



**FACULTAD DE PSICOLOGÍA
TRABAJO INTEGRADOR FINAL**

Nueva modalidad de abordaje: desde la Hipocondría hacia la Hipocondriasis desde
la Terapia Cognitivo-Conductual.

Modalidad de presentación: Investigación bibliográfica

Autor: Menichelli Chiara

Legajo: M- 5845/9

DNI: 41491612

Docente responsable: Augusto Ciliberti

Año: 2024

AGRADECIMIENTOS

Quiero expresar mi más sincero agradecimiento a mi mamá, Daniela, por el apoyo

incondicional que me ha brindado a lo largo de toda mi carrera universitaria. Su amor y contención han sido los pilares fundamentales que me han permitido finalizar este recorrido.

Agradezco también a mi familia entera, que ha estado presente en cada paso que he dado. Por su comprensión y ánimos para enfrentar cada desafío que se ha presentado.

A mis amistades, que han sido una red de apoyo fundamental para darme cuenta que nunca he estado sola en este camino. Su presencia ha sido un regalo que guardaré para toda mi vida.

También quiero dedicar unas palabras a mi tutor, Augusto Ciliberti, que me ha acompañado en este trayecto con su paciencia y simpleza, ha sabido guiarme y me ha inspirado a dar lo mejor de mi misma. Junto a él, Silvana Savoini, ambas figuras han sido fundamentales en mi formación académica, motivándome a formarme hacia el modelo cognitivo-conductual.

A la Universidad Pública y a la Facultad de Psicología que me permitió transitar este camino y conocer personas maravillosas.

Índice

Resumen.....	2
Introducción.....	3
Objetivos.....	5
Desarrollo.....	6
Hacia un enfoque cognitivo-conductual.....	
6 Ansiedad, activación fisiológica e	
Hipocondriasis.....	7
Pensar mucho, preocuparse en	
exceso.....	10
Aspecto conductual: búsqueda	
de reaseguro y conductas de evitación.....	12
Conclusiones.....	13
Referencias bibliográficas.....	15

Resumen

La presente investigación bibliográfica introduce una revisión conceptual acerca de una nueva modalidad de abordaje de los cuadros hipocondríacos. Este análisis implica una transición de la tradicional “Hipocondría” hacia el concepto de “Hipocondriasis”, enmarcada desde el Modelo Cognitivo-Conductual. En este contexto, los objetivos colocan especial énfasis en los procesos cognitivos, conductuales y fisiológicos que caracterizan este cuadro. Un aspecto central que se examina es la preocupación excesiva, rasgo cardinal de los cuadros de Ansiedad Generalizada, que en el caso de la Hipocondriasis es redirigido a la salud y a la percepción de los síntomas corporales. A su vez, la preocupación como cadena de pensamientos, proporciona una conducta del sujeto que se basa en la búsqueda recurrente de información médica para aliviar el malestar, siendo estos los factores que contribuyen al mantenimiento del cuadro. Para sustentar este recorrido, se han revisado numerosos estudios realizados por expertos reconocidos en el campo, como Aaron Beck, David Clark, Adrian Wells, Arthur Barsky, Hilary M.C. Warwick, Paul M. Salkovskis y Vicente Caballo. Quienes han aportado teorizaciones sobre las categorías conceptuales que caracterizan la Hipocondriasis,

ofreciendo un análisis crítico que la posiciona como una manifestación específica del Trastorno de Ansiedad Generalizada. Las conclusiones a las que se arriban destacan la importancia de cómo los aspectos cognitivos y conductuales juegan un papel fundamental en el mantenimiento de los cuadros clínicos.

Palabras clave: Hipocondriasis- ansiedad- preocupación excesiva-Trastorno de Ansiedad Generalizada.

Introducción

Este Trabajo Integrador Final propone realizar una investigación bibliográfica examinando diversos estudios en relación a una innovadora modalidad de abordaje de los cuadros hipocondríacos. El mismo se llevará a cabo desde el enfoque Cognitivo-Conductual, que supone pensar la “Hipocondría” en términos de “Hipocondriasis”, y en ello su respaldo teórico con el Trastorno de Ansiedad Generalizada. Autores como Varela Casal (2008) sostiene que se está adoptando una perspectiva que reconoce límites difusos entre los Trastornos de Ansiedad y estos cuadros, donde la preocupación excesiva y la hipervigilancia constante de los síntomas ocuparía un punto principal. Otros como, Martínez y Rodríguez (2001) señalan que “se ha considerado también que la hipocondría, lejos de ser una entidad independiente, podría entenderse como un problema asimilable a otros trastornos psicopatológicos. De manera particular a los trastornos de ansiedad” (p.408). Por lo tanto, este enfoque sugiere que aquellos que padecen este cuadro experimentan patrones de pensamiento y comportamiento que se observan en pacientes con trastornos ansiosos, lo que permite su tratamiento dentro de un mismo marco teórico y clínico.

