

MARÍA DOLORES AVIA

La hipocondría

Concepto y tratamiento
del miedo a la enfermedad
Una propuesta
cognitivo-conductual

ALIANZA EDITORIAL

Reservados todos los derechos. El contenido de esta obra está protegido por la Ley, que establece penas de prisión y/o multas, además de las correspondientes indemnizaciones por daños y perjuicios, para quienes reprodujeren, plagiaren, distribuyeren o comunicaren públicamente, en todo o en parte, una obra literaria, artística o científica, o su transformación, interpretación o ejecución artística fijada en cualquier tipo de soporte o comunicada a través de cualquier medio, sin la preceptiva autorización.

© María Dolores Avia Aranda, 2017

© Alianza Editorial, S. A., 2017

Calle Juan Ignacio Luca de Tena, 15; 28027 Madrid

www.alianzaeditorial.es

ISBN: 978-84-9104-758-2

Depósito Legal: M. 9.305-2017

Printed in Spain

SI QUIERE RECIBIR INFORMACIÓN PERIÓDICA SOBRE LAS NOVEDADES DE ALIANZA EDITORIAL, ENVÍE UN CORREO ELECTRÓNICO A LA DIRECCIÓN:

alianzaeditorial@anaya.es

He ahora el dolor
de los otros, de muchos.
Dolor de muchos otros, dolor de tantos hombres,
océano de hombres.

Jaime Gil de Biedma
Lágrima

ÍNDICE

AGRADECIMIENTOS	13
INTRODUCCIÓN	15
1. EL CONCEPTO DE HIPOCONDRIA	23
1. La hipocondría como síndrome psiquiátrico: criterios diagnósticos	26
2. La independencia de la hipocondría de otros problemas clínicos ..	32
3. Medida y componentes de la hipocondría: estudios empíricos	34
4. Prevalencia y aspectos sociodemográficos	39
2. EXPLICACIONES TEÓRICAS DEL COMPORTAMIENTO HIPOCONDRIACO	49
1. La hipocondría como expresión somática de conflictos psíquicos ..	49
1.1 Como transformación de impulsos hostiles y necesidades de dependencia	52
1.2 Como defensa ante baja autoestima o culpa	53
1.3 Como fruto de una estructuración del yo pobre e inadecuada	54
1.4 Como consecuencia de experiencias de abandono en la infancia	56

2.	Hipocondría: ¿alteración perceptivo-atencional?	57
2.1	La «carencia de palabras para el afecto»: la hipótesis de la alexitimia	57
2.2	El «estilo amplificador» de sensaciones corporales	59
2.2.1	¿Mayor sensibilidad a la estimulación interna?	59
2.3	Percepción selectiva como efecto de emociones y pensamientos	62
2.4	Ideas disfuncionales y atribuciones	63
3.	La hipocondría como conducta social aprendida	70
3.1	El rol de enfermo y sus ventajas	71
3.2	Juegos de la vida y excusas	73
4.	El peso de los factores biológicos	79
5.	Resumen y conclusiones	81
3.	PROCESOS Y MECANISMOS	87
1.	Las relaciones entre el tono de ánimo y la percepción de salud ...	87
2.	Temperamento, personalidad e hipocondría	92
3.	Algunas preguntas	97
4.	ESTUDIO CONDUCTUAL DE LA HIPOCONDRIA	101
1.	La aproximación conductual: propuestas y datos	101
2.	La aproximación cognitivo-conductual	110
3.	Indicaciones para el análisis funcional	113
3.1	Factores antecedentes: génesis de la hipocondría y aspectos precipitantes	114
3.1.1	Antecedentes remotos	114
3.1.2	Antecedentes próximos	115
3.2	El problema hipocondríaco: análisis en los tres sistemas de respuesta	116
3.3	Las contingencias que mantienen la hipocondría	119
3.4	Variables organísmicas: estilos de personalidad y déficits conductuales	120
4.	Resumen: el enfoque dimensional del comportamiento hipocondríaco	121
5.	PERSONAS HIPOCONDRIACAS	125
1.	La familia de Charles Darwin	125
2.	La vida asmática de Marcel Proust	128
3.	La angustia de don Manuel de Falla	133
4.	Juan Ramón Jiménez y su cortejo	137

