corporales (CISC)*

Para establecer las diferencias entre las muestras para las medidas interpretativas y conductuales del CISC referidas a las sensaciones corporales influidas por el arousal autónomo, realizamos varios ANOVAS de un factor. Los análisis mostraron que los tres grupos diferían significativamente en todas las medidas (excepto en la Interpretación "Emocional"), situándose los valores de  $F_{2,48}$  entre 3,84 ( $p < 0,01$ ) (Interpretación de Enfermedad "Leve") y 17,22 ( $p < 0,005$ ) (Conducta de "Ignorar las Sensaciones Corporales"). Los contrastes *a posteriori* evidenciaron la existencia de diferencias entre los grupos clínicos y el normal en todos los tipos de interpretación (en la de Enfermedad "Leve" las diferencias sólo afectaron a los grupos de trastorno por angustia y normal) y en todas las modalidades de conducta. Los resultados se pueden consultar en la Tabla 3.

También se realizaron varios ANOVAS de un factor para determinar las diferencias entre los grupos en las medidas interpretativas y conductuales que aluden a las sensaciones corporales no influidas

por el arousal autónomo. Los resultados indicaron que los grupos presentaban diferencias significativas en todas las escalas (salvo en la Interpretación "Emocional"), oscilando los valores de  $F_{2,48}$  entre 4,67 ( $p < 0,01$ ) (Conducta de "Evitación/Escape") y 20,40 ( $p < 0,005$ ) (Interpretación "Neutral"). Con las pruebas *post-hoc* se pudo observar que los pacientes hipocondríacos y aquellos con trastorno por angustia diferían de los normales en todas ellas (en la Interpretación de Enfermedad de "Catástrofe no Inmediata" también hubo diferencias entre los grupos clínicos), a excepción de la Interpretación de Enfermedad "Leve" en la que las diferencias solo fueron entre el grupo de hipocondría y los grupos de trastorno por

angustia y normal, y en la Conducta de "Evitación/Escape" que fue entre el grupo de hipocondría y el normal. Estos resultados se presentan en la Tabla 3.

El análisis intra-grupo referido a los tipos de interpretaciones y de conductas más disfuncionales del CISC, reveló que cuando se consideraron las sensaciones afectadas por la activación, resultaron significativas las diferencias entre las interpretaciones de Enfermedad de "Catástrofe Inmediata" y "Catástrofe no Inmediata" en el grupo de trastorno de Pánico ( $t_{16} = 3,18$ ;  $p < 0,01$ ), y no lo fueron en los grupos de hipocondría ( $t_{16} = -1,02$ ) y normal ( $t_{16} = -1,02$ ). Al contemplar las sensaciones no afectadas por la activación, resultaron significativas las diferencias

Tabla 3. Diferencias entre grupos en las interpretaciones/conductas de las sensaciones corporales

Cuestionario de Interpretación de Sensaciones corporales (CISC)	Hipocondría M (DT)	Trastornos por angustia M (DT)	Normal M (DT)	<i>f</i>
<b>Sensaciones Corporales Influidas por el Arousal Autónomo</b>				
<i>Interpretación</i>				
Enf. de "Catástrofe Inmediata"	13,88 (5,18)	15,00 (6,25)	6,41 (2,03)	15,86*** (b,c)
Enf. de "Catástrofe no Inmediata"	14,59 (4,94)	12,29 (4,65)	6,82 (2,63)	15,35*** (b,c)
<i>Enfermedad</i>				
"Leve"	12,06 (3,86)	11,35 (3,41)	14,59 (3,45)	3,84* (c)
"Emocional"	17,71 (4,28)	16,53 (3,86)	15,06 (3,42)	2,00
"Neutral"	13,71 (3,60)	13,59 (4,85)	18,65 (3,18)	9,12*** (b,c)
<i>Conducta</i>				
"Evitación/Escape"	15,29 (5,62)	14,88 (4,43)	9,29 (4,07)	8,45*** (b,c)
"Búsqueda de Información"	16,88 (5,13)	15,35 (4,09)	9,88 (3,92)	11,82*** (b,c)
"Ignorar las Sens. Corporales"	10,41 (4,54)	8,88 (3,16)	16,29 (3,84)	17,22*** (b,c)
<b>Sensaciones Corporales no Influidas por el Arousal Autónomo</b>				
<i>Interpretación</i>				
Enf. de "Catástrofe Inmediata"	13,18 (4,88)	11,65 (4,39)	8,00 (2,78)	7,10*** (b,c)
Enf. de "Catástrofe no Inmediata"	15,59 (5,56)	11,59 (4,27)	6,53 (1,70)	20,20*** (a,b,c)
<i>Enfermedad</i>				
"Leve"	13,18 (3,13)	16,47 (2,74)	17,18 (3,61)	7,67*** (a,b)
"Emocional"	15,59 (4,91)	15,06 (4,99)	14,12 (3,22)	0,48
"Neutral"	12,47 (3,79)	15,24 (3,44)	19,76 (2,77)	20,40*** (b,c)
<i>Conducta</i>				
"Evitación/Escape"	14,47 (4,93)	13,71 (4,71)	9,94 (4,21)	4,67** (b)
"Búsqueda de Información"	16,35 (5,20)	14,71 (3,92)	10,18 (3,75)	9,26*** (b,c)
"Ignorar las Sens. Corporales"	9,06 (3,88)	9,53 (3,66)	15,71 (3,37)	17,63*** (b,c)

Nota: \* $p < 0,05$ ; \*\* $p < 0,01$ ; \*\*\* $p < 0,005$ . Diferencias significativas: a = hipocondría-trastorno por angustia; b = hipocondría-normal; c = trastorno por angustia-normal.

entre las interpretaciones de Enfermedad de "Catástrofe Inmediata" y "Catástrofe no Inmediata" en los grupos de hipocondría ( $t_{16}=-2,52$ ;  $p<0,01$ ) y normal ( $t_{16}=3,07$ ;  $p<0,01$ ), no siendo así en el grupo de trastorno por angustia ( $t_{16}=0,09$ ). No se encontraron diferencias significativas entre las conductas disfunciones del CISC en ninguno de los grupos ni respecto a ninguna de las dos modalidades de sensaciones físicas ( $t_{16}$  entre -1,82 y -0,32).

## DISCUSIÓN

En este estudio hemos tratado de examinar las tendencias interpretativas que exhiben los pacientes hipocondríacos y los pacientes con trastorno por angustia ante acontecimientos indeterminados en general, y en particular, ante aquellos que implican síntomas físicos. Asimismo, nos planteamos averiguar cuales son los patrones comportamentales vinculados al modo en que etiquetan los eventos corporales estos pacientes. Para cubrir estos objetivos utilizamos una metodología basada en la interpretación de escenarios ambiguos.