En esta perspectiva, uno de los interrogantes claves de esta investigación es ¿Qué sustento teórico posee la Hipocondriasis dentro del Trastorno de Ansiedad Generalizada? Para ello, es pertinente situar algunos de los pioneros de la Terapia Cognitiva Conductual, Aaron Beck y David Clark (2013) quienes sostienen que el TAG se caracteriza por un estado de preocupación excesiva y crónica acompañada por una gran variedad de síntomas físicos y mentales que provocan angustia para quien lo padece. Entre las preocupaciones que se presentan en estos cuadros de Ansiedad Generalizada, una de ellas puede implicar la salud. “Aunque sea aún una propuesta, parece que sólo ciertos tipos de cogniciones relacionadas con la amenaza, como las preocupaciones relativas a los síntomas físicos, la salud, la evaluación social y el peligro inminente, son específicas de la ansiedad” (Beck y Clark, 2013, p.149). Por lo tanto, si el exceso de preocupación es una característica esencial del Trastorno de Ansiedad Generalizada según este modelo; allí su vínculo con la Hipocondriasis; la cual es definida como “una preocupación mórbida por las funciones corporales o los signos y las sensaciones físicas, que da por resultado tener miedo a una enfermedad grave” (Álvarez A, Martínez Lemus H, Núñez Orozco, 2005, p.482). En vista de esto, lo que se activa es un espiral de preocupación incontrolable tal como ocurre en el TAG, pero con un foco centrado exclusivamente en el cuerpo y la sanidad.

En ese sentido, la problemática es relevante en el campo de la Psicología ya que como se menciona anteriormente, este cuadro clínico se caracteriza por una preocupación en exceso del estado de la salud, lo que indudablemente genera malestar a quien lo padece y en consecuencia posee grandes impactos en la calidad de vida de quienes experimentan estos cuadros. En palabras de Aaron Beck (1979) “la preocupación y la ansiedad deben afectar a múltiples acontecimientos o actividades de la vida cotidiana” (p.645). Asimismo, las investigaciones de Haton, Salkovskis, Kirk y Clark (1989) reafirman que “la preocupación provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social o laboral” (p.12). Siendo así, una de las labores como profesionales de la salud mental: buscar un grado de alivio al malestar que experimentan los pacientes.

A su vez, Lacunza, Díaz y Leiva (2016) señalan que este trastorno posee gran impacto a nivel emocional, de las relaciones interpersonales e incluso en el desempeño

3

laboral para quienes lo padecen, debido a que existe un incremento de las consultas médicas y tratamientos farmacológicos. Según estos autores “se señala el hecho de que los pacientes que lo sufren muestran gran resistencia a recibir tratamiento en los servicios de salud mental, pues consideran que su problema tiene un carácter exclusivamente físico” (Lacunza, Díaz, Ardanaz, 2016, p.81). En ese sentido, se observa que los pacientes acuden a especialistas del ámbito médico garantizando que ellos tendrían la solución para sus síntomas físicos, dejando por fuera el campo “psi”.

De este modo, el presente trabajo propone un acercamiento de la Hipocondriasis tomando como base epistemológica la Terapia Cognitiva-Conductual, la cual ha demostrado ser eficiente y eficaz para el tratamiento de la misma (Caballo, 2008). A su vez proporcionar investigaciones desde este marco teórico permitirá pensar un abordaje terapéutico dentro de este cuadro que en muchas ocasiones ha quedado relegado al campo de la medicina. Por lo tanto, el énfasis se colocará en categorías conceptuales, como las creencias disfuncionales, interpretaciones erróneas, preocupación excesiva, percepción corporal, hipervigilancia de los síntomas, conductas de búsqueda de seguridad, lo que indicaría su respaldo teórico con el Trastorno de Ansiedad Generalizada. Para el abordaje de esta investigación los interrogantes que orientarán la

escritura serán: ¿Cómo se puede pensar este pasaje de la Hipocondría a llamarlo Hipocondriasis? ¿Qué papel desempeñan las interpretaciones erróneas, preocupaciones excesivas y los pensamientos automáticos en los mismos? Para ello será de gran relevancia abordar esta problemática a partir de pioneros de esta corriente cognitiva conductual como Albert Ellis, Aaron Beck, Vicente Caballo, Adrian Wells e investigaciones actuales sobre la misma.

Objetivos

Objetivo General

- Determinar en términos bibliográficos el traspaso de la Hipocondría a la Hipocondriasis con el sustento teórico-práctico del Enfoque Cognitivo Conductual, específicamente desde la Terapia para los Trastornos de Ansiedad.

Objetivos específicos

- Describir el sustento teórico que posee la Hipocondriasis dentro del Trastorno de Ansiedad Generalizada cuando la preocupación refiere a la salud.
- Indagar las dimensiones fisiológicas, cognitivas y conductuales en la Hipocondriasis.
- Denotar el lugar que poseen las estrategias maladaptativas en el mantenimiento de este cuadro clínico.

Desarrollo

Hacia un enfoque cognitivo-conductual

A lo largo de la historia, se han presentado diferentes interpretaciones y clasificaciones en torno a la hipocondría. Desde sus inicios, la teoría psicoanalítica ha discutido si la misma formaba parte de los cuadros psicóticos o dentro del campo de la neurosis. Fue el mismo Freud quien en *Introducción del Narcisismo*, sostuvo que en la hipocondría, la energía libidinal, ha sido apartada del mundo externo para concentrarse en su propio cuerpo. Sin embargo, él la diferencia de la enfermedad orgánica, ya que en ella encontramos un fundamento biológico, mientras que la hipocondría excede una causa orgánica real (Freud, 1979). Es allí donde la clasifica dentro de las neurosis actuales en diferencia con las psiconeurosis. Sin embargo, tres años más tarde, en

Lecciones Introductorias al Psicoanálisis (1979) Freud ubica una correspondencia entre: Neurosis de angustia e histeria de angustia, neurastenia y neurosis obsesiva y coloca finalmente a la hipocondría en correspondencia con la psicosis.

