© International Journal of Clinical and Health Psychology

ISSN 1697-2600
2004, Vol. 4, Nº 2, pp. 299-311

Efectos de un tratamiento cognitivo-conductual para la hipocondría en los sesgos atencionales

M. Pilar Martínez[1] *(Universidad de Granada, España)* y
Amparo Belloch *(Universidad de Valencia, España)*

(Recibido 8 enero 2004/ Received January 8, 2004)
(Aceptado 17 marzo 2004 / Accepted March 17, 2004)

RESUMEN. El objetivo de este estudio consistió en explorar la influencia de un tratamiento cognitivo-conductual para la hipocondría en los sesgos atencionales hacia la información relacionada con el peligro físico utilizando metodología cuasi-experimental. Con este fin, en la investigación se incluyeron 12 pacientes con hipocondría (criterios del DSM-III-R) y 17 sujetos normales. Como medida de la atención hacia los estímulos amenazantes se utilizó la tarea de Stroop emocional (palabras neutras, palabras de amenaza social y palabras de amenaza física). El tratamiento aplicado a los pacientes hipocondríacos fue una adaptación del programa desarrollado por Salkovskis y Warwick. El tratamiento se centró en la modificación de las conductas problemáticas, las interpretaciones catastróficas de las sensaciones corporales y las creencias disfuncionales sobre la salud y la enfermedad. Los resultados mostraron que la terapia redujo y normalizó significativamente el sesgo atencional hacia las palabras de amenaza física (*vs*. palabras neutras). No se observaron cambios tras la intervención en el sesgo atencional hacia las palabras de amenaza social (*vs*. palabras neutras). Se discuten las implicaciones clínicas de los datos y se sugieren futuras líneas de investigación.

PALABRAS CLAVE. Hipocondría. Tratamiento cognitivo-conductual. Sesgo atencional. Amenaza física. Tarea de Stroop. Metodología cuasi-experimental.

---

[1] Correspondencia: Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos. Facultad de Psicología. Campus Universitario de Cartuja. 18071 Granada (España). E-Mail: mnarvaez@platon.ugr.es

ABSTRACT. The objective of this study was to explore the influence of a cognitive-behavioural treatment for hypochondriasis on attentional bias for information related to physical danger using quasi-experimental methodology. The study consisted of 12 patients with hypochondriasis (DSM-III-R criteria) and 17 normal subjects. As a measure of attention for threatening stimuli the emotional Stroop task (neutral words, social threat words, and physical threat words) was used. The treatment applied to hypochondriacal patients was an adaptation of the Salkovskis and Warwick programme. The therapeutic objectives were to change problematic behaviours, catastrophic interpretations of bodily sensations, and dysfunctional assumptions about health and illness. The results showed that the therapy reduced and significantly normalised the attentional bias to physical threat words (*vs*. neutral words). No changes were observed after intervention in the attentional bias to social threat words (*vs*. neutral words). Clinical implications of the data are discussed and future directions for research are suggested.

KEYWORDS. Hypochondriasis. Cognitive-behavioural treatment. Attentional bias. Physical threat. Stroop task. Quasi-experimental methodology.

RESUMO. O objectivo deste estudo consistiu em explorar a influência de um tratamento cognitivo-comportamental para a hipocondria nos viés atencionais em relação à informação relacionada com o perigo físico utilizando uma metodologia quase-experimental. Com este fim, incluíram-se, na investigação, 12 pacientes com hipocondria (critérios da DSM-III-R) e 17 sujeitos normais. Como medida da atenção aos estímulos armazenados utilizou-se uma tarefa de Stroop emocional (palavras neutras, palavras de ameaça social e palavras de ameaça física). O tratamento aplicado aos pacientes hipocondríacos foi uma adaptação do programa desenvolvido por Salkovskis e Warwick. O tratamento centrou-se na modificação dos comportamentos problemáticos, as interpretações catastróficas das sensações corporais e as crenças disfuncionais sobre a saúde e a doença. Os resultados mostraram que a terapia reduziu e normalizou significativamente o viés atencional em relação às palavras de ameaça física (*vs*. palavras neutras). Não se observaram mudanças após a intervenção no viés atencional às palavras de ameaça (*vs*. palavras neutras). Discutem-se as implicações clínicas dos dados e sugerem-se futuras linhas de investigação.