6. EL TRATAMIENTO DEL PACIENTE HIPOCONDRIACO	141
1. El estado de la cuestión hasta los años 80	141
1.1 Estudios no controlados sobre el tratamiento de la hipocondría	142
1.2 El tratamiento de la fobia a la enfermedad	146
1.3 Tres programas sistemáticos	148
House (1989)	148
Warwick y Salkovskis (1989, 1990); Warwick (1989)	149
Barsky y cols. (1988)	150
2. Estudios controlados sobre el tratamiento de la hipocondría	152
3. La incorporación de técnicas de <i>mindfulness</i> al tratamiento cognitivo conductual	161
4. Resumen y conclusiones	166
5. Una propuesta clínica	167
5.1 Elementos fundamentales del tratamiento	168
5.1.1 Información precisa sobre el problema y el tratamiento a seguir por el paciente y sus familiares ...	170
5.1.2 Tareas y prohibiciones	172
5.1.3 Fases del tratamiento y técnicas	173
Exposición <i>in vivo</i> a las diversas sensaciones corporales	173
Entrenamiento en técnicas de manejo de la ansiedad ...	174
Explicación de otros factores, además de la enfermedad, que pueden producir síntomas	175
Inundación imaginada e <i>in vivo</i> ante la posibilidad de grave enfermedad o muerte	175
Aserción, autoestima y reconocimiento de necesidades y deseos	177
Abordaje de áreas conflictivas de la vida del paciente..	178
5.2 Principales dificultades prácticas	179
5.3 La actitud del terapeuta con los pacientes hipocondríacos ..	181
5.4 Criterios para el alta y prevención de recaídas	182
 ANEXO. ESCALAS DE HIPOCONDRIÁ	 185
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	199
ÍNDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS	227
ÍNDICE TEMÁTICO	229

AGRADECIMIENTOS

Este libro es una puesta al día del que con el mismo título publiqué en 1993 en la desaparecida editorial Martínez Roca. Varios colegas, terapeutas y profesores, cuando aquella edición se agotó, me animaron a escribir una nueva obra con información reciente; de ellos, fue la insistencia de Charo Rubio la que determinó que yo aceptara la empresa. A ella le agradezco su interés y a la editorial Alianza su buena acogida del proyecto. M.^a José Carrasco ha hecho una contribución especial al libro, al haber puesto con generosidad a mi disposición su rico y abundante material de investigación y tratamiento de la hipocondría. Su hermana Inés, que actuó como enlace, tiene buena parte en ello. Marisa Sánchez ha leído casi todo el manuscrito y ha añadido sugerencias de interés. Ramón Farrán me ha ayudado en la tarea de repasar la bibliografía, y mi hermano Nel ha sido un gran apoyo en la edición y en la elaboración de gráficos. Mi agradecimiento a todos ellos.

Madrid, octubre de 2016

INTRODUCCIÓN

Siempre he tenido la sensación de que la oscuridad en el tema de la hipocondría era una desafortunada laguna de nuestra teoría.

S. Freud (*Carta a S. Ferenczi*)

La preocupación excesiva por la salud es un fenómeno frecuente, tanto en individuos sanos como enfermos y tanto en personas diagnosticadas con algún trastorno psicológico o psiquiátrico como en las que carecen de tales alteraciones. La salud, es bien sabido, es una de las fuentes más importantes de seguridad en la vida. Sin embargo, el estudio de la hipocondría es sorprendentemente escaso y continúa siendo un trastorno poco explorado, de forma que el malestar de Freud lo comparte todavía cualquiera que se dedique a este problema. Algunas de las razones de este descuido pueden ser las que siguen.

En primer lugar, dadas las relaciones entre hipocondría y trastornos de ansiedad, por un lado, y trastornos afectivos, por otro, muchos autores la han considerado una condición secundaria a la ansiedad y la depresión y no un problema en sí mismo. La aparición de problemas hipocondríacos estaría indicando la existencia de estrés en general y, por tanto, es al manejo y al control del estrés al que se dedica atención. La hipocondría, una mera consecuencia, se supone que desaparecerá, sin más, al eliminarse sus determinantes. Por desgracia, esto no

tiene en cuenta que a veces es el motivo principal que preocupa al paciente, ni tampoco el hecho de que, una vez que aparece un problema tiende a producir unas consecuencias y a mantenerse con independencia de lo que lo originó.