En las clasificaciones actuales de la época, el *Manual Diagnóstico DSM-IV* (1994) incluye a la hipocondría dentro de los trastornos somatomorfos, junto a la histeria de conversión, el síndrome de Briquet y la dismorfofobia. Mientras que en la *Clasificación Internacional de Enfermedades 10*, también conocido como *CIE-10* (2008) se encuentra dentro de los Trastornos Somatomorfos remarcando como característica esencial “una preocupación persistente por la posibilidad de sufrir uno o más trastornos físicos graves y progresivos” (p.329). Durante años de debate sobre los criterios para esta categoría, el *DSM V* decide suprimir el Trastorno Hipocondríaco. En su nueva versión se encuentra el apartado de Trastornos de Síntomas Somáticos y otros relacionados, subdividido en Trastorno de Síntomas Somáticos y Trastorno de Ansiedad por Enfermedad. Su diferencia principal, entre ambas entidades, se relaciona con la presencia de uno o más síntomas somáticos que causan malestar en la vida diaria, siendo criterio para el Trastorno de Síntomas Somáticos y excluyente para el diagnóstico de Trastorno de Ansiedad por Enfermedad, el cual se caracteriza por una “preocupación por padecer o contraer una enfermedad grave” (DSM V, 2013, p.182). En ello se destaca no tanto la naturaleza de los síntomas sino el impacto que posee el nivel de preocupación en la vida del individuo.

De manera paralela a los criterios que indican los manuales psiquiátricos, los modelos explicativos cognitivos-conductuales han permitido avanzar y repensar el trastorno hipocondríaco; como así también, su modalidad de tratamiento. Cabe destacar, tal como señalan García, Fernández y Crespo (2017), que a principios de los años ‘80, la Terapia Cognitiva Conductual se establece como uno de los enfoques terapéuticos basados en la evidencia científica. En esa época había una necesidad de elaborar intervenciones interdisciplinarias que proporcionen un abordaje terapéutico adecuado para trabajar la complejidad de los problemas en el ámbito clínico. “Paralelamente, los tratamientos se fueron haciendo más complejos, en coherencia con la conceptualización multifactorial de los problemas que estaban siendo abordados” (García, Fernández y Crespo, 2017,p.71). Este desarrollo implicó un enfoque considerando tanto los aspectos cognitivos como los conductuales y emocionales de los pacientes.

En este marco resulta primordial comenzar situando a los referentes que sientan las bases de la Terapia Cognitiva Conductual. Keegan (2007) sitúa que tanto Aaron Beck y Albert Ellis fueron considerados los grandes pioneros del movimiento

6

cognitivo-conductual en la década del 60, siendo hoy los terapeutas más emblemáticos de esta orientación. La noción principal que abarca este paradigma radica en que el hombre es entendido como un procesador de información. En ese sentido, la realidad es una construcción, es decir, “los datos de la realidad son procesados por el sujeto, quien asigna una determinada significación a cada situación” (Keegan,2007,p.64). Por lo tanto, la manera en que una persona percibe y responde a su entorno está profundamente influenciada por las interpretaciones personales.

Estos principios propios de la Terapia Cognitiva Conductual fueron desarrollados a lo largo de los años tanto por Beck como por Ellis. Aaron Beck (2005) fue quien comenzó a reformular la psicopatología de la depresión junto a otros trastornos psicológicos basándose en el supuesto teórico de que la conducta que posee un individuo está determinada por la manera en que el mismo estructura el mundo.

Por su parte, Ellis (1990) realiza un acercamiento similar y propone la Terapia

Racional Emotiva la cual afirma que “las personas no reaccionan directamente en forma emocional o conductual ante los acontecimientos que encuentran en su vida, sino son ellas mismas las que causan sus reacciones según la forma en que interpretan o valoran los acontecimientos que experimentan” (p. 102). Por lo tanto, desde este marco epistemológico, la base del psiquismo consiste en que no existe una realidad única y verdadera, sino que cada ser humano realiza una construcción de la misma. Los hechos en sí no valen por sí solos sino por la interpretación que cada sujeto le otorga.

Esta noción sobre los fundamentos de dicha corriente permite acercarnos a la conceptualización de los cuadros hipocondríacos, ya que como señalan Salkovskis y Clark (1993), “la característica más importante de la hipocondría es la interpretación errónea de los síntomas físicos no patológicos como señal de enfermedad orgánica grave” (p.361). Es decir, la persona quien lo padece, realiza una construcción individual de la realidad basándose en las interpretaciones de sus sensaciones físicas y estímulos en relación a su salud lo que le provoca un estado de alerta y ansiedad. No es la presencia de síntomas físicos la causante de su angustia sino la interpretación que existe en torno a ello. A su vez, Caballo (2008) agrega que esta interpretación distorsionada de las señales físicas puede llevar a comportamientos compulsivos, como la búsqueda constante de información médica, evitación de situaciones que consideran riesgosas para su salud, visitas médicas frecuentes e innecesarias, y un impacto significativo en la calidad de vida de la persona que lo padece.

Ansiedad, activación fisiológica e Hipocondriasis

La ansiedad forma parte de la experiencia humana y se considera un mecanismo de adaptación que ha evolucionado con los años, garantizando la protección frente a peligros externos y potenciando así, la supervivencia. En ello, resulta pertinente diferenciarla del miedo, ya que ambos se presentan como mecanismos primitivos que han permitido la perpetuación de la especie (Thyler, 1997). Barlow (2002) en el afán de esclarecer ambos conceptos, entiende al miedo como “una alarma primitiva en respuesta a un peligro presente, caracterizado por una intensa activación y por las tendencias a la acción” (p. 104). Por su parte, este autor señala que la ansiedad es definida como una respuesta subjetiva más estable que el miedo y refiere a ella como:

Una emoción orientada hacia el futuro, caracterizada por las percepciones de incontrolabilidad e impredecibilidad con respecto a sucesos potencialmente adversos y

7

con un cambio rápido en la atención hacia el foco de acontecimientos potencialmente peligrosos o hacia la propia respuesta afectiva ante tales sucesos (Barlow, 2002, p. 104).