PALAVRAS CHAVE. Hipocondria. Tratamento cognitivo-comportamental. Viés atencional. Ameaça física. Tarefas de Stroop. Metodologia quase-experimental.

Introducción

Desde una perspectiva cognitiva se ha sugerido que los pacientes con trastornos de ansiedad presentan alteraciones en el funcionamiento atencional que se manifiestan a través de procesos como la atención selectiva. Teniendo en cuenta esta sugerencia varios estudios han confirmado que los individuos ansiosos muestran una tendencia a centrar sus recursos atencionales en la información amenazante que es congruente con sus principales miedos y preocupaciones (para una revisión consultar Williams, Watts, MacLeod y Mathews, 1988, 1997). La tarea de Stroop emocional de nombrar el color es uno de los paradigmas experimentales utilizados con mayor frecuencia para explorar

este proceso cognitivo. En el formato clásico (por ejemplo, Mathews y MacLeod, 1985) la tarea consiste en presentar al sujeto palabras con contenido emocional escritas en tinta de diferente color y pedirle que nombre, con la mayor rapidez y precisión posible, el color con que las palabras están impresas, ignorando su significado. El efecto que habitualmente se observa es la demora en nombrar el color de las palabras que tienen un contenido semántico asociado a las preocupaciones del sujeto (en comparación con las palabras de distinto contenido semántico). Este efecto se denomina interferencia Stroop y se produce cuando las representaciones cognitivas correspondientes a la tarea requerida (nombrar el color de la palabra) y al significado de la palabra son activadas simultáneamente (Mathews y MacLeod, 1985).

Los datos recopilados utilizando diferentes versiones de la prueba de Stroop han demostrado que el sesgo atencional está presente en diversos trastornos de ansiedad (por ejemplo, Foa, Ilai, McCarthy, Shoyer y Murdock, 1993; McNally, Riemann y Kim, 1990; Thrasher, Dalgleish y Yule, 1994). Sin embargo, también existe evidencia de que el tratamiento eficaz reduce el sesgo cognitivo identificado con esta prueba. Algunos estudios han informado sobre el cambio de la atención hacia las señales amenazantes específicas de ansiedad como resultado del tratamiento psicológico en la fobia específica (Van den Hout, Tenney, Huygens y De Jong, 1997), la fobia social (Mattia, Heimberg y Hope, 1993) y el trastorno de ansiedad generalizada (Mathews, Mogg, Kentish y Eysenk, 1995). Los modelos teóricos de la hipocondría (Barsky, 1992) han planteado que los procesos cognitivos tales como la hipervigilancia corporal y la focalización de la atención en las sensaciones físicas están implicados en el desarrollo del trastorno. Algunos estudios han comprobado que los sujetos hipocondríacos muestran una tendencia a dirigir su atención hacia la información relacionada con la salud (Pauli, Schwenzer, Brody, Rau y Birbaumer, 1993). Sin embargo, en la literatura científica existen pocos estudios que hayan utilizado la tarea de Stroop para analizar los sesgos atencionales en esta condición clínica. Los autores del presente trabajo realizaron un estudio (Martínez y Belloch, 1998) en el que se aplicó la tarea de Stroop a pacientes con hipocondría, pacientes con trastorno de pánico y sujetos normales. Este informe demostró que ambos grupos clínicos nombraban el color de las palabras de amenaza física más lentamente que el de las palabras neutras y de amenaza social. En esta misma línea, el estudio de Lecci y Cohen (2002) reveló que en muestras no clínicas las tendencias hipocondríacas (definidas como sensibilidad a las sensaciones corporales) estaban asociadas a tiempos de reacción más lentos para palabras relacionadas con la enfermedad en la prueba de Stroop cuando se activaban las preocupaciones por la enfermedad. No obstante, la evidencia de los efectos que tiene el tratamiento psicológico sobre el sesgo atencional en la hipocondría (o los trastornos somatoformes en general) utilizando este paradigma es limitada. De acuerdo con la literatura revisada, el único estudio que ha explorado esta cuestión es el informe alemán de Lupke y Ehlert (1998). En este estudio se comparó en la tarea de Stroop un grupo de pacientes con trastornos somatoformes a los que se administró una terapia conductual junto a un tratamiento médico, frente a un grupo de pacientes con trastornos somáticos.