Una segunda razón del desinterés de los profesionales ha sido el hecho de que, por las características del caso, estos pacientes no suelen solicitar ayuda psicológica, sino que son clientes habituales de médicos, internistas y especialistas diversos, lo que dificulta el conocimiento de la prevalencia, curso y evolución del trastorno. Además, conduce a sospecha que los hipocondríacos que se ven en las consultas de salud mental no sean representativos de la población hipocondríaca, sino que constituyan un subgrupo más leve, por su menor convicción de la enfermedad. Finalmente, la proverbial difícil relación de los hipocondríacos con médicos y psicólogos, y la supuesta mala respuesta al tratamiento, son dos factores más que pueden explicar el desánimo de los autores ante ellos.

Hay, sin embargo, motivos suficientes para tomarlos en consideración. Desde que en 1907 Cabot, tras analizar a 5.000 pacientes del Hospital General de Massachusetts, afirmara que el 47% de ellos no tenía enfermedad alguna, sino «trastornos funcionales», muchos autores han coincidido en que hay otras razones, además de enfermedades reales, que pueden impulsar a las personas a acudir a un médico. Los enfermos imaginarios, que han recibido nombres despectivos (pacientes profesionales, sanos preocupados, carcamales, en inglés *Worried Well*, *Crocks*, *Doctor's Shoppers*), constituyen un porcentaje indeseado en las consultas médicas, a menudo difícil de calcular. Shepherd y cols. (1960) diagnosticaron como enfermos psiquiátricos al 38% de los pacientes de una consulta de medicina general, y recibió el mismo diagnóstico la cuarta parte de los que acuden a neurología (Kirk y Saunders, 1979), la quinta parte de los que van a gastroenterología (MacDonald y Bouchier, 1980) y la mitad de los que se dirigen a clínicas quirúrgicas con dolores faciales atípicos (Feinmann y cols., 1984). La etiqueta «enfermos psiquiátricos» es peyorativa y confusa, y no está claro que los profesionales de la medicina detecten correctamente estos trastornos; con todo, se ha estimado que en aproximadamente un tercio de la

totalidad de quienes solicitan atención médica no se encuentra patología orgánica detectable, cifra que puede llegar al 80 % en casos de dolor precordial y trastornos circulatorios (Kellner, 1986). Tyrer, Cooper *et al.* (2014) aplicaron el «Inventario de ansiedad por la salud» (HAI, véase anexo) a un alto porcentaje de los pacientes que acudían a clínicas médicas, y encontraron que este era un problema importante sobre todo en neurología, que afectaba casi al 25 % y, también en menor medida, en medicina respiratoria (21 %), gastroenterología y cardiología (19 %), y endocrinología (17 %). Se sabe que las cifras de prevalencia de la ansiedad por la salud son más altas si las encuestas se llevan a cabo en ambientes médicos que si se realizan en la población general (Creed y Barsky, 2004; Fink, Hansen y Oxhøj, 2004).

Otros autores (Katon, 1984; Katon, Ries y Kleinman, 1984; Salovey y Birnbaum, 1989) han afirmado que buena parte de las personas que consultan al médico por dolores diversos puede estar deprimida sin saberlo. Según Katon (1984), la depresión mayor, con su cortejo de molestias físicas, es el diagnóstico más frecuente en atención primaria, seguida de la hipertensión. Como media, entre el 12 y el 25 % de los pacientes ambulatorios de medicina general y hasta el 20-35 % de los ingresados, según diversos estudios, pueden estar afectados de depresión. Se ha visto también que más del 65 % de los pacientes aquejados de dolor precordial, a los que no se encontró trastorno orgánico alguno, seguían presentando dolor recurrente e incapacidad seis años después del diagnóstico (Eifert, 1992).

Por otro lado, la creciente utilización de servicios de salud mental se corresponde con un uso menor de servicios médicos, oscilando la reducción entre un 13 % (Mumford, Schlesinger y Glass, 1981) y un 20 % (Jones y Vischi, 1980). Hiller, Fichter y Rief (2003) encontraron que los pacientes que reciben tratamiento de terapia cognitivo-conductual reducen de manera considerable los costes médicos (un 25 % los pacientes externos y hasta un 37 % los ingresados), y que disminuye también, en un 26 %, los días que están de baja laboral. La aún frecuente asociación de la noción de «trastorno mental» con un cierto estigma social puede ser, en parte, responsable del desplazamiento de lo psicológico a lo físico, aunque la «falta de educación

psicológica» —la hipocondría tiende a ser más frecuente en las clases menos educadas— y la exculpación de la responsabilidad personal en los casos de problemas orgánicos son explicaciones complementarias al hecho de que muchos pacientes busquen ayuda en contextos médicos, donde no la suelen encontrar.