Además, agrega que esta última abarca otros elementos cognitivos además del miedo, tales como la vulnerabilidad, la falta de control, la incertidumbre, y la dificultad para alcanzar los resultados deseados (Barlow, 2002).

Desde el Modelo Cognitivo-Conductual, Beck y Clark (2013) sostienen que en los Trastornos de Ansiedad, el miedo es la emoción que siempre está presente y la ansiedad es aquello que le confiere su carácter patológico en la medida en que afecta la calidad de vida del paciente. A su vez para estos autores:

Uno de los principios centrales de la teoría cognitiva de la ansiedad es que el miedo y la ansiedad anormales se derivan de una asunción falsa que implica la valoración errónea de

peligro en una situación que no se confirma mediante la observación directa (Beck y Clark, 2013, p. 25).

Particularmente, este modelo subraya que en los Trastornos de Ansiedad existe una evaluación cognitiva exagerada que contempla como peligrosas situaciones o eventos que no lo son, o que se consideran “neutrales”. Y agregan que “los individuos con trastorno de ansiedad interpretarían una serie mucho más amplia de situaciones como amenazantes que los individuos sin trastorno de ansiedad” (Beck y Clark, 2013, p.27). Según esta perspectiva, los sujetos que poseen un rasgo de ansiedad elevado son aquellos cuya atención está selectivamente focalizada en un riesgo o amenaza que es percibido como capaz de causar un impacto significativo y atentar sobre el bienestar personal. Siguiendo a estos autores:

El proceso de valorar o evaluar las señales internas y externas como amenaza, peligro o daño potencial para los recursos personales vitales o el propio bienestar conlleva la participación de un sistema defensivo rápido, automático y muy eficiente cognitivo, fisiológico, conductual y afectivo que se ha desarrollado para proteger y garantizar la supervivencia del organismo (Beck y Clark, 2013, p.76).

Además, enfatizan que aunque la cognición es un factor necesario, no es suficiente por sí misma para desencadenar el estado de ansiedad y alarma. La movilización conductual y la activación fisiológica también son esenciales para activar este complejo sistema de respuestas (Beck y Clark, 2013).

A nivel fisiológico, Biglieri y Vetere (2011) señalan que al presentarse una situación que se percibe como peligrosa se produce una activación a nivel del Sistema Nervioso Autónomo o Vegetativo. Este, tal como indica su nombre, opera bajo un control involuntario de las funciones corporales y a su vez está subdividido en: Sistema Nervioso Simpático y Parasimpático. Este último es el responsable de los estados de relajación y restauración de las funciones corporales. Mientras que la vía simpática se ocupa de preparar al individuo para afrontar situaciones de estrés, produciendo a su vez, una serie de efectos fisiológicos. De igual manera, Bradley (2000) afirma que:

La activación del sistema nervioso simpático es la respuesta fisiológica más prominente en la ansiedad y provoca los síntomas de hiperactivación como la constricción de los vasos sanguíneos periféricos, el aumento de fuerza en los músculos esqueléticos, el aumento del ritmo cardíaco y de la fuerza en la contracción y dilatación de los pulmones para aumentar el aporte de oxígeno, la dilatación de las pupilas para mejorar la visión, el

8

cese de la actividad digestiva, el aumento del metabolismo basal y el aumento de secreción de epinefrina y norepinefrina desde la médula adrenal (p.42).

Por lo tanto, el incremento de la activación fisiológica conlleva un aumento en las sensaciones típicas de la ansiedad, mediadas por el Sistema Nervioso Autónomo. En relación a los cuadros hipocondríacos, Barsky (1992) propone su modelo “amplificador somatosensorial” en donde, tal como indica su nombre, esa activación fisiológica tiende a amplificarse, por lo cual, una gran diversidad de sensaciones corporales normales, como por ejemplo; la taquicardia secundaria a un cambio postural (palpitaciones) o la falta de aliento en un esfuerzo hecho, tiende a percibirse como una sensación intensa, amenazadora y perturbante para el paciente. El resultado de ello, es una interpretación desadaptativa, con la sospecha de estar “enfermo”, lo que lleva a los sujetos a estar en

constante vigilancia de su estado corporal. Tal como se menciona anteriormente, en los Trastornos de Ansiedad el sesgo está completamente dirigido hacia aquello que creen amenazante, en el caso de la Hipocondriasis, sus síntomas corporales. En palabras de Beck y Clark (2013) “Los individuos muy ansiosos mostrarán un sesgo atencional automático y selectivo hacia los estímulos negativos que son relevantes para las amenazas de preocupaciones vitales particulares” (p.110). En tanto, esta atención selectiva refuerza sus temores impidiendo que los sujetos sean capaces de evaluar de manera objetiva las situaciones de su entorno.

