

RELACIONES DE LOS MIEDOS Y CREENCIAS HIPOCONDRIACAS CON ANSIEDAD, DEPRESION Y SINTOMAS SOMATICOS

M^a del Pilar Martínez Narváez Cabeza de Vaca
Amparo Belloch Fuster

Departament de Personalitat, Avaluació i Tractaments Psicològics. Facultat de Psicologia
UNIVERSITAT DE VALÈNCIA

RESUMEN

La hipocondría comprende, al menos, dos entidades distintas: convicción de enfermedad y fobia a la enfermedad. Tomando como punto de partida esta consideración, los objetivos de este trabajo fueron: primero, analizar las relaciones de estas dos supuestas entidades con ansiedad, depresión y síntomas somáticos; segundo, examinar si los miedos y creencias hipocondríacas son independientes entre sí y a su vez difieren de las restantes características clínicas contempladas, y tercero, establecer el patrón diferencial entre convicción y fobia a la enfermedad en función de las variables consideradas. Con este triple propósito administramos varias escalas de autoestimación a 72 estudiantes universitarios. Los resultados mostraron que las actitudes hipocondríacas están relacionadas con ansiedad, depresión y síntomas somáticos. Además, las diversas escalas de hipocondría parecen evaluar aspectos diferentes del síndrome hipocondríaco (la falsa creencia de tener una enfermedad y el miedo a la enfermedad). Ambos aspectos forman dimensiones independientes de otros problemas clínicos, y no es posible determinar las diferencias entre convicción y fobia a la enfermedad a partir de las variables examinadas.

Palabras clave: HIPOCONDRIA, CONVICCION DE ENFERMEDAD, FOBIA A LA ENFERMEDAD, ANSIEDAD, DEPRESION Y SINTOMAS SOMATICOS.

SUMMARY

Hypochondriasis at least, consists of two separate entities: disease conviction and disease phobia. From this approach, this paper addresses to the following purposes: first, to analyze the relationships amongst the above mentioned entities and anxiety, depression and somatic symptoms; second, to examine if the hypochondriacal fears and beliefs are independent and in turn they differ from the remaining clinical characteristics; and third, to establish the differential pattern between disease conviction and phobia conviction with reference to the variables considered above. With this threefold purpose, 72 university students were tested. The results obtained showed a relationship between hypochondriacal attitudes and anxiety, depression and somatic symptoms. Furthermore the scales of hypochondriasis used in this study assessed different aspects of hypochondriasis syndrome (fear to disease and false belief of disease). These two latter aspects were different from other clinical problems, and finally, it was not possible to specify the differences between disease belief and phobia from those considered variables.

Key words: HYPOCHONDRIASIS, DISEASE CONVICTION, DISEASE PHOBIA, ANXIETY, DEPRESSION AND SOMATIC SYMPTOMS.

INTRODUCCION

La preocupación desmesurada por la salud es un fenómeno bastante común, tanto en individuos enfermos como sanos y tanto en personas diagnosticadas con algún trastorno psicológico como en las que carecen de este tipo de perturbaciones. Sin embargo, a pesar de su nivel de incidencia que oscila, dependiendo de los criterios definitorios, entre el 50% (American Journal Psychopathology, 1962) y el 3-13% (Kellner, 1985), y a que constituye uno de los conceptos diagnósticos más controvertidos de la psicopatología, el estudio de la hipocondría es sorprendentemente escaso y continúa siendo uno de los trastornos psicológicos peor investigado y menos conocido. Entre los problemas más importantes que presenta la conceptualización de esta condición, destacaremos dos especialmente relevantes: primero, su caracterización como una entidad clínica; y segundo, la comorbilidad que presenta con otros trastornos.

Por lo que se refiere al primer aspecto cabe decir que desde hace ya algún tiempo se viene apuntando la posibilidad de que la hipocondría pueda englobar, al menos, dos entidades distintas: convicción de enfermedad y fobia a la enfermedad. Aunque el criterio A del DSM-III-R (American Psychiatric Association, 1987) afirma que para el diagnóstico de hipocondría es necesario que exista "preocupación, *miedo* o *creencia* de tener una enfermedad grave, a partir de la interpretación personal de signos o sensaciones físicas que se consideran pruebas de la enfermedad somática" (el subrayado es nuestro), no ofrece indicaciones concretas para establecer un diagnóstico diferencial entre las dos condiciones clínicas, que pueden corresponder a dos subsíndromes de hipocondría y que probablemente requieran estrategias terapéuticas distintas.