Hace muchos años, H. Ey (1966) se preguntaba: «La creencia duradera en una enfermedad imaginaria, ¿puede, en sí misma, ser una enfermedad?». Su respuesta fue afirmativa: la hipocondría es una forma patológica de existencia humana. Estar constantemente angustiado por la salud es un problema, y puede ser muy grave; por eso debe ser considerado en sí mismo, aunque haya signos de estrés o depresión asociados a él. Qué tipo de enfermedad es esa, por qué se produce, qué facilita su aparición, qué la mejora y qué sabemos para tratarla son preguntas que han guiado el trabajo en estos años. Cómo tratar al paciente de un modo terapéutico, cómo trabajar con él a pesar de sus reticencias, qué técnicas pueden ser más útiles para el especialista y cómo, en definitiva, eliminar esa preocupación, son algunos de los temas que abordará este libro. A lo largo de él subyace la idea de que hay un camino continuo, no interrumpido, desde el cuidado por el cuerpo y la preocupación razonable con que marche bien hasta la preocupación fóbica, que puede alcanzar la convicción delirante de padecer una enfermedad novedosa que a veces se teme que no haya sido descubierta, hasta pasar por la conciencia aumentada del cuerpo que se produce en condiciones de enfermedad y otras circunstancias. Diversos agentes, externos e internos, pueden acelerar ese camino; en todo caso será necesario postular un «algo más» por parte del sujeto para que la condición de máximo malestar se dé —características de personalidad, estilos cognitivos, pautas sobreaprendidas, quizá desde la infancia: no hay que olvidar que la presencia de enfermedades graves no implica necesariamente hipocondría, ni las condiciones ambientales difíciles, por las que todos pasamos en algún momento, convierten a las personas en hipocondríacas—. Es razonable tener cierta aprensión cuando uno detecta un estado anómalo del cuerpo, pero también se puede vivir bien, feliz y con ánimo optimista aun con enfermedades serias. Tampoco es imprescindible tener una salud perfecta

para recibir el diagnóstico de hipocondría: lo que caracteriza a esta es precisamente la disparidad entre la preocupación por la salud y el estado real de la misma, siendo la primera mucho peor que la segunda. Indudablemente, esto supone aceptar que hay normas implícitas de qué es lo razonable en estos asuntos y cómo deben ser nuestras preocupaciones dados ciertos grados de salud; y reconocer, también, que hay conductas aceptables e inaceptables para el sano y el enfermo. Además de condiciones físicas, las enfermedades implican roles definidos por una sociedad y es dentro de esos marcos sociales donde se inscribe esta obra.

Entre la preocupación normal por el cuerpo y la hipocondría grave hay un camino continuo, lo mismo que entre la aversión normal a la muerte y la tanatofobia de muchos hipocondríacos. La indiferencia total por el cuerpo no es en absoluto adecuada, como tampoco lo sería el entusiasmo con la propia muerte; y entre el extremo normal de preocupación razonable / desagrado relativo y el de preocupación desproporcionada / absoluto terror, hay un amplio margen para las diferencias individuales. Solo cuando la preocupación o el temor alcancen niveles que pongan en cuestión el funcionamiento general del paciente o de su entorno, o cuando él lleve a cabo conductas en sí mismas desadaptativas o que interfieran con otras más adecuadas y gratificantes para sí mismo o para otros, la hipocondría se convertirá en problema. Las formulaciones cognitivo-conductuales a menudo utilizan el término «irracional» o «erróneo» para referirse a las creencias de los pacientes. Prefiero omitir esos términos, ya que en mi opinión nada hay menos irracional y más verdadero que la preocupación por uno mismo y su salud.

De las distintas explicaciones que se han dado de la hipocondría, merece especial atención la que la considera resultado de un proceso de amplificación de sensaciones corporales que puede surgir por diversos motivos, entre los que el tono de ánimo parece adquirir un papel preponderante. La psicología experimental ha revelado una tendencia en las personas «normales» a deformar aspectos de la realidad que no les son favorables o que atentan contra una idea positiva de ellos mismos. Entre este «optimismo de los normales» se encuentra

considerar poco probable que les puedan ocurrir enfermedades graves (Weinstein, 1982; Salovey y Birnbaum, 1989), la ausencia de la cual puede predisponer a la hipocondría. En un estudio realizado en nuestro país, Reig y colaboradores (1986) encontraron que de once posibles problemas de salud, los estudiantes de Medicina solo consideraron que tenían la misma probabilidad que sus compañeros de padecerlos (caries dental y accidentes de automóvil); los restantes mostraron un sesgo optimista, y estimaban que tenían menos probabilidad que la media de sufrir intentos de suicidio, problemas con la bebida, cáncer, diabetes, ataques cardíacos o hipertensión (véanse los datos en la tabla 12, pp. 90-91)¹.