Como paso previo y para asegurarnos de la idoneidad de los instrumentos utilizados, examinamos la consistencia interna del CAA y del CISC. El CAA ha demostrado ser una buena medida de la tendencia a atribuir un significado negativo a los acontecimientos indeterminados de naturaleza física, social o de otro tipo. Nuestros resultados son comparables a los obtenidos por Clark *et al.* (1997) con una versión abreviada de este instrumento. Según se informa en el citado estudio, el alfa de Cronbach para la distintas estimaciones consideradas osciló entre 0,74 (eventos externos) y 0,90 (sensaciones corporales de pánico). El análisis de la consistencia interna del CISC (para las sensaciones influidas y para las no influidas por el arousal) reveló valores satisfactorios, tanto en las

opciones de interpretación como en las de conducta. La única escala problemática fue la de interpretación de Enfermedad "Leve", algunas de cuyas medidas no alcanzaron el valor mínimo de alfa recomendado. Comparando los resultados obtenidos en este trabajo con los correspondientes al estudio piloto que sirvió para el diseño del CISC (Martínez *et al.*, 1995)<sup>5</sup>, se aprecia un incremento importante de la fiabilidad en las diversas medidas (puntuaciones totales: entre  $\alpha=0,49$ , para la Interpretación de Enfermedad de "Catástrofe Inmediata"; y  $\alpha=0,78$ , para la "Emocional"). Como balance podemos afirmar que el CISC es un instrumento apto para la valoración del rango de atribuciones causales que una persona puede realizar acerca de las sensaciones corporales que experimenta y de las acciones que emprende para paliarlas. Este intervalo atribucional comprende desde las interpretaciones/conductas mas amenazantes y disfuncionales típicamente hipocondríacas, hasta las más inofensivas y adaptativas.

Centrándonos en los análisis diferenciales entre-grupos, cabe señalar que según los resultados obtenidos con el CAA, los pacientes con hipocondría y aquellos con trastorno por angustia presentan una mayor inclinación a realizar interpretaciones catastróficas de signos físicos que los sujetos sin problemas psicológicos. Asimismo, ambos grupos clínicos, en comparación con el normal, también realizan más interpretaciones negativas de hechos imprecisos que no son de carácter estrictamente corporal o interpersonal. Centrándonos en las divergencias interpretativas de las muestras psiquiátricas, se observa que los pacientes con hipocondría presentan una tendencia

<sup>5</sup> En este estudio se utilizó una versión inicial del CISC que sólo contenía alternativas de interpretación. La consistencia interna de la que se informa en este estudio corresponde a las puntuaciones que engloban las dos modalidades de sensaciones corporales.

más acusada que los pacientes con trastorno por angustia a valorar en términos amenazantes las sensaciones corporales que no se asocian al pánico, sin embargo, ambos grupos asignan en igual medida un sentido catastrófico a los síntomas corporales que si lo están. Además, los resultados de los análisis intra-grupo señalan que los pacientes hipocondríacos tienden a interpretar negativamente y en igual proporción todo tipo de síntomas somáticos, ya sean los que habitualmente están presentes en las crisis de pánico como los que no; en cambio, en los pacientes con trastorno por angustia esta tendencia es más restringida, pues las atribuciones negativas que realizan afectan de manera más prominente a las sensaciones corporales asociadas a los ataques de pánico que a otro tipo de síntomas.

Los resultados de nuestro estudio referidos a las tendencias interpretativas de los pacientes con trastorno por angustia se encuentran en la línea de los hallados en algunos trabajos previos (McNally y Foa, 1987; Clark *et al.*, 1988; Clark *et al.*, 1997; Harvey *et al.*, 1993). McNally y Foa (1987) aplicaron una versión del cuestionario de Butler y Mathews (1983) a pacientes con diagnóstico de agorafobia con ataques de pánico (criterios DSM-III; APA, 1980) y a controles normales. El cuestionario incluyó dos tipos de escenarios ambiguos: *estímulos internos*, relativos a sensaciones corporales (p.ej., "Usted siente molestia en el pecho. ¿Por qué?"), y *estímulos externos*, que aludían a otro tipo de situaciones (p.ej., "Usted se despierta de un sobresalto a media noche pensando que oyó un ruido, pero todo está tranquilo. ¿Qué le despertó?"). A los participantes se les pedía que escribieran la primera explicación que les viniera a la mente para la situación presentada. A continuación, daban la vuelta a la página y ordenaba las tres alternativas de interpretación (sólo una de ellas era negativa) que se les ofrecían según la probabilidad

de que pudieran venirles a la mente si se encontraran en esa situación. Por ejemplo, para el ítem interno citado anteriormente las alternativas fueron: a) "algo malo le pasa a su corazón"; b) "tiene un dolor muscular"; y c) "tiene una indigestión". Las respuestas libres de los sujetos a los estímulos internos fueron clasificadas como *relacionada con ansiedad*, *relacionada con daño* o *benigna*, y las dadas a los estímulos externos fueron asignadas a las categorías de *amenazante* o *no amenazante*. Los resultados del estudio mostraron que los pacientes agorafóbicos (no tratados) tendían a interpretar de forma más negativa que los sujetos normales tanto los escenarios internos como los externos. Clark *et al.* (1988) siguiendo la metodología utilizada por McNally y Foa (1987), elaboraron un cuestionario de interpretación de acontecimientos ambiguos<sup>6</sup> que administraron a pacientes con pánico, controles ansiosos y sujetos normales. Estos autores observaron que los primeros presentaban una probabilidad mayor de realizar interpretaciones negativas de los síntomas físicos asociados con el pánico que los restantes grupos. Este sesgo interpretativo sólo se constató en esta clase de sensaciones, ya que no se hallaron diferencias entre los pacientes con pánico y el resto de los sujetos ansiosos en la interpretación de otro tipo de eventos. Harvey *et al.* (1993) aplicaron el cuestionario de interpretación de McNally y Foa (1987) a dos grupos clínicos (trastorno de pánico -o agorafobia con pánico- y fobia social; criterios DSM-III-R) y a un grupo normal. En este estudio se encontró que ambos grupos clínicos, en comparación con el normal, mostraban mayor probabilidad de interpretar los estímulos interoceptivos y ambientales como amena-

<sup>6</sup> El cuestionario de interpretación que se menciona en los trabajos de Clark *et al.* (1988, 1997) es el mismo utilizado en el presente estudio.