Teniendo en cuenta las cuestiones precedentes, el objetivo del presente estudio fue determinar si el tratamiento cognitivo-conductual para la hipocondría produce una reduc-

ción en el sesgo atencional hacia la amenaza física evaluado con el paradigma de Stroop. Las predicciones específicas formuladas fueron las siguientes:

- Después del tratamiento (post-test) los pacientes hipocondríacos mostrarán menor interferencia para las palabras de amenaza física que antes del tratamiento.
- Después del tratamiento (post-test) los pacientes hipocondríacos mostrarán la misma interferencia para las palabras de amenaza social que antes del tratamiento.
- Después del tratamiento (post-test) los pacientes hipocondríacos mostrarán la misma interferencia para las palabras de amenaza física que para las palabras de amenaza social.
- Después del tratamiento (post-test) los pacientes hipocondríacos mostrarán la misma interferencia para las palabras de amenaza física y de amenaza social que los sujetos normales.

La estructura de este artículo se ha ajustado a las normas propuestas por Bobenrieth (2002).

Método

Se ha utilizado metodología cuasi-experimental según la clasificación de Montero y León (2002).

Muestra

La muestra utilizada incluyó un grupo clínico y un grupo normal. El grupo clínico estuvo compuesto por 12 pacientes hipocondríacos (4 hombres y 8 mujeres; media de edad de 36,17 años) recogidos en diversas Unidades de Salud Mental de Valencia y Castellón (España). Estos sujetos fueron diagnosticados de acuerdo con los criterios del DSM-III-R[2] (American Psychiatric Association, 1987) utilizando una versión modificada de la Entrevista Diagnóstica Estructurada para la Hipocondría (Barsky, Cleary, Wyshak, Spitzer, Williams y Klerman, 1992). Todos los pacientes puntuaron en el rango clínico del Índice Whiteley (M = 12,36; DT =1,69) del Cuestionario de Conducta de Enfermedad (IBQ)[3] (Pilowsky y Spence, 1983). El grupo normal estuvo integrado por 17 sujetos sin ningún trastorno psiquiátrico actual (4 hombres y 13 mujeres; media de edad de 32,24 años) y fue recabado en contextos no clínicos. Ninguno de los sujetos normales puntuó en el rango clínico del Índice Whiteley (M = 2,12; DT = 1,69) del IBQ.

Los criterios de exclusión contemplados en ambos grupos fueron: 1) edad inferior a 18 años o superior a 65 años; 2) historia de alcoholismo o adicción a drogas; y 3)

---

[2] Cuando se inició el estudio, todavía no disponíamos de la versión española definitiva del DSM-IV. No obstante, en una evaluación retrospectiva de la muestra, se constató que todos los pacientes cumplían los criterios para la hipocondría del DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994).