En cuanto a los problemas asociados a, y derivados de la comorbilidad de la hipocondría con otros trastornos mentales, se observa la presencia en la literatura especializada de diversos trabajos centrados en la relación de la hipocondría con ansiedad, depresión y síntomas funcionales. Algunos autores han sido partidarios de considerar la hipocondría como parte de otros trastornos, especialmente de los afectivos (Kenyon, 1964, 1976). Otros han sostenido que los signos físicos que activan las preocupaciones hipocondríacas indican la existencia de una depresión enmascarada (López-Ibor, 1972; Fisch, 1987), mientras que hay autores que se han limitado a manifestar la aparición conjunta de ambas condiciones (Kreitman, Sainsbury, Pearce y Costain, 1965; Jacobs, Fogelson y Charles, 1968). Desde una perspectiva conductual se ha puesto gran énfasis en los elementos ansiógenos del síndrome hipocondríaco y se ha intentado asimilarlo a una fobia, a un trastorno obsesivo-compulsivo o a una preocupación mórbida, tanto desde una visión conceptual como terapéutica (Marks, 1981, 1987; Warwick y Marks, 1988; Salkovskis y Warwick, 1986). Más recientemente, se ha examinado la frecuente comorbilidad entre hipocondría y trastorno de pánico, subrayándose los elementos comunes a ambos (Warwick y Salkovskis, 1990; Noyes, Reich, Clancy y O'Gorman, 1986; Fava, Grandi, Saviotti y Conti, 1990; Salkovskis y Clark, 1993). Finalmente, la hipocondría también ha sido relacionada con síntomas somáticos, habiéndose señalado que éstos son más frecuentes y severos en los pacientes hipocondríacos que en otros pacientes psiquiátricos (Stenbäck y Jalava, 1962; Kellner, Abbott, Winslow y Pathak, 1989).

Teniendo en cuenta esta doble problemática, en el presente trabajo nos

propusimos, en primer lugar, examinar las relaciones de las actitudes hipocondríacas con ansiedad, depresión y síntomas somáticos; en segundo término, explorar si los miedos y creencias hipocondríacas constituyen entidades independientes entre sí y a su vez desligadas de otras características clínicas, y finalmente, dilucidar si el miedo a la enfermedad difiere de las creencias hipocondríacas acerca de la enfermedad en función de las variables consideradas. Un objetivo adicional fue el de comparar los resultados obtenidos con diferentes escalas de hipocondría para determinar si éstos eran uniformes o dependían del instrumento de medición utilizado.

METODO

Muestra

La muestra estuvo compuesta por 72 estudiantes de Psicología de los últimos cursos de Licenciatura. Todos ellos colaboraron de manera voluntaria en el estudio. La edad de los participantes osciló, como se aprecia en la Tabla 1, entre 21 y 37 años, siendo la edad media de 23.62 años ($DE=2.85$). La mayor parte de ellos fueron mujeres (76.39%).

TABLA 1.- Descripción de la muestra

	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
Número (Porcentaje)	17 (23.61%)	55 (76.39%)	72
Edad Mínima	21	21	21
Edad Máxima	37	35	37
Edad Media (DE)	24.35 (4.18)	23.40 (2.29)	23.62 (2.85)

Instrumentos

La hipocondría fue medida a través de tres subescalas de las Escalas de Actitud Hacia la Enfermedad (Illness Attitude Scales, IAS; Kellner, 1986):

Creencias Hipocondríacas (CH), Fobia a la Enfermedad (FE) e Hipocondría (H). La Escala de Creencias Hipocondríacas está formada por tres ítems acerca de las falsas creencias sobre la enfermedad, mientras que la Escala de Fobia a la Enfermedad está constituida por tres preguntas relativas al miedo a la enfermedad. Los ítems de ambas son estimados en una escala Likert de cinco puntos. La Escala de Hipocondría es la suma de las puntuaciones correspondientes a las dos escalas anteriores. Otras medidas de hipocondría utilizadas fueron los Factores 2 y 3 del Índice Whiteley del Cuestionario de Conducta de Enfermedad (Illness Behaviour Questionnaire, IBQ; Pilowsky y Spence, 1983). El Factor 2 contiene cuatro enunciados referidos al miedo a la enfermedad, y el Factor 3, tres asociados a la con-vicción de enfermedad. Los ítems de ambos factores son puntuados en una escala dicotómica, es decir, se responde a ellos en sentido afirmativo o negativo. También se utilizó una escala combinada compuesta por la suma de las puntuaciones de cada uno de los factores.

Para la evaluación de los síntomas somáticos se recurrió a la Escala de Hipocondría (Hs) del Inventario de Personalidad Multifásico de Minnesota (Minnesota Multiphasic Personality Inventory, MMPI; Hathaway y Mckinley, 1967). Esta escala está compuesta por 33 ítems a los que se contesta en función de dos alternativas de respuesta (verdadero y falso). Este instrumento parece proporcionar una evaluación de las quejas somáticas reales y no la discrepancia entre salud objetiva y salud subjetiva que es lo típico de la hipocondría (Edelmann, 1992). A tenor de esta consideración decidimos incluirla en nuestro estudio para detectar la presencia de síntomas físicos.

Para la medición de ansiedad recurrimos al Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (State-Trait Anxiety Inventory, STAI; Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1970). Este instrumento comprende escalas separadas de autoevaluación que miden dos conceptos independientes de la ansiedad, como estado (E) y como rasgo (R). Tanto el STAI-E como el STAI-R están compuestos por 20 ítems que son estimados en una escala de 0 a 3.