zantes. Además, se observó que los pacientes con trastorno de pánico y aquellos con fobia social no diferían en su tendencia a elegir interpretaciones negativas para los eventos externos, sin embargo, los primeros eligieron más explicaciones amenazantes que los segundos para los eventos internos. Clark *et al.* (1997) en un estudio complementario al mencionado anteriormente (Clark *et al.*, 1988), analizaron con el cuestionario de interpretación de acontecimientos ambiguos las tendencias interpretativas de un grupo de pacientes con trastorno de pánico (criterios DSM-III), de un grupo control de pacientes con trastorno por ansiedad generalizada o fobia social (criterios DSM-III), y un grupo control normal. El estudio reveló que los pacientes con trastorno de pánico, en comparación con los restantes grupos, mostraron mayor probabilidad de interpretar las sensaciones de pánico de forma negativa, de elegir explicaciones amenazantes para ellas, y de otorgar mayor credibilidad a tales explicaciones. Resultados parcialmente similares se constataron en relación con las sensaciones corporales no características del pánico. Asimismo, los pacientes con pánico mostraron mayor probabilidad que los sujetos normales de interpretar negativamente los eventos ambiguos externos (y de creer en dicha interpretación), sin embargo, no difirieron respecto del grupo control clínico. En otro estudio informado en este mismo trabajo, Clark y colaboradores replicaron la investigación utilizando una muestra más amplia, encontrando resultados parcialmente equivalentes.

Los únicos estudios que parecen aportar datos discordantes a los mencionados son el de Ahmad *et al.* (1992) y el de Kamieniecki *et al.* (1997). Ahmad *et al.* (1992) elaboraron un cuestionario de creencias sobre las implicaciones para la salud de los síntomas somáticos, y lo aplicaron a pacientes agorafóbicos y a

controles normales. Este instrumento constaba de dos tipos de síntomas: *síntomas típicos de los estados de ansiedad y del trastorno de pánico* (p.ej., palpitaciones) y *síntomas no relacionados con la ansiedad* (p.ej., dolor de estómago). Para cada síntoma (p.ej., "Una mujer que está viendo la televisión nota dolor en su pierna derecha. Qué probabilidad hay de que ella tenga:...") se presentaron dos posibles diagnósticos: *enfermedad grave* (p.ej., trombosis) y *enfermedad leve* (p.ej., calambre). La tarea del sujeto consistía en indicar la probabilidad de que aconteciese cada una de las enfermedades propuestas para la situación descrita. Estos autores no encontraron diferencias en las respuestas de los dos grupos, lo que les condujo a concluir que sus resultados proporcionaban escasa evidencia de que los pacientes con pánico presenten anomalías en la interpretación de los síntomas *per se*. Según Salkovskis y Clark (1993) el cuestionario elaborado por Ahmad y colaboradores no incluye items auto-referentes por lo que no resulta adecuado para examinar las atribuciones que hacen los pacientes de pánico en relación a sus propios síntomas. Kamieniecki *et al.* (1997) administraron dos cuestionarios de interpretación a un grupo de pacientes con trastorno de pánico y agorafobia (criterios DSM-III-R) y a un grupo control normal. Uno de los cuestionarios tuvo un formato similar al utilizado por McNally y Foa (1987). Los items estuvieron compuestos por estímulos internos y estímulos externos. Las respuestas de los *estímulos internos* fueron catalogadas como: *relacionada con ansiedad* (cualquier referencia directa a términos como pánico, ansiedad, nervios u otro tipo de explicación que aluda a un ataque de pánico), *relacionada con daño* (cualquier cosa que ponga el peligro el bienestar físico o emocional de la persona) y *benigna* (cualquier cosa que no suponga una amenaza física o emocional para la per-

sona). Las respuestas de los *estímulos externos* fueron clasificadas como *amenazante o no amenazante*. Los resultados del estudio revelaron que los pacientes con pánico muestran una tendencia más acusada que los controles normales a interpretar los estímulos internos ambiguos como indicadores de ansiedad, no existiendo diferencias entre los grupos en cuanto a las interpretaciones relacionadas con amenaza. En nuestra opinión este último resultado puede ser debido a la ausencia de límites definitorios claros entre las categorías de respuesta "relacionada con ansiedad" y "relacionada con daño", ya que las situaciones de ansiedad, nerviosismo o pánico que forman parte de la primera pueden, a su vez, ser consideradas amenazas emocionales incluidas en la segunda.

Los hallazgos relativos a la tendencia de los pacientes con hipocondría a interpretar de manera catastrófica los síntomas físicos son equiparables a los informados en algunos trabajos recientes (p.ej., MacLeod *et al.*, 1998; Marcus, 1999). MacLeod *et al.* (1998) exploraron las interpretaciones realizadas por tres grupos de pacientes procedentes de centros de medicina: pacientes con niveles elevados de ansiedad, que a su vez fueron divididos en dos grupos en función de si presentaban o no un grado elevado de preocupaciones hipocondríacas; y sujetos controles con bajo nivel de ansiedad. A los participantes se les presentaron varios ítems del Cuestionario de Interpretación de Síntomas de Robbins y Kirmayer (1991) y se les pidió que pensaran en las posibles causas de esos síntomas. Las respuestas fueron clasificadas en tres categorías: *atribución normal*, *atribución somática* y *atribución psicológica*. El estudio demostró que los dos grupos de ansiedad realizaban más atribuciones psicológicas y menos normales que los sujetos no ansiosos. La tendencia a realizar atribuciones somáticas también

se observó en los dos grupos de ansiedad, aunque en mayor medida en aquel con nivel elevado de hipocondría. Marcus (1999), basándose en la metodología de Ahmad *et al.* (1992), analizó las interpretaciones de síntomas somáticos realizadas por un grupo de estudiantes universitarios a través de un cuestionario que estimaba la probabilidad de considerar que un síntoma determinado es indicativo de enfermedad. El cuestionario incluía ítems en los que el diagnóstico planteado era una *enfermedad catastrófica* e ítems en los que se indicaba como diagnóstico una *enfermedad leve*. El estudio reveló que los sujetos con tendencias hipocondríacas más acentuadas mostraban mayor probabilidad que los menos hipocondríacos de sobreestimar la probabilidad de la ocurrencia de enfermedades graves, no existiendo diferencias entre ellos en la estimación de enfermedades leves.