El interés por los procesos básicos implicados en el trastorno debe coexistir con otro, primordial: el de reconducir al paciente hipocondríaco a que logre disfrutar más de la vida. Con su pesimismo característico, Freud señalaba que el objetivo de la psicoterapia era convertir la desgracia neurótica en infelicidad vulgar; así, en cierto modo, se podría considerar la meta del tratamiento: conseguir que la existencia del hipocondríaco no dé tan cumplida cuenta de su visión del «ser para la muerte» heideggeriano. Sin embargo, mi postura es que la meta del clínico es lograr más que eso. No se trata solo de enseñarle a aceptar lo inevitable; tiene que aprender a atender y disfrutar de las cosas placenteras y enriquecedoras de su vida, con frecuencia escondidas bajo tantos problemas. En ocasiones, lograr este objetivo es más difícil y costoso que el de reducir su padecimiento. Espero que aproximarse a ello sea más fácil tras la lectura de este libro.

Hay buenas razones para escribir un nuevo texto acerca de la hipocondría. Desde mi monografía de 1993 han visto la luz numerosas publicaciones centradas en el trastorno hipocondríaco que han cambiado el pobre panorama de entonces. El lector interesado puede encontrar información en los textos editados por Asmundson, Taylor y Cox (2001), *Health anxiety. Clinical and research perspectives on hypochondriasis and related conditions*; Starčević y Lipitt (2001), *Hypochon-*

¹ Solo la úlcera de estómago mostró un sesgo pesimista: los estudiantes consideraron que la probabilidad que tenían de padecerla era mayor que la media de sus compañeros.

driasis. Modern perspectives on an ancient malady, y Starčević y Noyes (2014), *Hypochondriasis and health anxiety. A guide for clinicians*. Taylor y Asmundson (2004), *Treating Health anxiety: a cognitive behavioral approach*, y Furer, Walker y Stein (2007), *Health anxiety and fear of death, a practitioner's guide*, siguen una orientación similar a la de este libro.

Sin duda, lo más significativo de los cambios acaecidos se refiere al tratamiento. A principios de los años 90 no había tratamiento alguno que hubiera sido puesto a prueba por la investigación, aunque aparecieran interesantes sugerencias. Hoy, bastantes estudios controlados ponen de manifiesto la eficacia de diversas propuestas cognitivo-conductuales para tratar la hipocondría, cuyo efecto es considerable y se mantiene una vez terminada la terapia. También en estos años se han producido cambios serios con respecto al diagnóstico. Según las últimas propuestas de la APA (DSM-V), la hipocondría ha desaparecido como síndrome diagnóstico y se ha desdoblado en dos, supuestamente más precisos y útiles. Autores que llevan años trabajando en este campo han cuestionado seriamente las alternativas propuestas, como se verá, y han expresado enfáticamente las razones por las que el diagnóstico de hipocondría debe mantenerse. Como ellos, considero que entre otros muchos argumentos, los términos «hipocondría» y «ansiedad por la salud» son reconocibles por los clínicos, mientras que los nuevos tardarán tiempo en sernos familiares, si es que no cambian antes.

CAPÍTULO 1

EL CONCEPTO DE HIPOCONDRIA

El término «hipocondría» alude a una parte del cuerpo —la zona debajo de las costillas y del cartílago xifoideo— en la que, según Galeno, se encontraba la bilis negra, considerada en la teoría de los humores como la causante de la melancolía. El concepto actual del término, que genéricamente podemos hacer sinónimo de una preocupación excesiva por la propia salud, sigue reconociendo dos de las características de aquella definición: la «preferencia» por síntomas abdominales o gastrointestinales en los pacientes hipocondríacos y la frecuente asociación de esta condición con depresión, o por lo menos con un tono de ánimo bajo. No voy a hacer aquí una consideración detenida del tratamiento que ha recibido la hipocondría a lo largo de la historia, tarea en parte realizada por otros (Baur, 1988; Fabrega, 1990; Kenyon, 1965; Berrios, 2001), aunque no puedo evitar hacer mención de una novela de Cervantes, *El licenciado Vidriera*, que trata de un estudiante de Salamanca cuya historia ilustra, con varios siglos de antelación, la condición que en el siglo XIX se llamó «hipocondría delirante» (Berrios, 2001). Tras haber sido inducido a tomar un bebedizo de amor, el que acabó lla-

mándose «licenciado Vidriera» desarrolló la ilusión de estar hecho de vidrio, por lo que el resto de su vida pasó grandes fatigas tratando de no romperse.