Como instrumento de estimación de depresión empleamos el Inventario de Depresión de Beck (Beck's Depression Inventory, BDI; Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979). El BDI consiste en 21 grupos de 4 enunciados que describen síntomas depresivos, de los cuales el sujeto tiene que elegir el que considere que define mejor sus sentimientos. La puntuación de los ítems oscila en un intervalo de 0 a 3.

Análisis Estadísticos

Se estudiaron las relaciones que se establecían entre las Escalas de Creencias Hipocondríacas, Fobia a la Enfermedad e Hipocondría de las IAS, los Factores 2 y 3 y la escala combinada del Índice Whitheley del IBQ, la Escala de Hipocondría del MMPI y las estimaciones de ansiedad del STAI y de depresión del BDI. Para ello utilizamos el coeficiente de correlación de Pearson.

Se realizó un análisis factorial de componentes principales (valor propio > 1, rotación varimax) con el fin de explorar las dimensiones subyacentes a las variables consideradas.

Para determinar los mejores predictores de los miedos y creencias hipocondríacas recurrimos a la regresión múltiple "stepwise". Las variables dependientes fueron las autoestimaciones de hipocondría que realizaron los sujetos, y las variables independientes las escalas de ansiedad, depresión y síntomas somáticos.

RESULTADOS

En la Tabla 2 se muestran algunos estadísticos descriptivos relativos a las variables contempladas en este estudio.

Con respecto a las Escalas de Actitud hacia la Enfermedad (IAS) cabe decir, que en nuestra muestra las puntuaciones de la Escala de Creencias Hipocondríacas (CH) oscilaron entre 0 y 7 con una media de 1.1 (DE=1.6) y las de la Escala de Fobia a la Enfermedad (FE) entre 0 y 12, con una puntuación media de 2.1 (DE=2.4). Estos datos son bastante más elevados que los que encontraron Kellner, Abbott, Winslow y Pathak (1987) en una muestra de controles normales. Considerando los datos correspondientes a la muestra de sujetos hipocondríacos del estudio de Kellner et al. (en la Escala de CH media=7.5 y DE=3.4, y en la de FE media=6.2 y DE=3.2), estimamos que el número de personas de nuestro estudio cuyas puntuaciones estarían comprendidas dentro de un rango clínico (media $\pm$ 1DE) es de 5 sujetos en la Escala de CH, y de 19 en la de FE.

El análisis correlacional entre las medidas de hipocondría, ansiedad, depresión y síntomas somáticos (véase Tabla 3), puso de manifiesto varias cuestiones que merecen ser comentadas. Por una parte se apreció que la

correlación entre las Escalas de las IAS, Creencias Hipocondríacas y Fobia a la Enfermedad, no fue significativa ($r=0.157$). Por otra, también pudimos observar que las correlaciones entre Creencias Hipocondríacas y las medidas del STAI-E y STAI-R no alcanzaron tampoco niveles de significación estadística ($r=0.134$ y $r=0.070$, respectivamente). Sin embargo, obtuvimos correlaciones significativas entre Fobia a la Enfermedad y las medidas de ansiedad ($r=0.507$ y $r=0.393$, respectivamente, con $p<0.005$). También fueron significativos los coeficientes de correlación entre la Escala de Creencias Hipocondríacas de las IAS y la Escala de Hipocondría del MMPI ($r=0.306$, $p<0.005$) y entre esta última y la Escala de Fobia a la Enfermedad de las IAS ($r=0.545$, $p<0.005$).

TABLA 2.- Estadísticos descriptivos de las variables

NUMERO TOTAL DE OBSERVACIONES=72					
VARIABLES	Nº DE CASOS	MINIMA	MAXIMA	MEDIA	DESVIACION ESTANDAR
CII	72	0.000	7.000	1.139	1.613
FE	72	0.000	12.000	2.139	2.428
H	72	0.000	13.000	3.278	3.118
F2	72	0.000	4.000	1.389	1.042
F3	72	0.000	3.000	0.236	0.544
_(F2,F3)	72	0.000	6.000	1.653	1.323
STAI-E	72	0.000	46.000	17.472	10.804
STAI-R	69	2.000	45.000	19.986	9.971
BDI	70	0.000	18.000	4.971	4.246
Hs	72	2.000	19.000	7.236	4.181
NOTA. CII=Escala de Creencias Hipocondríacas de las IAS; FE=Escala de Fobia a la Enfermedad de las IAS; H=Escala de Hipocondría de las IAS; F2=Factor de Fobia a la Enfermedad del Indice Whiteley; F3=Factor de Convicción de Enfermedad del Indice Whiteley; _(F2,F3)=Suma de los Factores 2 y 3 del Indice Whiteley; STAI-E=Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (forma estado); STAI-R=Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (forma rasgo); BDI=Inventario de Depresión de Beck; Hs=Escala de Hipocondría del MMPI.					