Los datos vertidos por el CISC nos permitieron analizar con mayor precisión las atribuciones causales realizadas por los pacientes. Cuando comparamos las posibles interpretaciones de los síntomas corporales que pueden hacer los tres grupos analizados (diferencias entre-grupo), se constata que los pacientes hipocondríacos y aquellos con trastorno por angustia, a diferencia de los controles normales, tienden a magnificar el peligro potencial representado por cualquier tipo de sensación física y a responder ante ésta con comportamientos disfuncionales. Atendiendo exclusivamente a las discrepancias en las interpretaciones de los grupos clínicos, se observa que tanto los pacientes con trastorno por angustia como aquellos con hipocondría muestran una tendencia equivalente a otorgar un significado negativo (implique o no un curso inminente) a los síntomas somáticos influidos por la activación fisiológica. Sin embargo, los pacientes hipocondríacos interpretan en mayor grado que

los pacientes con trastorno por angustia la sintomatología somática no sometida a tales efectos, como enfermedad grave de curso insidioso y progresivo. Además, los resultados vertidos en los análisis intra-grupo indican que los pacientes hipocondríacos tienden a interpretar las sensaciones corporales no afectadas por la activación fisiológica como indicación de una patología orgánica seria de curso insidioso y progresivo, mientras que los pacientes con trastorno por angustia suelen valorar los síntomas físicos que están bajo la influencia del arousal autónomo como señal de una enfermedad grave que está ocurriendo ya o está a punto de desencadenarse.

Nuestros resultados coinciden, en parte, con los informados por algunos trabajos previos (Salkovskis, 1990; Martínez *et al.*, 1995). Salkovskis (1990) (citado en Salkovskis y Clark, 1993) aplicó a cuatro grupos psiquiátricos (hipocondría, trastorno de pánico, diagnóstico conjunto de ambos trastornos, y fobia social; criterios DSM-III-R) y a un grupo control normal, una versión modificada del cuestionario de Clark *et al.* (1988). En esta versión las interpretaciones catastróficas de los ítems correspondientes a los síntomas típicos del pánico (p.ej., "Su corazón está latiendo rápida y fuertemente") fueron subdivididas en las modalidades de *catástrofe inmediata* ("porque está teniendo un ataque al corazón") y *catástrofe no inmediata* ("porque es un signo inicial de una enfermedad cardíaca"). En este estudio se obtuvieron resultados que verificaron la restringida variedad de síntomas físicos que los pacientes con pánico interpretan de manera negativa, en comparación con los pacientes con hipocondría. Los datos también mostraron que las interpretaciones erróneas que realizan los pacientes hipocondríacos, en comparación con el resto de los grupos, es más probable que se refieran a amenazas a largo plazo; mientras que las interpretaciones de los

pacientes con pánico, en comparación con los grupos sin pánico, es más probable que aludan a peligros a corto plazo. De igual manera, los resultados obtenidos en el presente trabajo concuerdan con los derivados del estudio piloto del CISC (Martínez *et al.*, 1995). Este cuestionario fue administrado a estudiantes universitarios que fueron clasificados en dos grupos (bajos vs. altos en hipocondría) en función de sus puntuaciones en diversas medidas. Se observó que los sujetos con un nivel elevado de hipocondría tendían a interpretar de manera catastrófica tanto las sensaciones que pueden intensificarse debido al arousal autónomo como aquellas que no están sometidas a esta influencia directa. Las sensaciones de la primera modalidad solían ser interpretadas como indicadores de catástrofe inmediata y las de la segunda como señales de catástrofe no inmediata.

También hay que señalar que los datos que se han derivado de nuestro trabajo discrepan de los encontrados por Hitchcock y Mathews (1992). Estos autores realizaron tres estudios con paradigmas experimentales diferentes con el fin de explorar los sesgos interpretativos en la hipocondría. En el primero de ellos (el pertinente para el tema que se está discutiendo), aplicaron a un grupo de estudiantes universitarios un cuestionario de interpretación compuesto por enunciados que describían sensaciones corporales ambiguas. Cada enunciado (p.ej., "A mitad de un día muy atareado, sientes opresión en el pecho y te notas sudando y sofocado") iba seguido por las siguientes alternativas: *pensamiento "catastrófico"*, definido como el temor a una enfermedad que ponga en peligro la vida de manera inmediata (p.ej., "esto podría ser un ataque al corazón"); *pensamiento de "enfermedad no inmediata"*, indicativo de una enfermedad de menor gravedad e inmediatez (p.ej., "probablemente estoy cogiendo la gripe"); *pensamiento "emo-*

*cional*", que supone considerar que los síntomas se deben a un estado emocional (p.ej., "¿me pregunto si estoy alterado por algo?"); y *pensamiento neutral*, representación de una alternativa no amenazante ni emocional (p.ej., "hace demasiado calor en esta habitación"). Los resultados de este estudio mostraron que el mejor predictor de las actitudes hipocondríacas es el pensamiento catastrófico. Según Salkovskis y Clark (1993) la alternativa de respuesta "pensamiento de enfermedad no inmediata" del cuestionario diseñado por Hitchcock y Mathews no representa adecuadamente el tipo de interpretación que cabría esperar que hiciese un hipocondríaco según las predicciones de la hipótesis cognitiva.

Por otra parte, al establecer comparaciones entre las muestras de estudio (análisis entre-grupo) en las conductas que podían exhibir ante las interpretaciones de los síntomas, se verificó que los pacientes hipocondríacos y aquellos con trastorno por angustia, presentaban mayor probabilidad que los sujetos normales de responder con comportamientos disfuncionales, tanto de evitación/escape de las situaciones y búsqueda de protección, como de inspección, verificación y demanda de información tranquilizadora. Sin embargo, no se pudo establecer que una tendencia comportamental fuese más frecuente en uno de los grupos clínicos que en el otro. Con los análisis intra-grupo tampoco se pudo determinar que en cada grupo un tipo de comportamiento fuese más prominente que otro. Tal vez, esta ausencia de diferencias entre los grupos clínicos en los patrones conductuales obedezca a limitaciones impuestas por el entorno (p.ej., posibilidad de ir a un hospital, acceder a libros de medicina) que contrarrestan las tendencias específicas de cada grupo. Este resultado discrepa del informado en el trabajo de Salkovskis (1990) (citado en Salkovskis y Clark, 1993) donde se comprobó que en los

pacientes hipocondríacos predominaban las conductas de comprobación y búsqueda de información tranquilizadora, y en los pacientes con pánico las conductas de evitación y escape.