Por tradición, la hipocondría ha estado estrechamente asociada a la histeria², considerándose incluso como la «histeria masculina» (Kenyon, 1976). En las dos se da una alteración en el funcionamiento normal del cuerpo, a veces muy perturbadora para el paciente, que la considera debida a un problema orgánico, y en ninguna encuentran los médicos datos de organicidad; por el contrario, a menudo reciben la impresión de que hay algo «debajo» de esos síntomas (Miller, 1984). Sin embargo, en muchos aspectos, el mecanismo de ambas parece exactamente el opuesto: los histéricos se disocian de sus síntomas (la *belle indifférence*), mientras que los hipocondríacos se quedan atrapados en ellos; a los histéricos no les preocupan, y a los hipocondríacos les preocupan demasiado; los histéricos son muy sugestionables, los hipocondríacos se resisten a la sugestión (Ludwig, 1972).

En el caso de la hipocondría, dos aspectos en particular parecen aceptados para su diagnóstico: por un lado, la presencia de síntomas físicos diversos; por otro, el miedo y la preocupación acerca de su significado y sus posibles consecuencias.

El paciente hipocondríaco típico se presenta aquejado de síntomas físicos desproporcionados y variables, y se muestra más preocupado por su posible significación y etiología que por el dolor que le causan. Indica, en todos los casos, un gran temor a la enfermedad y una preocupación grande por el cuerpo y sus funciones vitales y fisiológicas, y en algunos casos una auténtica convicción de estar ya enfermo y cerca de la muerte; la fobia a la muerte es un componente importante en algunos de ellos. En los más graves, presenta temores relacionados con una posible confusión en los resultados de los análisis clínicos, errores de diagnóstico, incompetencia médica u ocultación, por el especialista o la familia, de datos relevantes; y a veces,

² Ni el término «histeria» ni el de «hipocondría» figuran ya en los manuales diagnósticos, pero no nos va a ser fácil separarnos de ellos. Como escribió Marks acerca de otro síndrome, sobrevivirán a los que han certificado su defunción.

después de un examen negativo, empieza una preocupación alternativa con una enfermedad nueva, posterior e incluso con alguna muy grave que aún no ha podido ser identificada. Este temor desproporcionado fue identificado por Mendel en 1899 como «nosofobia», pero además del componente propiamente fóbico, hay otras conductas que parecen ser consecuencia del impacto que esos temores tienen en el medio; así, hay quien ha observado también una cierta «nosofilia» en muchos hipocondríacos (Delahousse, Hitter-Spinelli y Pedinielli, 1982) que están continuamente centrados en sus males, sumidos en su sufrimiento y oponiéndose a cualquier solución o salida que se les ofrezca. En algunos casos de hipocondría, el paciente muestra una certeza tal de que algo grave le ocurre que roza el delirio, aunque, en general, la hipocondría no es un trastorno delirante.

Quienes trabajamos en hipocondría nos hemos acostumbrado a manejar una serie de términos que aparecen en la literatura y que de manera genérica se refieren al mismo problema, aunque con notables diferencias respecto de dónde ponen la atención y la gravedad que implican: «Ansiedad por la salud», equivalente a hipocondría, se perfila como el sustituto de esta, el más aceptado; «Fobia a la enfermedad» se refiere a un problema específico, de menor gravedad; «Hipocondría reducida» alude a una forma de hipocondría que no reúne todos los criterios para el diagnóstico, una parte de la cual, la que no reúne el criterio de duración, ha sido llamada «Hipocondría transitoria». La «Conducta anormal ante la enfermedad» se refiere a los comportamientos típicos de estos enfermos; los «Síntomas físicos sin explicación» o «Trastornos funcionales» a los aspectos somáticos, frecuentes en la hipocondría. Los nuevos términos introducidos en el DSM-V, «Trastorno por síntomas somáticos» y «Trastorno por ansiedad a la enfermedad» han acabado de complicar el panorama.

Examinaré a continuación la definición consensuada de la hipocondría como síndrome, para pasar a analizar después su independencia de otros cuadros clínicos y lo que parecen ser sus principales componentes.