TABLA 3.- Correlacione sentre las medidas de hipocondría, ansiedad, depresión y síntomas somáticos

	CH	FE	H	F2	F3	$\Sigma(F2,F3)$	STAI-E	STAI-R	BDI	Hs
CH	1.000									
FE	0.157	1.000								
H	0.639***	0.860***	1.000							
F2	0.286**	0.468***	0.512***	1.000						
F3	0.573***	0.092	0.368***	0.258*	1.000					
$\Sigma(F2,F3)$	0.445***	0.440***	0.573***	0.906***	0.605***	1.000				
STAI-E	0.134	0.507***	0.464***	0.425***	0.177	0.413***	1.000			
STAI-R	0.070	0.393***	0.348***	0.413***	0.282**	0.469***	0.589***	1.000		
BDI	0.231*	0.384***	0.418***	0.340***	0.311***	0.369***	0.624***	0.672***	1.000	
Hs	0.306***	0.545***	0.583***	0.548***	0.130	0.478***	0.449***	0.483***	0.525***	1.000

^aCoeficientes de correlación de Pearson.

Para todas las variables N=72, excepto para el STAI-R que fue 69 y para el BDI 70.

NOTA. CH=Escala de Creencias Hipocondríacas de las IAS; FE=Escala de Fobia a la Enfermedad de las IAS; H=Escala de Hipocondría de las IAS; F2=Factor de Fobia a la Enfermedad del Índice Whiteley; F3=Factor de Convicción de Enfermedad del Índice Whiteley; $\Sigma(F2,F3)$ =Suma de los Factores 2 y 3 del Índice Whiteley; STAI-E=Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (forma estado); STAI-R=Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (forma rasgo); BDI=Inventario de Depresión de Beck; Hs=Escala de Hipocondria del MMPI.

*p<0.05; **p<0.01; ***p<0.005.

TABLA 4.- Análisis factorial de componentes principales

VARIABLES	FACTORES		
	I	II	III
Fobia a la Enfermedad (FE, IAS)	0.825	-0.034	0.274
Hipocondría (H, IAS)	0.817	0.366	0.164
Fobia a la Enfermedad (F2, Indice Whiteley)	0.794	0.161	0.216
Factores 2 y 3 del Indice Whiteley	0.720	0.412	0.266
Hipocondría (Hs, MMPI)	0.622	0.140	0.436
Convicción de Enfermedad (F3, Indice Whiteley)	0.046	0.867	0.281
Creencias Hipocóndriacas (CH, IAS)	0.329	0.808	-0.112
BDI	0.198	0.191	0.852
STAI-R	0.251	0.131	0.848
STAI-E	0.483	-0.171	0.688
Valores propios	3.331	1.838	2.420
Porcentaje de la varianza total	33.306	18.382	24.200
NOTA. Los números subrayados representan las variables que saturaron en cada componente, siguiendo el criterio de que la saturación fuese mayor que ± 0.40 . Cuando éste se alcanzó en más de un componente, se seleccionó la variable con mayor saturación, siempre que la diferencia entre ambas saturaciones fuese mayor que ± 0.15 .			

En cuanto al Índice Whiteley, y difiriendo respecto a lo observado en las escalas de las IAS, hallamos una correlación con significación estadística, aunque baja, entre los Factores de Fobia a la Enfermedad y Convicción de enfermedad ($r=0.258$, $p<0.05$). Siguiendo una tendencia similar a la que se dio en las relaciones entre las escalas de las IAS y las estimaciones de ansiedad, se encontró que el Factor de Convicción de Enfermedad del Índice Whiteley no correlacionó de manera estadísticamente significativa con el STAI-E ($r=0.177$), aunque si mantuvo una correlación significativa pero baja con ansiedad rasgo (STAI-R) ($r=0.282$, $p<0.01$). Las correlaciones que se establecieron entre el Factor de Fobia a la Enfermedad del Índice

Whiteley y las dos formas del STAI (estado y rasgo) fueron en ambos casos significativas ($r=0.425$ y $r=0.413$, respectivamente, con $p<0.005$). Del mismo modo, también fue significativo el coeficiente de correlación entre este factor y la Escala de Hipocondría del MMPI ($r=0.548$, $p<0.005$). Sin embargo, no lo fue el coeficiente de correlación entre esta última y el Factor de Convicción de Enfermedad del Índice Whiteley ($r=0.130$). Tanto la Escala de Hipocondría de las IAS como la escala combinada del Índice Whiteley mostraron correlaciones que alcanzaron nivel de significación estadística con el resto de las variables. Todas las medidas de hipocondría presentaron correlaciones significativas con la estimación de depresión del BDI, estando comprendidos los coeficientes entre 0.231 y 0.418 (la mayoría con $p<0.005$).