[3] El punto de corte en el Índice Whiteley para la detección de los pacientes con elevada probabilidad de manifestar conducta anormal de enfermedad se sitúa en la puntuación 8 (Pilowsky y Spence, 1983).

enfermedad física diagnosticada. Además, en el grupo clínico se exigieron las siguientes condiciones: 1) no estar recibiendo tratamiento psicológico o farmacológico para su problema o, en este segundo caso, que hubiesen permanecido con la misma pauta farmacológica durante 3 semanas (constatando la estabilización de los efectos de la misma) y que aceptasen no incrementarla durante la participación en el estudio; y 2) ausencia actual de comorbilidad con el trastorno por angustia[4]. En todos los pacientes seleccionados, la hipocondría fue el trastorno principal del Eje I. La mayoría de ellos tuvo algún síntoma de un trastorno de ansiedad, de un trastorno del estado de ánimo o de otro trastorno somatoforme, pero ninguno de los pacientes cumplió los criterios requeridos del DSM-III-R para el diagnóstico de otro trastorno adicional.

Los dos grupos fueron igualados en edad ($t_{27} = 1,09$)[5] y nivel de formación ($z = -1,20$)[6] (la mayoría de los sujetos tenía un nivel educativo medio o bajo). El idioma principal de los participantes fue el español y todos ellos mostraron una agudeza visual normal y una adecuada comprensión lectora. Tanto los pacientes como los sujetos normales dieron su consentimiento para tomar parte en el estudio y ninguno de ellos recibió remuneración económica por su participación.

Instrumentos y procedimiento

La prueba experimental aplicada fue la tarea de Stroop emocional de nombrar el color. La metodología empleada para aplicar esta tarea fue similar a la de estudios previos (Bentall y Kaney, 1989; Carter, Maddock y Magliozzi, 1992; Channon, Hemsley y De Silva, 1988; Mathews y MacLeod, 1985). La prueba de Stroop estuvo compuesta por 5 tarjetas blancas (tamaño A4). Para cada tarjeta se seleccionó un grupo de 12 palabras que se escribieron 8 veces (en columnas). El grupo de 12 palabras se asignó al azar en cada columna de las tarjetas. Las 96 palabras de cada tarjeta se escribieron en letras de un tamaño de 0,5 centímetros y se presentaron en diferentes colores (rojo, azul, verde y negro). Los colores fueron asignados al azar, tras lo cual se comprobó que ninguno de ellos apareciese más de dos veces consecutivas en cada columna. Se igualaron las palabras respecto de su frecuencia media de uso en el idioma español, número de letras (entre 5 y 8) y parte de la oración (nombre, adjetivo y verbo). Las palabras fueron seleccionadas según criterios racionales y a partir de la información existente en la literatura científica sobre la hipocondría y el trastorno de pánico. Un grupo de psicólogos clínicos expertos valoró la adecuación de las palabras.

Las tarjetas presentadas fueron: 1) tarjeta de "oes" (cada ítem consistió en una serie de entre 5 y 8 "oes"); 2) tarjeta de palabras de colores (los ítems fueron palabras de colores -rojo, azul, verde y negro- escritas en colores disonantes); 3) tarjeta neutra (se utilizaron palabras de contenido emocional neutro: número, pasear, puerta, cuadro,

---

[4] Se planteó este requisito ya que el presente estudio formó parte de una investigación más amplia en la que, entre otros objetivos, figuraba el análisis de las diferencias y semejanzas entre la hipocondría y el trastorno por angustia. Por ello, decidimos «depurar» al máximo la composición de los grupos excluyendo la presencia conjunta de ambos trastornos.

[5] Para la variable edad se utilizó la prueba t de Student para muestras independientes.

[6] Para la variable nivel de formación se utilizó la prueba U de Mann-Whitney.

autobús, armario, escuchar, hombre, máquina, dormir, espejo y libro); 4) tarjeta de amenaza social (se utilizaron palabras cuyo significado está asociado a un posible daño procedente de las relaciones interpersonales: estúpido, inepto, odiar, crítica, humillar, ignorar, ridículo, censura, burla, torpe, cursi y reproche); y 5) tarjeta de amenaza física (se utilizaron palabras cuyo contenido está relacionado con un posible daño físico: tumor, cáncer, operar, enfermo, morir, dolor, infectar, herida, infarto, asfixia, flemón y amputar).