En conclusión, y respecto a las predicciones de Salkovskis y Clark (1993), se ha visto ratificada la hipótesis 1 sobre las sensaciones corporales mal interpretadas: los pacientes con trastorno por angustia tienden a interpretar de manera más catastrófica los síntomas influidos por la activación fisiológica que otro tipo de síntomas; los pacientes con hipocondría tienden a interpretar catastróficamente los síntomas influidos por la activación fisiológica en la misma medida que aquellos no influidos. La hipótesis 2 acerca del curso temporal de la catástrofe únicamente se ha visto confirmada parcialmente: los pacientes con trastorno por angustia tienden a interpretar como señal de enfermedad grave de curso inmediato principalmente las sensaciones corporales influidas por la activación fisiológica; los pacientes con hipocondría tienden a interpretar como señal de enfermedad grave de curso no inmediato principalmente las sensaciones corporales no influidas por la activación fisiológica. La hipótesis 3 sobre las conductas disfuncionales no se ha podido confirmar: tanto los pacientes con trastorno por angustia como aquellos con hipocondría muestran conductas de evitación, escape, búsqueda de seguridad, vigilancia, comprobación y búsqueda activa de consulta.

## ESTUDIO 2

### OBJETIVO

Analizar las siguientes cuestiones sobre los efectos de un tratamiento cognitivo-conductual sobre las interpretaciones que realizan los pacientes con hipocondría:



- 1) Examinar si la terapia reduce la tendencia de los pacientes hipocondríacos a interpretar de manera negativa las sensaciones corporales indeterminadas.
- 2) Identificar si la mejora producida por la intervención afecta a cualquier tipo de situación ambigua o exclusivamente a aquellas que describen sintomatología física.

## MÉTODO

### *Muestra, instrumento y procedimiento*

A los 17 pacientes con hipocondría a que se refiere el estudio anterior se les ofreció recibir tratamiento psicológico para su problema, aceptando todos ellos la propuesta. De los pacientes que iniciaron la intervención, algunos no la concluyeron y en otros no fue posible obtener los datos de seguimiento. Finalmente, la muestra quedó constituida por 12 pacientes, 4 hombres y 8 mujeres que en conjunto tenían una media de edad de 36.17 años.

El tratamiento aplicado fue una adaptación del programa desarrollado por Salkovskis y Warwick (Salkovskis, 1989; Salkovskis y Warwick, 1986; Warwick, 1989; Warwick y Salkovskis, 1989, 1990). La propuesta terapéutica de estos autores se centra en modificar las conductas, cogniciones y supuestos disfuncionales utilizando para ello técnicas tales como la exposición y la prevención de respuesta, las discusiones cognitivas, y los experimentos conductuales. La adaptación que hemos realizado de este programa de intervención fue aplicada en formato individual a lo largo de 10 sesiones de aproximadamente una hora de duración y de periodicidad semanal. En algunos trabajos previos hemos descrito en detalle este protocolo terapéutico (consultar, Botella y Martínez, 1998; Martínez, Botella y Belloch, 1997), y en un informe

reciente hemos presentado datos acerca de su eficacia (Martínez y Botella, en preparación).

La valoración del estado clínico de los pacientes se efectuó antes del tratamiento, después de su finalización y a los 2 y 6 meses de seguimiento. En estos momentos de evaluación se administraron diversos instrumentos, entre ellos, el CAA. En el presente estudio también se utilizaron los datos de este instrumento correspondientes a la muestra normal que participó en el estudio anterior.

### *Análisis estadísticos*

Con el fin de establecer los cambios experimentados en los pacientes hipocondríacos tras la intervención, utilizamos pruebas estadísticas no paramétricas. Se optó por este tratamiento de los datos ya que según las sugerencias de Bryman y Cramer (1990) las pruebas no paramétricas resultan preferibles cuando el tamaño de la muestra es inferior a 15. Las variaciones específicas producidas entre los momentos de evaluación se calcularon mediante la prueba de rangos señalados y pares igualados de Wilcoxon. La existencia de diferencias entre el grupo de pacientes hipocondríacos tratados y el grupo normal se analizó con la prueba U de Mann-Whitney. Se tomaron como niveles de significación  $p < 0,05$  (bilateral). Para estimar el grado de mejora clínica producida por la intervención se calculó el porcentaje de cambio de las puntuaciones del post-test respecto del pre-test. De acuerdo con la clasificación utilizada por Visser y Bouman (1992), la mejora se estableció de acuerdo con los siguientes rangos: a) muy mejorado: reducción de la puntuación mayor o igual al 70%; b) mejorado: reducción de la puntuación entre el 31% y el 69%; y c) no mejorado: reducción de la puntuación menor o igual al 30%.

## RESULTADOS

Al establecer la comparación en el grupo de hipocondría entre los momentos de evaluación del pre-tratamiento y del post-tratamiento, se observaron reducciones significativas en las medidas relativas a las sensaciones corporales que son habituales en las crisis de pánico ( $z=-2,63$ ;  $p<0,01$ ), a los síntomas que no son característicos de este trastorno ( $z=-2,43$ ;  $p<0,05$ ) y a los hechos ambiguos de carácter social ( $z=-2,44$ ;  $p<0,05$ ). No experimentaron variaciones las puntuaciones referidas a situaciones ambiguas de otra índole ( $z=-1,57$ ). Entre el pre-test y el post-test se lograron porcentajes de cambio indicativos de mejoría para las escalas de Síntomas Físicos Típicos del Trastorno de Pánico (35,41%), y para aquellos no Típicos del Trastorno de Pánico (32,25%). No se observaron diferencias significativas en las comparaciones entre los restantes momentos de evaluación (post-tratamiento vs. primer seguimiento y primer seguimiento vs. segundo seguimiento).

Antes de la aplicación del tratamiento el grupo de hipocondría difería del normal en las medidas referidas a síntomas físicos, tanto los asociados al pánico ( $z=-3,26$ ;  $p<0,005$ ) como los no asociados ( $z=-3,50$ ;  $p<0,005$ ), no observándose diferencias en las medidas de acontecimien-

tos sociales ambiguos ( $z=-1,17$ ) y otros eventos indeterminados ( $z=-1,73$ ). Después de la intervención sólo persistieron las diferencias entre el grupo de hipocondría y el normal en la medida de sintomatología física no relacionada con el trastorno de pánico ( $z=-2,18$ ;  $p<0,05$ ). Las diferencias no significativas en las restantes medidas fueron  $z=-1,93$  (Síntomas Típicos del Trastorno de Pánico),  $z=-0,04$  (Hechos Sociales Ambiguos) y  $z=-1,04$  (Otros Eventos Ambiguos). En la Tabla 4 se presentan las medias y desviaciones típicas del grupo de hipocondría en los distintos momentos de evaluación, y en el Gráfico 2 se puede visualizar el cambio experimentado en las interpretaciones de ambos tipos de síntomas corporales tomados conjuntamente.