El análisis factorial de componentes principales realizado, como muestran los resultados de la Tabla 4, reveló la existencia de tres componentes cuya varianza total explicada fue del 75.888%. Las diversas medidas examinadas se agruparon alrededor de tres factores significativos a los que denominamos respectivamente "miedo a la enfermedad", "creencia de enfermedad" y "problemas emocionales". El primero, que explica el 33.306% de las variaciones en las escalas, está compuesto por las escalas de Fobia a la Enfermedad e Hipocondría de las IAS, el Factor de Fobia a la Enfermedad y la escala combinada del Índice Whiteley y la Escala del Hipocondría del MMPI. Dada su composición este factor parece tener fundamentalmente un contenido de temor a la enfermedad. El segundo componente explica el 18.382% de la varianza y está formado por el Factor de Convicción de Enfermedad del Índice Whiteley y la Escala de Creencias Hipocondríacas de las IAS. Este es un factor muy claro de falsa creencia de tener una enfermedad. El tercer componente, que explica el 24.200% de la varianza, está constituido por las escalas de depresión (BDI) y ansiedad (STAI-R y STAI-E). Las características de estas medidas nos llevaron a identificar este factor, esencialmente, como la tendencia a experimentar problemas de carácter psicológico a nivel de manifestaciones de ansiedad y afectivas.

Los resultados de la regresión múltiple "stepwise" difirieron de acuerdo con la medida de hipocondría estimada (véase Tabla 5). Considerando como variables dependientes las Escalas de Creencias Hipocondríacas e Hipocondría de las IAS, se observó que el mejor predictor del nivel de hipocondría, en ambos casos, fue la Escala Hs del MMPI (si bien solamente predijo el 9%

TABLA 5.- Regresión Múltiple "Stepwise"

N=67

STEP	VARIABLE	R ² PARCIAL	R ² INCREMENTAL	b	p
1.	Hs (MMPI)	0.090	0.090	0.115	0.028
2.	STAI-E	0.011	0.101	-0.022	NS
3.	STAI-R	0.004	0.105	-0.027	NS
4.	BDI	0.029	0.134	0.087	NS
F4,62=2.392; p=0.060					
NOTA. Variable dependiente: Escala de Creencias Hipocondríacas de las IAS.					

STEP	VARIABLE	R ² PARCIAL	R ² INCREMENTAL	b	p
1.	Hs (MMPI)	0.282	0.282	0.195	0.006
2.	STAI-E	0.127	0.409	0.091	0.003
3.	STAI-R	0.002	0.411	0.022	NS
3.	BDI	0.003	0.414	-0.050	NS
F4,62=10.952; p=0.000					
NOTA. Variable dependiente: Escala de Fobia a la Enfermedad de las IAS.					

STEP	VARIABLE	R ² PARCIAL	R ² INCREMENTAL	b	p
1.	Hs (MMPI)	0.323	0.323	0.310	0.001
2.	STAI-E	0.054	0.377	0.069	NS
3.	STAI-R	0.000	0.377	-0.005	NS
4.	BDI	0.001	0.378	0.037	NS
F4,62=9.418; p=0.000					
NOTA. Variable dependiente: Escala de Hipocondría de las IAS.					

(Continúa)...

(Continuación)

N=67

STEP	VARIABLE	R ² PARCIAL	R ² INCREMENTAL	b	p
1.	Hs (MMPI)	0.337	0.337	0.118	0.000
2.	STAI-E	0.038	0.375	0.020	NS
3.	STAI-R	0.013	0.388	0.025	NS
4.	BDI	0.019	0.407	-0.050	NS
F4.62=10.631; p=0.000					
NOTA. Variable dependiente: Factor de Fobia a la Enfermedad del Índice de Whiteley.					

STEP	VARIABLE	R ² PARCIAL	R ² INCREMENTAL	b	p
1.	Hs (MMPI)	0.050	0.050	0.008	NS
2.	STAI-E	0.001	0.051	-0.012	0.048
3.	STAI-R	0.114	0.165	0.014	0.045
4.	BDI	0.028	0.193	0.025	NS
F4.62=3.714; p=0.009					
NOTA. Variable dependiente: Factor de Convicción de Enfermedad del Índice Whiteley.					

STEP	VARIABLE	R ² PARCIAL	R ² INCREMENTAL	b	p
1.	Hs (MMPI)	0.310	0.310	0.124	0.001
2.	STAI-E	0.026	0.336	0.011	NS
3.	STAI-R	0.058	0.394	0.049	0.008
4.	BDI	0.014	0.408	-0.050	NS
F4.62=10.671; p=0.000					
NOTA. Variable dependiente: Suma de los Factores 2 y 3 del Índice Whiteley.					

de la varianza en la primera escala y el 32.3% de la varianza en la segunda). Para la Escala de Fobia a la Enfermedad de las IAS, el predictor más poderoso también fue la Escala de síntomas, que explicó el 28.2% de la varianza de esta medida de hipocondría, seguido del STAI-E que aumentó la R^2 hasta el 40.9%. En lo concerniente al Índice Whiteley se observó que al considerar como variable dependiente el Factor de Fobia a la Enfermedad, la variable independiente que predijo el porcentaje más elevado de la varianza (33.7%) fue la escala de síntomas (Hs del MMPI). Cuando la variable dependiente fue el Factor de Convicción de Enfermedad, fue la escala de ansiedad STAI-R la que dio cuenta de la mayor proporción de la varianza en este factor, aunque únicamente explicó el 11.4% de ésta. Cuando se tomó como variable dependiente la escala combinada del Índice Whiteley, el predictor que dio cuenta del mayor porcentaje de varianza en esta estimación de hipocondría fue la Escala Hs del MMPI (explicó el 31%), siendo a continuación el STAI-R el segundo predictor más potente, produciendo un incremento en la R^2 que se situó del 33.6% al 39.4%. La escala de depresión fue la única variable independiente que no apareció como predictor significativo en ninguno de los análisis de regresión múltiple efectuados.