Por lo cual, Barsky (1992) señala que aquellos que se ven inmersos en estos cuadros se dedican a analizar las sensaciones físicas que experimentan, prestando atención de manera selectiva a la información que respalda su creencia sobre la posibilidad de estar enfermos, mientras ignoran o minimizan aquella que la contradice. Este patrón de pensamiento es esencialmente relevante si consideramos las observaciones de Beck y Clark (2013), quienes señalan que los individuos con altos niveles de ansiedad tienden a desestimar o no reconocer los indicadores que sugieren la ausencia de amenaza. Según ellos, “los individuos ansiosos mostrarán un distanciamiento atencional automático de las señales de seguridad que sean incongruentes con sus preocupaciones dominantes de amenaza” (Beck y Clark, 2013, p.122). Esta tendencia se debe a que la información es contradictoria con su estado emocional predominante, lo cual se les dificulta aceptar indicadores que no refuercen sus creencias desadaptativas.

Esto conlleva a que frente a la disminución de indicadores de seguridad, los individuos adopten conductas dirigidas a alcanzar la misma, lo cual será un factor de mantenimiento del cuadro ansiógeno. A medida que este último se va intensificando, el resultado genera nuevas sensaciones corporales que incrementan aún más los estados de alarma, y en ello su correspondiente activación fisiológica (Barsky, 1992). Por lo tanto, el estilo somato amplificador presenta las siguientes características:

- 1) una propensión a vigilar en exceso el estado del cuerpo, que está relacionada con un aumento del autoescrutinio y de la focalización de la atención en las sensaciones corporales molestas; 2) una tendencia a seleccionar y centrarse en determinadas sensaciones poco frecuentes o débiles; y 3) una inclinación a considerar dichas sensaciones como peligrosas e indicadoras de enfermedad. (Barsky, 1992, p.360)

Para este autor (1992), estos pacientes muestran un umbral más bajo en cuanto a la percepción somática, lo que los lleva a que pequeños cambios fisiológicos por más leves que sean pueden inducir el malestar físico.

Pensar mucho, preocuparse en exceso

La Hipocondría ha recibido múltiples definiciones a lo largo de los años. Los manuales psiquiátricos, como el DSM IV (1998), la describe como “la preocupación y el miedo a tener, o la firme creencia de padecer, una enfermedad grave basada en la interpretación personal de síntomas somáticos” (p. 98). De manera similar, el CIE 10 señala que el trastorno hipocondríaco se caracteriza por “una preocupación persistente sobre la posibilidad de sufrir uno o más trastornos físicos graves y progresivos” (p. 329). Desde la Terapia Cognitiva, autores como Haton, Salkovskis, Kirk y Clark (1989) afirman que lo que más llama la atención de la Hipocondriasis es la preocupación y la ansiedad exagerada por la salud. Agregando que “un componente básico en esa preocupación por la salud, es la malinterpretación distorsionadamente negativa, de ciertos cambios

corporales benignos, o de la información que llega de médicos, amigos o medios de comunicación” (p.8). Lo mencionado destaca la importancia y el lugar principal que posee la preocupación excesiva en estos cuadros, la cual ha sido abordada por una gran diversidad de autores desde la Terapia Cognitiva Conductual.

Se entiende que la preocupación es un proceso cognitivo que está presente tanto en la población en general como en quienes padecen de ciertos trastornos. Autores como Wells (2000) y Davey (1994) afirman que, en su forma funcional, la misma puede llevarnos a afrontar de manera eficiente ciertos problemas y a orientarnos en realizar determinadas tareas. Según esta perspectiva, la misma puede ser constructiva cuando facilita la resolución de ciertas situaciones, pero también puede volverse maladaptativa si lo que se percibe resulta ser aversivo e inmanejable desde la perspectiva del sujeto. Por lo tanto, hay ciertas características que pueden convertir esa preocupación en un proceso patológico.

Según los estudios de Dugas y Gagnon (1998), cuando esta se prolonga en el tiempo, se generaliza y se percibe como incontrolable, es decir, la persona no es capaz de manejar sus pensamientos, comienza a centrarse en problemas menores o insignificantes, y está influenciado por una percepción sesgada de amenaza, se hace presente una preocupación del tipo patológica. Esta forma, en lugar de ser una recurso funcional, se convierte en una fuente de malestar e interfiere significativamente en la vida diaria de quien la padece, afectando su bienestar emocional.

En ello, es interesante señalar que Thomas Borkovec (1994) ha desarrollado una conceptualización detallada y amplia sobre la preocupación, describiéndola como:

Una cadena de pensamientos e imágenes, cargadas de afecto negativo y relativamente incontrolables. El proceso de la preocupación constituye un intento de iniciar la resolución mental de problemas sobre una cuestión cuyo resultado es incierto pero contiene la posibilidad de uno o más resultados negativos (p. 650).

Este proceso, tal como lo describe Borkovec (1994) sugiere que la misma no es simplemente un estado pasajero de inquietud, sino un mecanismo mental complejo y persistente que se alimenta de pensamientos negativos cargados emocionalmente. Estos suelen girar en torno a posibles resultados desfavorables y mantienen la preocupación en un ciclo continuo e incontrolable. Es así como la misma se convierte en un hábito, en la cual intenta constantemente anticipar y prevenir peligros, pero en lugar de lograr una solución efectiva, se queda atrapada en un bucle de pensamientos automáticos.