## DISCUSIÓN

El tratamiento administrado a los pacientes hipocondríacos produjo mejorías en su inclinación a atribuir consecuencias perniciosas a los signos y sensaciones corporales (sean o no los que habitualmente se asocian con las crisis de pánico). Las mejorías conseguidas fueron persistentes ya que se mantuvieron en los períodos de seguimiento realizados meses después de finalizada la intervención. Estos cambios positivos se advirtie-

Tabla 4. Medias y desviaciones típicas en las interpretaciones de acontecimientos ambiguos del grupo de hipocondría a lo largo de los distintos momentos de evaluación

Cuestionario de Acontecimientos Ambiguos (CAA)	Pre-Tratamiento M (DT)	Post-Tratamiento M (DT)	Primer Seguimiento M (DT)	Segundo Seguimiento M (DT)
Síntomas Físicos Típicos del Trastorno de Pánico	4,32 (1,76)	2,79 (1,44)	2,79 (1,48)	2,35 (1,51)
Hechos Sociales Ambiguos	3,06 (1,61)	2,36 (1,28)	2,30 (1,30)	2,74 (1,22)
Otros Eventos Ambiguos	3,00 (1,39)	2,49 (1,10)	2,37 (1,13)	2,41 (1,01)
Síntomas Físicos no Típicos del Trastorno de Pánico	4,62 (1,98)	3,13 (1,59)	3,35 (1,61)	2,94 (1,20)

Nota: \* $p<0,05$ ; \*\* $p<0,01$ ; \*\*\* $p<0,005$ .

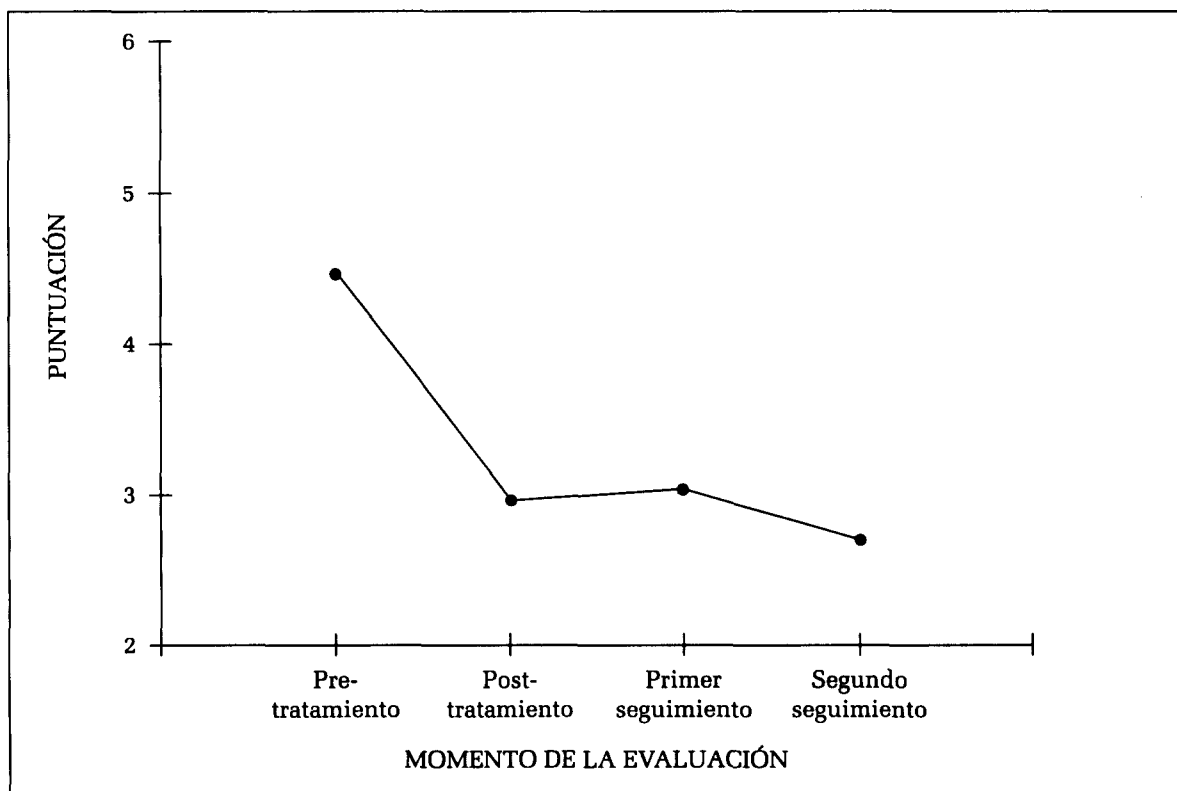


Gráfico 2. Evolución de las interpretaciones de las sensaciones corporales en el grupo de hipocondria tratado.

ron tanto al adoptar una metodología de significación estadística como una centrada en la significación clínica. Al comparar las medidas de interpretación de los pacientes con hipocondría tratados con la de los sujetos normales, se constató un cambio en la dirección de la funcionalidad en la interpretación de la sintomatología física, lográndose la normalización en las atribuciones causales realizadas respecto de los síntomas asociados al pánico. En definitiva, el tratamiento consiguió que los pacientes hipocondríacos realizaran atribuciones causales más objetivas, realistas y benignas de la estimulación interoceptiva.

Por otra parte, también se observó un efecto colateral positivo del tratamiento en la tendencia a realizar interpretaciones positivas de las situaciones de carácter interpersonal. Este resultado sólo se

encontró al realizar una valoración estadística de la mejoría, ya que cuando se examinó ésta en términos de porcentaje de cambio, se comprobó que la reducción de las puntuaciones no alcanzaba la magnitud necesaria para ser considerada significativa desde el punto de vista clínico.

### DISCUSIÓN GENERAL

En los dos trabajos precedentes se ha procurado controlar la mayor cantidad posible de variables intervinientes, sin embargo, ambos presentan algunas limitaciones. La primera limitación de los estudios 1 y 2 es el tamaño reducido de las muestras clínicas. A pesar de que los pacientes fueron recabados a lo largo de dos años y en diversas unidades de salud mental, no fue posible obtener muestras

más amplias. Creemos que este hecho obedece, al menos en parte, a que entre nuestros criterios de participación figuraba la no admisión de los pacientes con diagnóstico conjunto de hipocondría y trastorno por angustia. Este criterio limitó considerablemente el número de "posibles aspirantes", ya que es bastante frecuente que ambos trastornos coexistan. La segunda limitación del estudio 2 es la ausencia de un grupo control de pacientes hipocondríacos con el que comparar el grupo experimental tratado. No nos pareció ético incluir este grupo ya que en las unidades de salud mental en las que se trabajó, los pacientes pudieron ser atendidos sin demoras prolongadas. A pesar de estas limitaciones, consideramos que nuestros estudios son metodológicamente aptos y los resultados derivados de ellos admisibles.