DISCUSION

Los sujetos que colaboraron en esta investigación eran estudiantes de Psicología, es decir, procedían de una población no clínica. El empleo de este tipo de muestra viene justificado por la adopción de un enfoque dimensional de la hipocondría, que durante los últimos años ha venido siendo defendido por diversos autores y sustentado por algunos datos empíricos. Costa y McCrae (1985) han documentado que las actitudes hipocondríacas se distribuyen a lo largo de un continuo en la población general y que éstas se matienen estables durante toda la vida. En esta misma línea conceptual, Salkovskis y Warwick (1986) sugieren que las preocupaciones por la salud forman un continuo que se extiende desde aquellas preocupaciones leves acerca de alguna sensación corporal inusual, hasta las preocupaciones y miedos respecto a síntomas corporales en las que todos los pensamientos y actividades se centran en la enfermedad. Este continuo refleja la dimensión de "preocupación por la salud" en la que la "preocupación mórbida por la salud" representaría el extremo final del continuo con las típicas conductas de los pacientes hipocondríacos. Además una serie de datos apoyan

la interpretación dimensional de la hipocondría como por ejemplo, la experiencia hipocondríaca de estudiantes de medicina (Kellner, Wiggins y Pathak, 1985) y la condición identificada por Barsky, Wyshak y Klerman (1990) como "hipocondría transitoria" en personas con amenaza seria de enfermedad. Tomando en consideración todas estas aportaciones, aunque obviamente con las precauciones oportunas, creemos que es válido generalizar los resultados obtenidos con la muestra no clínica de estudiantes con niveles elevados de hipocondría, a la población clínica.

En relación con los datos procedentes de esta investigación, y con respecto a las Escalas de Actitud hacia la Enfermedad, cabe destacar que las puntuaciones de nuestra muestra en las Escalas de Creencias Hipocondríacas y Fobia a la Enfermedad fueron considerablemente más elevadas que las encontradas por Kellner et al. (1987) en una muestra control de sujetos normales (en la Escala de Creencias Hipocondríacas media=0.6 y DE=1.2, y en la de Fobia a la Enfermedad media=0.9 y DE=1.1). También Hitchcock y Mathews (1992) encontraron en una muestra de estudiantes normales puntuaciones en el conjunto de las IAS más altas que las que informaron en su estudio Kellner y colaboradores.

Los resultados derivados del análisis correlacional discurren en la línea de numerosos estudios previos (Kreitman et al., 1965; Lewis, 1934; Kellner et al., 1987; Timsit, Dugardin, Adam et al., 1973; Stenbäck y Jalava, 1962; Kellner et al., 1989) ya que indican que las actitudes hipocondríacas están relacionadas con ansiedad, depresión y síntomas funcionales.

El análisis factorial de componentes principales efectuado nos ha permitido comprobar dos de los objetivos inicialmente propuestos. Por una parte, se ha confirmado la presencia de dos conglomerados independientes de variables, uno referido al temor a padecer alguna enfermedad y otro relativo a la convicción de que ésta ya se encuentra presente. Por otra parte, se aprecia que estos dos componentes aparecen como distintos y relativamente independientes del que surge después, y que básicamente refleja sintomatología de indole ansiógena y depresiva. Estos datos suponen un apoyo a la consideración de los miedos y creencias hipocondríacas como entidades diferentes entre sí dentro del síndrome hipocondríaco y a su vez independientes de otros problemas clínicos, aunque, evidentemente, admitiendo la posibilidad -que de hecho parece ser un dato confirmado- de que puedan mantener relaciones con otras condiciones clínicas.

Considerando las escalas de las IAS, tanto el análisis correlacional como

el análisis de regresión múltiple "stepwise" sugieren que la falsa creencia de tener una enfermedad (o convicción de enfermedad) estaría predominantemente asociada a síntomas somáticos y no se acompañaría necesariamente de ansiedad, y el miedo inusual a tener una enfermedad (fobia a la enfermedad) de igual modo tendería a estar asociado a este tipo de síntomas y, adicionalmente, también lo estaría a ansiedad. Los resultados derivados de este estudio reproducen los hallados por Kellner, Hernandez y Pathak (1992) con respecto a las Escalas de Creencias Hipocondriacas e Hipocondría de las IAS, diferenciándose, en cierta medida, en lo concerniente a la Escala de Fobia a la Enfermedad, dado que en el estudio referido esta escala estuvo únicamente asociada a ansiedad. El análisis de regresión múltiple efectuado con los Factores 2 y 3 del Índice Whiteley no permite extraer las mismas implicaciones que con las escalas de las IAS, ya que la tendencia parece ser más bien la contraria: la fobia a la enfermedad está más asociada a síntomas físicos, mientras que la convicción de enfermedad lo está a ansiedad. En el caso de estas medidas de hipocondría no fue posible establecer comparaciones con los resultados obtenidos en el estudio de Kellner et al. (1992), puesto que estos autores únicamente utilizaron la escala combinada del Índice Whiteley compuesta (Factores 2 y 3). Otro aspecto en el que sí hubo coincidencia entre el presente trabajo y el citado, consistió en que en ninguno de los dos la depresión fue una variable predictora significativa de las estimaciones de hipocondría. En cualquier caso, las comparaciones entre ambos estudios deben tomarse con suma cautela debido a las diferencias existentes en cuanto al tipo de medidas de ansiedad, depresión y síntomas somáticos utilizadas.