La instrucción que se dio a los sujetos fue que nombraran el color de las palabras de cada tarjeta (columna a columna) en voz alta, lo más rápidamente posible y procurando no cometer errores. El tiempo empleado por cada sujeto en completar cada tarjeta se registró utilizando un cronómetro manual. Con el fin de controlar los efectos de la práctica, las tarjetas se presentaron en orden aleatorio para cada sujeto. La prueba de Stroop se aplicó al grupo de hipocondría en el pre-test, en el post-test, y a los dos y seis meses de seguimiento, y en el grupo normal en una única ocasión.

En el presente trabajo nos centramos en los resultados obtenidos con las tarjetas neutra, amenaza física y amenaza social. Las mediciones consideradas fueron: 1) índice de velocidad, que se extrae dividiendo el número de palabras que componen cada tarjeta (96) entre el tiempo (segundos) empleado en completar cada una de ellas; y 2) índice de interferencia, resultante de restar el índice de velocidad de la tarjeta de amenaza física (o amenaza social) al índice de velocidad de la tarjeta neutra.

Tratamiento

El tratamiento psicológico aplicado a los sujetos con hipocondría fue una versión adaptada del programa desarrollado por Salkovskis y Warwick (Salkovskis, 1989; Salkovskis y Warwick, 1986; Warwick, 1989; Warwick y Salkovskis, 1989, 1990). Los objetivos de la intervención se centraron en cambiar las conductas problemáticas, las interpretaciones erróneas de los síntomas físicos y los supuestos disfuncionales sobre la salud y la enfermedad. El tratamiento estuvo integrado por tres fases: 1) formulación del modelo y obtención del compromiso del paciente; 2) estrategias terapéuticas (por ejemplo, experimentos con conductas relevantes, prevención de la comprobación corporal y la búsqueda de información tranquilizadora, instrucciones para que la familia haga frente a las reiteradas demandas de tranquilización, técnicas de distracción, identificación de pensamientos negativos/creencias disfuncionales y la evidencia en la que se apoyan, y elaboración y verificación de explicaciones alternativas benignas; y 3) prevención de recaídas. El programa se administró de manera individual en l0 sesiones de una hora de duración y de periodicidad semanal. Una descripción detallada de este protocolo de intervención se presenta en Martínez, Botella y Belloch (1997) y Botella y Martínez (1998). En varios estudios recientes hemos informado de la utilidad de este tratamiento para producir cambios positivos en el estado psicopatológico de los pacientes hipocondríacos analizados en este trabajo (Martínez, 1997; Martínez, Belloch, Botella y Pascual, 2000; Martínez y Botella, 2004). Por ejemplo, se consiguió una recuperación significativa tras la terapia en diversas variables clínicas, tales como convicción de enfermedad, ansiedad, depresión y funcionamiento en áreas importantes de la vida.

Análisis estadísticos

Para analizar los datos se utilizaron pruebas estadísticas no paramétricas. Los cambios en el grupo de hipocondría a lo largo de los diferentes momentos de evaluación se exploraron utilizando el análisis de varianza de Friedman para medidas repetidas. Las diferencias específicas entre los momentos de evaluación se analizaron mediante la prueba de rangos señalados y pares igualados de Wilcoxon. También se utilizó esta última prueba para indagar en el grupo clínico las diferencias entre los índices contemplados. Para examinar las diferencias entre el grupo de hipocondría (antes y después del tratamiento) y el grupo normal, se calculó la prueba U de Mann-Whitney. Se tomaron como valores significativos $p \leq 0,05$.

Resultados

Cambios en el grupo de hipocondría

En la Tabla 1 se presentan las medias y las desviaciones típicas de los índices de la tarea de Stroop en los grupos de hipocondría y normal.

TABLA 1. Medias y desviaciones típicas de los grupos de hipocondría y normal en la tarea de Stroop.