Estas investigaciones fueron recopiladas por Beck y Clark (2013) quienes en el abordaje de los Trastornos de Ansiedad, afirman que la preocupación en exceso

10

magnifica los pensamientos automáticos e incrementa las señales de alerta, siendo este el rasgo cardinal del Trastorno de Ansiedad Generalizada. Estos autores indican que el contenido de la misma puede abarcar una amplia gama de aspectos, desde objetivos personales del sujeto, sus intereses vitales, o “incluso puede derivarse de una situación problemática de la que no se obtenga la sensación de seguridad, de ausencia de riesgo o de certeza” (Beck y Clark, 2013, p. 672). En el caso de la Hipocondriasis, esta se enfoca particularmente en el estado de salud, donde cualquier ambigüedad frente a situaciones relacionadas con el bienestar físico del individuo tiende a intensificar la sensación de amenaza. En este contexto, la intolerancia a la incertidumbre emerge como un factor clave en estos trastornos.

Dugas y Koernec (2006) sostienen que la causa de la preocupación excesiva se

constituye a partir de la intolerancia a la incertidumbre. Para estos autores, esta presenta un carácter negativo y tiende a ser evitada, ya que genera grandes dificultades para responder a situaciones que son ambiguas e inciertas. “Los preocupados crónicos adoptan una orientación negativa del problema que, emparejada con la intolerancia a la incertidumbre, debilita su capacidad para resolver problemas y mantiene el proceso de la preocupación (Dugas Y Koerner & , 2006, p. 687). Para Beck y Clark (2013) no es solo la intolerancia a la incertidumbre la responsable de la preocupación crónica del individuo, sino también, las llamadas las creencias metacognitivas (Wells,2000).

En ello es interesante señalar los trabajos de Adrian Wells (2000) quien introduce un factor fundamental en este enfoque, señalando que en el marco del Trastorno de Ansiedad Generalizada, no son solo las cadenas de pensamientos automáticos dirigido a las situaciones amenazantes las que mantienen los niveles de preocupación en exceso, sino también, las creencias metacognitivas que se van generando en torno a estas. Según el:

Son las metacogniciones las responsables del control sano o insano de la mente. Además, está basado en el principio de que no es solo qué pensamos, sino cómo pensamos, lo que determina nuestras emociones y el control que tenemos de ellas (Wells, 2000, p.27).

Por lo cual, estas creencias son capaces de producir dos tipos de preocupaciones: las del “Tipo 1”, que se basan en la idea de que preocuparse resulta útil para gestionar situaciones difíciles, lo que puede aumentar o disminuir la ansiedad dependiendo de si el problema se resuelve o no. Sin embargo, cuando estos no encuentran solución, entran en juego las "creencias metacognitivas negativas" generando "meta-preocupaciones" que son las “Tipo 2”. En este punto, los individuos no solo se inquietan por los eventos o síntomas en sí, sino que también desarrollan una preocupación adicional sobre la naturaleza misma de su propia inquietud. Esos procesos tienden a desempeñar un rol crítico ya que actúan como un factor de mantenimiento, instalando la idea de que los pensamientos son incontrolables y peligrosos, lo que acentúa aún más la misma (Wells, 2000).

A su vez, estos autores coinciden en un punto: la preocupación patológica que se observa en el TAG, implica directamente una tendencia a la catastrofización, entendiendo por ella “focalizarse en el peor resultado posible de la situación ansiosa” (Beck y Clark, 2013,p.293) o Barlow (2002) la define como “exagerar las cosas de forma desproporcionada” (p. 86). Este es uno de los errores cognitivos más comunes de los Trastornos de Ansiedad, del cual, Warwick y Salkovskis se apoyaron para describir los cuadros hipocondríacos.

11

Además del modelo “somato amplificador” propuesto por Barsky (1992) para comprender los fenómenos hipocondríacos, nos encontramos con la propuesta de Warwick y Salkovskis (1990) quienes argumentan que la Hipocondriasis tiene su origen en la interpretación catastrófica de los síntomas físicos. Sostienen que el desarrollo de estos trastornos se relaciona con experiencias previas vinculadas a enfermedades, ya sean del propio individuo o de familiares y personas allegadas. Estos acontecimientos generan supuestos disfuncionales, que pueden permanecer inactivos o ser movilizados por incidentes internos, como una sensación fisiológica, o externos, como la enfermedad de un conocido. En palabras de Salkovsky y Rimel (1997):

Así pues, estos supuestos concretos conducen a menudo a un sesgo confirmatorio en el pensamiento del paciente, una vez que el incidente crítico ha resultado en la

malinterpretación de los síntomas y signos corporales como indicadores de enfermedad grave. Las situaciones que constituyen incidentes críticos y activan supuestos previamente latentes incluyen: sensaciones corporales no familiares, oír detalles de la enfermedad de un amigo de edad similar, o recibir información nueva acerca de la enfermedad (p.362).

Por lo tanto, según este modelo (Warwick y Salkovskis, 1990), la Hipocondriasis se desarrolla a partir de interpretaciones catastróficas de sensaciones internas o externas, las cual se ven acompañadas por factores fisiológicos (aumento de sensaciones somáticas), cognitivos (atención focalizada en el cuerpo) y conductuales (búsqueda de reaseguro mediante visitas médicas) lo que conlleva indudablemente a una preocupación excesiva por su estado de su salud. Tal como indica Vicente Caballo (2008):

Los tres mecanismos descritos (activación fisiológica, focalización de la atención y conductas inadecuadas) hacen que el sujeto se preocupe por las sensaciones físicas percibidas como patológicas y que las valore como señal de que padece una enfermedad grave, lo cual, a su vez, aumenta la percepción de peligro. Se establece así una relación circular que perpetúa la hipocondría (p. 362).

En ese sentido, el exceso de preocupación no sería solamente la consecuencia de estos cuadros, sino el elemento central que desencadena y mantiene el bucle de la Hipocondriasis.