La conclusión más general que puede derivarse de todo lo expuesto hasta el momento es que la fobia a la enfermedad y la convicción de enfermedad constituyen entidades independientes y que ambas mantienen vínculos con ansiedad y quejas físicas. Posiblemente estas características consideradas en su globalidad no sean elementos suficientes para establecer los patrones diferenciadores de cada una de ellas y sea preciso explorar aspectos más específicos como nivel de ansiedad, proporción y tipo de síntomas, etc., así como otros elementos diferentes tales como el grado de percepción exagerada de peligro en las propias sensaciones corporales, la presencia de rumiaciones obsesivas o pensamientos intrusivos acerca de las posibles causas de los síntomas, nivel de reconocimiento de que el malestar físico tenga una explicación psicológica y tipo de conductas que se manifiestan.

Finalmente, quisiéramos dejar constancia de la trascendencia que, a nuestro parecer, tiene la distinción entre estos dos subsíndromes de hipocondría (aún reconociendo que ambos pueden coexistir en diversos grados) tanto desde el punto de vista teórico como terapéutico. A nivel teórico supone una contribución a favor de la conveniencia de separar y establecer un claro y preciso diagnóstico diferencial entre ambas condiciones puesto que cada una de ellas parece presentar unas características clínicas específicas. Existen varios estudios que se han decantado a favor de este planteamiento y han sugerido la distinción entre fobia a la enfermedad y convicción de enfermedad. Por ejemplo, Pilowsky (1967) a través de un cuestionario estandarizado que suministró a 100 hipocondríacos y a 100 controles normales, identificó tres dimensiones de hipocondría: preocupaciones corporales, fobia a la enfermedad y convicción de enfermedad. En total consonancia con esta perspectiva, Kellner (1985) ha subdividido la hipocondría en miedo no realista a tener una enfermedad (o fobia a la enfermedad) y falsa creencia de tener una enfermedad (o convicción de enfermedad). Se podrían citar muchas otras clasificaciones, la mayor parte de ellas centradas en esta distinción (Bianchi, 1971; Leonhard, 1968; Marks, 1987; Mayou, 1976; Pilowsky, 1984; Ryle, 1947). Desde una perspectiva terapéutica esta diferenciación implica admitir que los dos cuadros clínicos precisan intervenciones psicológicas distintas. Aunque en este ámbito se carece de estudios experimentales controlados sí disponemos, al menos, de algunos trabajos preliminares que muestran que las estrategias terapéuticas basadas en el principio de exposición pueden ser eficaces para el tratamiento de pacientes que presenten un patrón fóbico (Fiegenbaum, 1986; Warwick y Marks, 1988), mientras que para aquellos cuyo problema fundamental sea la convicción de enfermedad, puede ser más adecuado un tratamiento centrado en la modificación de las creencias erróneas y del comportamiento de tipo obsesivo (Salkovskis y Warwick, 1986). No obstante, todas estas sugerencias pertenecen, por el momento, al dominio de las especulaciones, a falta de investigaciones a mayor escala que permitan el esclarecimiento de muchas de las incógnitas que quedan por desvelar.

AGRADECIMIENTOS

Este estudio ha podido ser realizado gracias a una beca de investigación

concedida a la primera de las autoras por la Conselleria de Cultura, Educació i Ciència de la Generalitat Valenciana, para llevar a cabo una investigación más amplia de la que forma parte este trabajo.