Para concluir este informe quisiéramos apuntar algunas ideas de interés que podrían desarrollarse en posteriores trabajos de investigación en este área. En primer lugar, creemos que los cuestionarios de interpretación de síntomas pueden constituir una alternativa válida para la evaluación de las tendencias atribucionales en la hipocondría, así como una medida sensible a los cambios que experimentan éstas con el tratamiento. No obstante, para que puedan llegar a convertirse en óptimos instrumentos psicométricos, convendría mejorar su fiabilidad y validez. Asimismo, habría que analizar si comparativamente resultan preferibles a otros procedimientos alternativos que permiten identificar cogniciones catastróficas tales como las medidas de auto-observación o la evaluación cognitiva en vivo. Una vez resueltas las dos cuestiones precedentes, sugeriríamos la necesidad de incorporar alguna medida breve de interpretación de síntomas en la batería estándar para la valoración de la sintomatología hipocondríaca.

En segundo lugar, compartimos y hacemos extensible a la hipocondría las sugerencias apuntadas por Khawaja y Oei (1998) sobre la conveniencia de explorar en el trastorno de pánico otros constructos cognitivos relacionados con los procesos de interpretación, tales como el sistema de creencias del paciente, la información de la que dispone, sus expectativas, o su percepción de control. En este sentido, creemos que sería de gran utilidad profundizar en la hipocondría fundamentalmente en dos ámbitos. En primer lugar, en el conocimiento de la conexión entre las interpretaciones catastróficas de los síntomas y las tendencias atencionales (p.ej., la hipervigilancia corporal, la atención focalizada en las sensaciones) ya que muy posiblemente la participación conjunta de ambos tipos de procesos, más que su actuación por separado, sean los factores responsables de la persistencia del trastorno. Asimismo, sería de gran interés determinar el *feedback* que se establece entre las interpretaciones erróneas de los síntomas y los supuestos disfuncionales que mantiene el paciente (p.ej., sobre la vulnerabilidad personal a enfermar o las conductas para mantener un estado físico saludable). Estas cuestiones son relevantes no solo para mejorar nuestro conocimiento de este trastorno, sino para afinar nuestras intervenciones terapéuticas incorporando en las mismas las técnicas específicas para modificar los procesos cognitivos alterados.

Finalmente, quisiéramos plantear algunas sugerencias metodológicas. La mayor parte de los estudios que han explorado la presencia de sesgos interpretativos en la hipocondría han utilizado el paradigma de escenarios ambiguos. Aunque este tipo de procedimiento ha sido una importante fuente de datos de interés, no hay que olvidar que suele adolecer de ciertos problemas (p.ej., influencia de las demandas experimentales). Por ello, con-

vendría incorporar otros paradigmas experimentales tales como el de facilitación léxica, el de frases homónimas o el de interpretación de textos ambiguos, por citar algunos de ellos, que permitan controlar tales efectos. Por otra parte, hay que apuntar que la mayoría de los estudios empíricos realizados no establecen si los sesgos interpretativos identificados son una causa o, por el contrario, una consecuencia del trastorno. Para dilucidar esta cuestión serían necesarios, por ejemplo, estudios longitudinales.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ahmad, T., Wardle, J., y Hayward, P. (1992). Physical symptoms and illness attributions in agoraphobia and panic. *Behaviour Research and Therapy*, 30, 493-500.
- American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3ª ed.)*. Washington, DC: APA.
- American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3ª ed. rev.)*. Washington, DC: APA. (Barcelona, Masson, 1988).
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4ª ed.)*. Washington, DC: APA.
- Avia, M.D. (1993). *Hipocondría*. Barcelona: Martínez Roca.
- Avia, M.D., Ruiz, M.A., Olivares, M.E., Crespo, M., Guisado, A.B., Sánchez, A., y Varela, A. (1996). The meaning of psychological symptoms: effectiveness of a group intervention with hypochondriacal patients. *Behaviour Research and Therapy*, 34, 23-31.
- Barsky, A.J., Brener, J., Coeytaux, R.R., y Cleary, P.D. (1995). Accurate awareness of heartbeat in hypochondriacal and non-hypochondriacal patients. *Journal of Psychosomatic Research*, 39, 489-497.
- Barsky, A.J., Cleary, P.D., Wyshak, G., Spitzer, R., Williams, J., y Klerman, G. (1992). A structured diagnostic interview for hypochondriasis: a proposed criterion standard. *Journal of Nervous and Mental Diseases*, 180, 20-27.
- Barsky, A.J., Geringer, E., y Wool, C.A. (1988). A cognitive-educational treatment for hypochondriasis. *General Hospital Psychiatry*, 10, 322-327.
- Botella, C., y Martínez, M.P. (1998). Cognitive behavioural treatment for hypochondriasis. En V.E. Caballo. (Ed.), *International handbook of cognitive and behavioural treatments for psychological disorders* (pp. 313-361). Oxford: Pergamon.
- Brown, H.D., Kosslyn, S.M., Delamater, B., Fama, J., y Barsky, A.J. (1999). Perceptual and memory biases for health-related information in hypochondriacal individuals. *Journal of Psychosomatic Research*, 47, 67-78.
- Bryman, A., y Cramer, D. (1990). *Quantitative data analysis for social scientists*. London: Routledge.
- Butler, G., y Mathews, A. (1983). Cognitive processes in anxiety. *Advances in Behaviour Research and Therapy*, 5, 51-62.
- Cioffi, D. (1991). Sensory awareness versus sensory impression: affect and attention interact to produce somatic meaning. *Cognition and Emotion*, 5, 275-294.
- Clark, D.M. (1986). A Cognitive approach to panic. *Behaviour Research and Therapy*, 24, 461-470.
- Clark, D.M. (1988). A Cognitive model of panic attacks. En S. Rachman y J.D. Maser (Eds.), *Panic: psychological perspectives* (pp. 71-89). Hillsdale: Erlbaum.
- Clark, D.M., Salkovskis, P.M., Gelder, M.G., Koehler, C., Martin, M., Anastasiades, P., Hackmann, A., Middleton, H., y Jeavons, A. (1988). Tests of a cognitive theory of panic. En I. Hand y H.U. Wittchen (Eds.), *Panic and phobias 2* (pp. 149-158). New York: Springer-Verlag.
- Clark, D.M., Salkovskis, P.M., Hackmann, A., Wells, A., Fennell, M., Ludgate, J., Ahmad, S., Richards, H.C., y Gelder, M. (1998). Two psychological treatments for hypochondriasis: a randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 173, 218-225.
- Clark, D.M., Salkovskis, P.M., Öst, L.G., Breitholtz, E., Koehler, K.A., Westling, B.E., Jeavons, A., y Gelder, M. (1997). Misinterpretation of body sensations in panic disorder.

- Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 203-213.
- Durso, F.T., Reardon, R., Shore, W.J., y Delys, S.M. (1991). Memory processes and hypochondriacal tendencies. *Journal of Nervous and Mental Diseases*, 179, 279-283.
- Harvey, J.M., Richards, J.C., Dziadosz, T., y Swindell, A. (1993). Misinterpretation of ambiguous stimuli in panic disorder. *Cognitive Therapy and Research*, 17, 235-248.
- Hitchcock, P.B., y Mathews, A. (1992). Interpretation of bodily symptoms in hypochondriasis. *Behaviour Research and Therapy*, 30, 223-234.
- House, A. (1989). Hypochondriasis and related disorders: assessment and management of patients referred for a psychiatric opinion. *General Hospital Psychiatry*, 11, 156-165.
- Kamieniecki, G.W., Wade, T., y Tsourtos, G. (1997). Interpretive bias for benign sensations in panic disorder with agoraphobia. *Journal of Anxiety Disorders*, 11, 141-156.
- Khawaja, N.G., y Oei, T.P.S. (1998). Catastrophic cognitions in panic disorder with and without agoraphobia. *Clinical Psychology Review*, 18, 341-365.
- MacLeod, A.K., Haynes, C., y Sensky, T. (1998). Attributions about common bodily sensations: their associations with hypochondriasis and anxiety. *Psychological Medicine*, 28, 225-228.
- Marcus, D.K. (1999). The cognitive-behavioural model of hypochondriasis: misinterpretation and triggers. *Journal of Psychosomatic Research*, 47, 79-91.
- Martínez, M.P. (1997). Nuevas aproximaciones cognitivas a la conceptualización y al tratamiento de la hipocondría. Tesis Doctoral. Universidad de Valencia.
- Martínez, M.P., Belloch, A., y Botella, C. (1995). Sesgos en la interpretación de sensaciones corporales ambiguas en la hipocondría. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 4, 259-276.
- Martínez, M.P., Botella, C., y Belloch, A. (1997). Hipocondría: ¿un trastorno tratable?. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 2, 155-166.
- Martínez, M.P., y Belloch, A. (1998). Procesamiento de la información de amenaza física en la hipocondría: un estudio exploratorio utilizando el paradigma de Stroop. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 3, 1-14.
- Martínez, M.P., y Botella, C. (en preparación). Eficacia de un programa psicológico de orientación cognitivo-conductual para el tratamiento de la hipocondría.
- McNally, R.J., y Foa, E.B. (1987). Cognition and agoraphobia: bias in the interpretation of threat. *Cognitive Therapy and Research*, 11, 567-581.
- Papageorgiou, C., y Wells, A. (1998). Effects of attention training on hypochondriasis: a brief case series. *Psychological Medicine*, 28, 193-200.
- Pauli, P., Schwenzer, M., Brody, S., Rau, H., y Birbaumer, N. (1993). Hypochondriacal attitudes, pain sensitivity, and attentional bias. *Journal of Psychosomatic Research*, 37, 745-752.
- Robbins, J.M., y Kirmayer, L.J. (1991). Attributions of common bodily symptoms. *Psychological Medicine*, 21, 1029-1045.
- Salkovskis, P.M. (1989). Somatic problems. En K. Hawton, P.M. Salkovskis, J. Kirk y D.M. Clark (Dirs.), *Cognitive-behaviour therapy for psychiatric problems: a practical guide* (pp. 235-276). Oxford: Oxford University Press.
- Salkovskis, P.M. (1990). The nature of and interaction between cognitive and physiological factors in panic attacks and their treatment (Tesis Doctoral no publicada) (citado en Salkovskis y Clark, 1993).
- Salkovskis, P.M., y Clark, D.M. (1993). Panic Disorder and hypochondriasis. *Advances in Behaviour Research and Therapy*, 15, 23-48.
- Salkovskis, P.M., y Warwick, H.M.C. (1986). Morbid preoccupations, health anxiety and reassurance: a cognitive-behavioural approach to hypochondriasis. *Behaviour Research and Therapy*, 24, 597-602.
- Schmidt, A.J.M., Wolfs-Takens, D.J., Oosterlaan, J., y van den Hout, M.A. (1994). Psychological mechanisms in hypochondriasis: attention-induced physical symptoms without sensory stimulation. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 61, 117-120.
- Sharpe, M., Peveler, R., y Mayou, R. (1992). The psychological treatment of patients with functional somatic symptoms: a prac-

- tical guide. *Journal of Psychosomatic Research*, 36, 515-529.
- Speckens, A.E., Spinhoven, P., Hawton, K.E., Bolk, J.H., y van Hemert, A.M. (1996). Cognitive behavioural therapy for medically unexplained physical symptoms: a pilot study. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 24, 1-16.
- Spitzer, R.L., Williams, J.B.W., Gibbon, M., y First, M.B. (1990). *User's guide for the structured interview for DSM-III-R*. Washington, DC: American Psychiatric Press. (Barcelona, Trajecte, 1993).
- Stern, R., y Fernández, M. (1991). Group cognitive and behavioural treatment for hypochondriasis. *British Medical Journal*, 303, 1229-1231.
- Visser, S., y Bouman, T. K. (1992). Cognitive-behavioural approaches in the treatment of hypochondriasis: six single case cross-over studies. *Behaviour Research and Therapy*, 30, 301-306.
- Warwick, H.M.C. (1989). A cognitive-behavioural approach to hypochondriasis and health anxiety. *Journal of Psychosomatic Research*, 33, 705-711.
- Warwick, H.M.C., Clark, D.M., Cobb, A.M., y Salkovskis, P.M. (1996). A controlled trial of cognitive-behavioural treatment of hypochondriasis. *British Journal of Psychiatry*, 169, 189-195.
- Warwick, H.M.C., y Salkovskis, P.M. (1989). Hypochondriasis. En J. Scott, J.M.G. Williams y A.T. Beck (Dir.), *Cognitive therapy in clinical practice: an illustrative casebook* (pp. 78-102). Londres: Routledge.
- Warwick, H.M.C., y Salkovskis, P.M. (1990). Hypochondriasis. *Behaviour Research and Therapy*, 28, 105-117.