TAREA DE STROOP	HIPOCONDRÍA				NORMAL
	Pretest M (DT)	*Post-test* M (DT)	*Primer seguimiento* M (DT)	*Segundo seguimiento* M (DT)	M (DT)
Tiempo (segundos)					
Neutra	90,17 (30,49)	82,59 (24,48)	86,71 (36,61)	83,77 (33,15)	74,37 (14,92)
Amenaza social	91,42 (32,96)	82,18 (25,53)	80,42 (26,64)	77,52 (25,9)	74,08 (13,92)
Amenaza física	101,37 (39,54)	87,83 (28,90)	85,79 (33,99)	83,80 (31,84)	71,27 (13,19)
Índice de velocidad					
Neutra	1,17 (0,34)	1,25 (0,32)	1,25 (0,39)	1,27 (0,37)	1,34 (0,27)
Amenaza social	1,16 (0,36)	1,26 (0,35)	1,29 (0,35)	1,34 (0,34)	1,33 (0,20)
Amenaza física	1,06 (0,34)	1,19 (0,33)	1,24 (0,35)	1,27 (0,38)	1,39 (0,23)
Índice de interferencia					
Neutra - Amenaza social	0,00 (0,15)	-0,02 (0,13)	-0,04 (0,08)	-0,06 (0,15)	0,01 (0,20)
Neutra - Amenaza física	0,11 (0,10)	0,06 (0,11)	0,01 (0,11)	0,00 (0,08)	-0,04 (0,20)

A lo largo de los cuatro momentos de evaluación se produjeron modificaciones significativas en los índices de velocidad de la tarjeta de amenaza social ($\chi^2_3 = 13,70$; $p < 0,005$) y de la tarjeta de amenaza física ($\chi^2_3 = 11,10$; $p < 0,05$). En ambos casos, los cambios acontecieron entre el pre-test y el post-test ($z = -2,04$; $p < 0,05$; $z = -2,20$; $p < 0,05$, respectivamente). No se observaron cambios significativos en el índice de velocidad de la tarjeta neutra ($\chi^2_3 = 3,10$). Respecto a los índices de interferencia se constataron diferencias significativas en la tarjeta de amenaza física ($\chi^2_3 = 10,30$; $p <$

0,05) (sin que se pudiera determinar entre que momentos se dieron), pero no se encontraron en la tarjeta de amenaza social ($\chi^2_3 = 2,70$).

Antes del tratamiento se constataron diferencias significativas entre los índices de interferencia de amenaza física y de amenaza social ($z = -2,35$; $p < 0,05$), que persistieron tras la intervención ($z = -2,27$; $p < 0,05$).

Diferencias entre el grupo de hipocondría (antes y después del tratamiento) y el grupo normal

Se obtuvieron diferencias significativas entre el grupo de hipocondría antes del tratamiento y el grupo normal en el índice de velocidad de amenaza física ($z = -2,43$; $p < 0,05$) y en el índice de interferencia de amenaza física ($z = -2,74$; $p < 0,01$). No hubo diferencias entre ambos grupos en el índice de velocidad neutral ($z = -1,19$), en el índice de velocidad de amenaza social ($z = -1,01$), ni en el índice de interferencia de amenaza social ($z = 0,00$). Tras la intervención, el grupo de hipocondría no difirió significativamente respecto del grupo normal en ninguno de los índices de velocidad e interferencia contemplados (entre $z = -0,17$, en el índice de interferencia de amenaza social y $z = -1,94$, en el índice de interferencia de amenaza física).

Discusión

El objetivo de este estudio consistió en analizar si un tratamiento efectivo para la hipocondría repercute en el procesamiento cognitivo de los estímulos de amenaza física. Los resultados proporcionados por los índices de velocidad de la prueba de Stroop, pusieron de manifiesto que entre el pre-test y el post-test los pacientes hipocondríacos experimentaron un incremento en la rapidez en nombrar el color de las tarjetas de amenaza física y de amenaza social. En nuestra opinión, es poco probable que estos datos puedan ser atribuidos a "efectos de la práctica" ya que: 1) los cambios ocurrieron sólo entre el primer y el segundo momento de evaluación (no hubo cambios en los momentos posteriores); y 2) no se observaron modificaciones en la rapidez en nombrar el color de los estímulos neutros. No obstante, somos conscientes de que la inclusión en el estudio de un grupo de comparación compuesto por pacientes con hipocondría no tratados que hubieran cumplimentado la tarea de Stroop en los mismos momentos que el grupo clínico tratado, habría contribuido a clarificar este punto.