Aspecto conductual: búsqueda de reaseguro y conductas de evitación

Se entiende que frente a la percepción de una situación de peligro se activa un sistema de alarma que implica una serie de procesos conductuales. Para Beck y Clark (2013), muchas de estas conductas están asociadas con la clásica respuesta de lucha o huida. Sin embargo señalan que existen comportamientos alternativos que se activan en función de las características específicas del peligro percibido. Además de luchar o huir, los individuos pueden recurrir a estrategias adicionales, como “la de solicitar ayuda, adoptar una postura defensiva o negociar para minimizar el peligro” (Beck y Clark, 2013, p.70). Estas son utilizadas con el fin de regular el estado emocional concomitante.

En la Hipocondriasis, siguiendo el modelo de Warwick y Salkovskis (1990) se observa que los pacientes suelen experimentar dificultades para eludir aquellos estímulos que desencadenan su estado de ansiedad, lo que los impulsa a adoptar conductas dirigidas a reducir la amenaza percibida. Entre ellas se destacan: la búsqueda de

12

reaseguro mediante consultas médicas y la evitación de eventos sociales por el miedo de “contraer una enfermedad” subrayando la atención focalizada en sus sensaciones con el intento de obtener un “control” mediante el escaneo corporal. No obstante, este tipo de comportamientos sólo proporcionan un alivio temporal de los estados de ansiedad, ya que a largo plazo los pensamientos automáticos negativos se mantienen, dejando por fuera la posibilidad de desconfirmar que aquello de lo que se le teme no está ocurriendo. Para este modelo:

La conducta encaminada a evitar, comprobar o excluir totalmente las enfermedades físicas (ej. evitar el esfuerzo físico excesivo o el contacto con la enfermedad, leer textos médicos, realizar consultas médicas con frecuencia, comprobaciones corporales, manipulaciones e inspecciones) mantendrán la ansiedad mediante el incremento de los síntomas y la preocupación (Salkovskis y Rimes, 1997,p.115).

Tanto para Beck como para Clark (2013) todo este tipo de comportamientos han sido reconocidos en la mayoría de los Trastornos de Ansiedad, específicamente en el Trastorno de Ansiedad Generalizada y considerados estrategias maladaptativas de afrontamiento, ya que a largo plazo mantienen las interpretaciones catastróficas que impiden que la persona compruebe que sus creencias carecen de fundamento. Y aclaran que, “al igual que la preocupación, el uso excesivo de la búsqueda de seguridad es una estrategia de afrontamiento perjudicial que contribuye a la persistencia de la ansiedad” (p.175). Por lo tanto, aunque tales conductas parecen útiles para mitigar el miedo en estas situaciones, su uso recurrente contribuye a la cronicidad del trastorno. Al recurrir a estas estrategias, los sujetos refuerzan su ansiedad en lugar de reducirla, y nunca alcanzan a comprobar que el peligro percibido no es real.

Conclusiones

A modo de conclusión, se puede afirmar que la Hipocondría ha sido objeto de diversas interpretaciones y clasificaciones, desde su inclusión en las neurosis, tal como fue mencionada por Freud, hasta su categorización como un Trastorno Somatomorfo en los Manuales diagnósticos psiquiátricos. Sin embargo, con la introducción de los Modelos Cognitivo-Conductuales se ha logrado una nueva perspectiva para comprender estos cuadros clínicos.

El enfoque cognitivo-conductual, fundamentado desde los estudios de Aaron Beck y David Clark, junto a otros colaboradores, han propiciado una revisión significativa en el abordaje de la Hipocondría, para considerarla en términos de “Hipocondriasis”. Esta innovadora conceptualización supone pensarla bajo la modalidad de los Trastornos de Ansiedad, particularmente su respaldo teórico es frente al Trastorno de Ansiedad Generalizada.

Según este enfoque, la principal característica del Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) es la preocupación. En su forma adaptativa, la misma puede ser beneficiosa, ya que permite a los sujetos enfrentar problemas de manera efectiva, anticipar posibles desafíos y tomar decisiones. Esta preocupación es proporcional al problema y facilita la resolución de tareas, lo que contribuye al bienestar general y al funcionamiento diario. Sin embargo, en el contexto del TAG, esta se intensifica y se vuelve desmedida e incontrolable, por lo cual no se halla en equilibrio con la realidad del problema y se manifiesta de manera persistente y generalizada. En ese sentido, la

13

preocupación se extiende a diversos aspectos de la vida del individuo, que en el caso de la Hipocondriasis, se dirige de manera particular hacia su estado de salud, incluyendo sus sensaciones corporales, lo que conlleva un estado de hipervigilancia constante de las mismas. Como resultado, cualquier cambio fisiológico, incluso el más leve, es monitorizado y magnificado, lo que intensifica aún más el ciclo continuo de ansiedad.

Además de la activación fisiológica, en estos cuadros se van acentuando las valoraciones mismas acerca de la naturaleza de estas cogniciones; que tienden a acarrear un contenido negativo y catastrófico. Aquí las interpretaciones poseen un valor excepcional, tal como afirman las bases de la Terapia Cognitiva Conductual, son estas las que le dan sentido a las experiencias, además de determinar las conductas y emociones.

Vemos por ello, que a nivel emocional se experimenta una angustia significativa acompañada con este cuadro de preocupación, lo que lleva a los individuos a adoptar

conductas con el fin de reducir el malestar proveniente. Es por esto, que a nivel comportamental los pacientes optan por ir a consultas médicas repetidas veces, con la garantía de que esto calmará su malestar. Sin embargo, esto produce un alivio momentáneo del cuadro ansioso, porque a largo plazo la creencia de estar padeciendo una enfermedad sigue perpetuando.