BIBLIOGRAFIA

- American Psychiatric Association (1987). *Diagnostical and Statistical Manual of Mental Disorders* (3ª ed. rev.) APA: Washington, D.C.
- Barsky, A., Wyshack, G., y Klerman, G. (1990). Transient hypochondriasis. *Archives of General Psychiatry*, 47, 746-752.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., y Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. Chichester: Wiley (Versión española: Desclee de Brouwer, 1983).
- Bianchi, G. N. (1971). The origins of disease phobia. *Australia and New Zealand Journal of Psychiatry*, 5, 241-257.
- Costa, P., y McCrae, R. (1985). Hypochondriasis, neuroticism and aging: when are somatic complaints unfounded?. *American Psychologist*, 40, 19-28.
- Edelmann, R. J. (1992). *Anxiety. Theory, Research and Intervention in Clinical and Health Psychology*. Chichester: Wiley.
- Editorial del American Journal of Psychotherapy (1962). Hypochondriasis. USA. *American Journal of Psychotherapy*, 26, 187-190.
- Fava, G., Grandi, S., Saviotti, F., y Conti, S. (1990). Hypochondriasis with panic attacks. *Psychosomatics*, 31, 351-353.
- Figgenbaum, W. (1986). Long-term efficacy of exposure in-vivo for cardiac phobia. En I. Hand y H. U. Wittchen (eds.): *Panic and phobias*. Berlin: Springer-Verlag.
- Fisch, R. (1987). Masked depression: Its interrelations with somatization, hypochondriasis and conversion. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 17 (4), 367-379.
- Hathaway, S., y McKinley, J. (1967). Minnesota Multiphasic Personality Inventory. New York: The Psychological Corporation (Versión española: TEA, 1975).
- Hitchcock, P. B., y Mathews, A. (1992). Interpretation of bodily symptoms in hypochondriasis. *Behaviour Research and Therapy*, 30(3), 223-234.
- Jacobs, T., Fogelson, S., y Charles, E. (1968). Depression ratings in hypochondria. *New York State Journal of Medicine*, 68, 3119-3122.
- Kellner, R. (1985). Functional somatic symptoms and hypochondriasis. *Archives of General Psychiatry*, 42, 821-833.
- Kellner, R., Wiggins, R., y Pathak, D. (1985). Hypochondriacal fears and beliefs in medical and law students. *Archives of General Psychiatry*, 43, 487-489.
- Kellner, R. (1986). *Somatization and hypochondriasis*. New York: Praeger.
- Kellner, R., Abbott, P., Winslow, W., y Pathak, D. (1987). Fears, beliefs, and attitudes in DSM-III hypochondriasis. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 175, 20-25.
- Kellner, R., Abbott, P., Winslow, W., y Pathak, D. (1989). Anxiety, depression and somatization in DSM-III hypochondriasis. *Psychosomatics*, 30, 57-64.
- Kellner, R., Hernández, J., y Pathak, D. (1992). Hypochondriacal fears and beliefs, anxiety,

- and somatisation. *British Journal of Psychiatry*, 160, 525-532.
- Kenyon, F. (1964). Hypochondriasis: a clinical study. *British Journal of Psychiatry*, 110, 478-488.
- Kenyon, F. (1976). Hypochondriacal states. *British Journal of Psychiatry*, 129, 1-14.
- Kreitman, N., Sainsbury, P., Pearce, K., y Costain, W. (1965). Hypochondriasis and depression in outpatients at a General Hospital. *British Journal of Psychiatry*, 111, 607-615.
- Leonhard, K. (1968). On the treatment of ideohypochondriac and sensohypochondriac neuroses. *International Journal of Social Psychiatry*, 2, 123-133.
- Lewis, A. (1934). Melancholia: A clinical survey of depressive states. *Journal of Mental Science*, 80, 277-295.
- López-Ibor, J. J. (1972). Masked depressions. *British Journal of Psychiatry*, 120, 245-258.
- Marks I. (1981). *Cure and care of neurosis*. Nueva York: Wiley (Versión española: Martínez Roca, 1986).
- Marks, I. (1987). *Fears, phobias and rituals*. Nueva York: Oxford University Press (Versión española: Martínez Roca, 1991).
- Mayou, R. (1976). The nature of bodily symptoms. *British Journal of Psychiatry*, 129, 55-60.
- Noyes, R., Reich, J., Clancy, J., y O'Gorman, T. (1986). Reduction in hypochondriasis with treatment of panic disorder. *British Journal of Psychiatry*, 149, 631-635.
- Pilowsky, I. (1967). Dimensions of hypochondriasis. *British Journal of Psychiatry*, 113, 88-93.
- Pilowsky, I., y Spence, N. (1983). *Manual for the Illness Behaviour Questionnaire (IBQ)*. Adelaida, Australia: Royal Adelaide Hospital.
- Pilowsky, I. (1984). Hypochondriasis. In *Handbook of psychiatry* (vol.4). Cambridge: Cambridge University Press.
- Ryle, J. A. (1947). Nosophobia. *Journal of Mental Science*, 94, 1-17.
- 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.
- Salkovskis, P. M., y Clark, D. M. (1993). Panic Disorders and Hypochondriasis. *Advances in Behaviour Research and Therapy*, 15, 23-48.
- Spielberger, C., Gorsuch, R., y Lushene, R. (1970). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press (Versión española: TEA, 1982).
- Stenback, A., y Jalava, V. (1962). Hypochondria and depression. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 37, 162-240.
- Timsit, M., Dugardin, J. C., Adam, A., et al. (1973). La neurose hypocondriaque a-t-elle droit de cité?. *Acta Psychiatrica Belgica*, 73, 485-493.
- Warwick, H. M. C., y Marks, I. (1988). Behavioural treatment of illness phobia and hypochondriasis. A pilot Study of 17 cases. *British Journal of Psychiatry*, 152, 239-241.
- Warwick, H. M. C., y Salkovskis, P. M. (1990). Hypochondriasis. *Behaviour Research and Therapy*, 28, 105-117.