Los índices de interferencia ofrecen datos más interesantes. A lo largo de los diversos momentos de evaluación se observó una reducción en la latencia en nombrar el color de las palabras de amenaza física (*vs*. las palabras neutras), esto es, una menor interferencia, si bien no se pudo determinar si los cambios se localizaban entre el pre-test y el post-test. Estos resultados apoyan parcialmente la primera predicción. La tendencia a la reducción de la latencia no se observó en las palabras de amenaza social (*vs.* las palabras neutras); es decir, la interferencia permaneció igual, lo que está en consonancia con la segunda predicción. Por lo tanto, los hallazgos pueden ser interpretados como una evidencia de que la terapia produjo un cambio específico en el proce-

samiento de la información vinculada a las preocupaciones hipocondríacas. El cambio en el patrón de interferencia para los estímulos de amenaza física no puede ser atribuido a los efectos de la exposición a los temas relacionados con los problemas psicológicos de los pacientes. Dicha exposición debería incrementar (no reducir) el efecto de interferencia (Williams, Mathews y McLeod, 1996). A pesar de esta modificación en el procesamiento del material de amenaza física, no se logró disminuir la interferencia producida por tal material al nivel correspondiente a la interferencia producida por los estímulos de amenaza social. Este dato no está en la línea de lo planteado en la tercera predicción. Por otra parte, se observó la desaparición de las diferencias entre los grupos clínico (tratado) y normal, tanto en la velocidad en nombrar el color como en la interferencia de las palabras de amenaza física. Los resultados sugieren que el tratamiento produjo una normalización del procesamiento cognitivo relativo a este material amenazante. Asimismo, como era de esperar, el procesamiento de la información de amenaza social permaneció a niveles normales después de la intervención. Estos hallazgos están en consonancia con la cuarta predicción.

El presente estudio proporciona evidencia sobre las repercusiones de un tratamiento cognitivo-conductual en la atención selectiva que muestran los pacientes hipocondríacos hacia los estímulos temidos. Uno de los componentes más importantes de la terapia aplicada estuvo encaminado a identificar y a reemplazar las creencias problemáticas sobre los síntomas, la enfermedad y las conductas de salud por otras más funcionales. Pensamos que las reducciones observadas en el sesgo atencional probablemente son un efecto de la modificación de las creencias distorsionadas ya que el tratamiento no incluyó un entrenamiento específico en la redirección de la atención. Las únicas estrategias atencionales utilizadas en la terapia fueron las técnicas de distracción (por ejemplo, ejercicios mentales, actividades absorbentes, recuerdos y fantasías agradables). Todas ellas fueron empleadas como herramientas complementarias y no constituyeron el aspecto fundamental del tratamiento, siendo incluidas sólo en la agenda de una de las sesiones. No obstante, reconocemos que esta impresión no puede derivarse directamente del diseño metodológico empleado en este estudio. Con el fin de determinar con precisión el rol de las técnicas cognitivas en el cambio atencional observado, sería necesario comparar dos grupos de pacientes con hipocondría, uno tratado con técnicas cognitivas y el otro con técnicas de distracción.