Concluyendo este análisis teórico, se puede afirmar que la Hipocondriasis lejos está de ser considerada una enfermedad orgánica, siendo sus pilares fundamentalmente psíquicos. Los procesos cognitivos juegan un papel crucial en el mantenimiento de la misma, donde la preocupación excesiva sobre la salud y la presencia de pensamientos automáticos negativos en conjunto con los factores comportamentales son los elementos que caracterizan y sostienen este cuadro clínico.

Referencias bibliográficas

Álvarez A, Martínez Lemus H, Núñez Orozco (2005) *Manifestaciones pseudoneurológicas de los trastornos somatomorfos en Revista Mexicana de Neurociencia.*

Asociación Americana de Psiquiatría. (1994). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV)*. Barcelona: Masson.

Asociación Americana de Psiquiatría. (2013). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V)*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.

Barlow, D. H. (2002) *Anxiety and Its Disorders, Second Edition en Terapia Cognitiva Conductual para los Trastornos de Ansiedad.*

- Barsky, A. J. (1992). *Amplification, somatization, and the somatoform disorders. Psychosomatics en Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos.*
- Bradley, S.P (2000) *Affect regulation and the development of psychopathology en Terapia Cognitiva Conductual para los Trastornos de Ansiedad.*
- Beck A. (1983) *Terapia Cognitiva de la Depresión.* (19 ed) Desclée de Brouwer: Bilbao.
- Beck A. (2013) *Terapia Cognitiva para los Trastornos de Ansiedad.* Desclée de Brouwer: Bilbao.
- Borkovec, T. D. (1994). *The nature, functions, and origins of worry. en Terapia Cognitiva para los Trastornos de Ansiedad.*
- Caballo, V.E (2008) *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos. Vol 1: Trastornos por ansiedad sexuales, afectivos y psicóticos.* España: Siglo XXI.
- Clark, D. M. (1989). *Anxiety states. Panic and generalized anxiety. en Manual para el Tratamiento cognitivo- Conductual de los Trastornos Psicológicos.*
- Davey, G. C. L. (1994). *Pathological worrying as exacerbated problem-solving en Terapia Cognitiva para los Trastornos de Ansiedad.*
- Dugas M.G y Gagnon F. (1998) *Generalized anxiety disorder: A preliminary test of a conceptual model en Terapia Cognitiva para los Trastornos de Ansiedad.*
- Dugas M.G Y Koerner (2006) *A Cognitive Model of Generalized Anxiety Disorder: The Role of Intolerance of Uncertainty en Terapia Cognitiva para los Trastornos de Ansiedad.*
- Ellis, A, y Grieger R. (1990) *Manual de Terapia Racional-Emotiva.* Desclée de Brouwer S.A:Bilbao
- García, M. I. D., Fernández, M. Á. R., & Crespo, A. V. (2017) *Manual de técnicas y terapias cognitivas conductuales.* Desclée De Brouwer, S.A: Bilbao.
- Keegan, E. (2007) *Escritos de Psicoterapia Cognitiva.* Eudeba: Buenos Aires. 15
- Martinez R. F. y Rodríguez C.F (2001)*Tratamientos psicológicos eficaces para la hipocondría en Revista Psicothema Vol. 13, nº 3, pp. 407-418*
- Organización Mundial de la Salud. (2008). *Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud - 10 (CIE-10).*
- Freud,S (1979) *Introducción del Narcisismo* (1ed) Obras completas de Sigmund Freud. Tomo XVI. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1979). *Lecciones Introductorias del Psicoanálisis.* Obras completas de Sigmund Freud. Tomo XVI. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu Editores.

- Haton, Salkovskis, Kirk y Clark (1989) *Tratamiento Cognitivo Conductual de la Hipocondriasis*. Traducción de Elia Roca Villanueva en Colegio Oficial de Psicólogos, Comunidad Valenciana. España: Valencia.
- Lacunza Juangarcía, C.I., Díaz Leiva, F.J. y Ardanaz Elcid, A.M (2016) *Tratamiento cognitivo conductual en un caso de trastorno hipocondriaco severo* en *Revistas de Casos Clínicos de Salud Mental*.
- Rodriguez Biglieri R. y Vetere G. (2011) *Manual de Terapia Cognitiva Conductual de los trastornos de ansiedad (Cap. 1)* (1ed). Polemos: Bs As.
- Salkovskis, P. M., & Clark, D. M. (1993). Panic disorder and hypochondriasis. Advances in Behaviour Research and Therapy en *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos*.
- Salkovskis, P. M & Katharine A Rimes (1997) *El enfoque cognitivo-comportamental para la ansiedad por la salud (Hipocondría)* en *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*.
- Tyrer, P. (1982). Major common symptoms in psychiatry: Anxiety. *Journal of Hospital Medicine*, 27, 109-113 Recuperado el día 8 de Junio de 2024 en https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-6148200300010000
- Varela Casal, P (2008) *Hipocondría: Nosología y modelos explicativos. Revisión histórica y de las controversias actuales*. Recuperado el 2 de mayo de 2024 en Bibliopsiquis: <https://psiquiatria.com/bibliopsiquis>.
- Warwick, H. M. C, y Salkovskis, P. M. (1990). *Hypochondriasis. Behaviour Research and Therapy* en *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos*.
- Wells, A. (2000) *Terapia Metacognitiva para la ansiedad y depresión* (2ed). Desclée De Brouwer, S.A: Bilbao.