En conclusión, nuestros datos indican que la prueba de Stroop puede ser una adecuada medida para detectar los cambios en las tendencias atencionales de los pacientes hipocondríacos. Este hecho sugiere que la prueba puede tener algunas otras aplicaciones prácticas tales como la evaluación de la gravedad del estado psicopatológico de los pacientes, la identificación de la magnitud del cambio clínico y la predicción de la respuesta al tratamiento. Desde esta perspectiva asumiríamos que los sesgos atencionales hacia los temas relacionados con las amenazas a la salud constituyen una de las manifestaciones clínicas de la hipocondría. Pero por otra parte, tales tendencias atencionales también pueden representar, como sostienen ciertos modelos cognitivos (Barsky, 1992; Warwick y Salkovskis, 1990), un factor de vulnerabilidad para el desarrollo de este

trastorno. Desde este punto de vista, la tarea de Stroop podría ser utilizada para identificar a las personas que muestran una predisposición cognitiva a preocuparse en excesivo por la salud. Todas estas posibles aplicaciones prácticas del análisis del sesgo atencional a través de este procedimiento representan una interesante línea de estudio en esta área de la psicopatología.

Para finalizar, quisiéramos poner de manifiesto algunas cuestiones sobre la interpretación de los efectos de interferencia de la tarea de Stroop. Tradicionalmente, este efecto ha sido considerado reflejo de la existencia de una focalización de la atención hacia los estímulos relacionados con la preocupación del paciente (sesgo atencional). Sin embargo, esta no es la única explicación posible del fenómeno. Ruiter y Brosschot (1994) plantearon una explicación complementaria a la anterior que subraya la presencia de un estilo general evitador en el procesamiento de los estímulos que contienen información emocional (evitación cognitiva). De acuerdo con estos autores en la tarea de Stroop "emocional", ambos procesos podrían estar presentes: el sesgo atencional actuaría en las primeras etapas, y la evitación cognitiva en las etapas finales. Por otra parte, MacLeod y Rutheford (1992) han propuesto que los sesgos atencionales identificados con las distintas modalidades de la prueba de Stroop pueden reflejar diferentes procesos cognitivos. Así, la versión enmascarada basada en la presentación de estímulos subliminales permitiría evaluar la atención selectiva influida por los procesos automáticos, mientras que la versión no enmascarada compuesta por estímulos accesibles a la conciencia supondría una estimación de la atención selectiva influida por estrategias conscientes. A este respecto, resulta interesante citar el estudio de Thorpe y Salkovskis (1997) en el que se analizó la naturaleza de los sesgos atencionales de los pacientes con fobia a las arañas a través de las versiones enmascarada y no enmascarada de la tarea de Stroop, observando que en estos pacientes sólo existe un desarrollo estratégico de la atención. De acuerdo con estos autores, la persona que percibe una amenaza orienta estratégicamente sus recursos atencionales hacia los estímulos significativos, con el objeto de evaluar el peligro y emprender las acciones necesarias para afrontarlo. Este proceso se manifiesta a través de un incremento en el tiempo de reacción sólo cuando los estímulos amenazantes son accesibles a la conciencia. Aunque estas explicaciones alternativas acerca de los mecanismos de la tarea de Stroop resultan interesantes, el debate permanece abierto, requiriéndose futuras investigaciones para clarificar esta cuestión. Un último apunte puede hacerse sobre la nueva modalidad pictórica de la tarea de Stroop consistente en la presentación de imágenes (en vez de palabras). Disponemos de escasa información acerca de las diferencias entre el Stroop pictórico y el léxico. Uno de los estudios más interesantes sobre esta cuestión es el de Kindt y Brosschot (1999), quienes aplicando ambas versiones de la tarea de Stroop en adultos con fobia a las arañas y controles normales, comprobaron que los primeros exhibían mayor interferencia que los segundos ante los estímulos relacionados con las arañas, no existiendo diferencias entre la interferencia provocada por las imágenes y la provocada por las palabras. En este estudio las imágenes utilizadas fueron fotografías de arañas enmarcadas en un recuadro cuyo color debían nombrar los sujetos, y es posible que la

falta de integración entre el color y la imagen explique que esta forma de la prueba produzca el mismo efecto que la versión con palabras (Constantine, McNally y Hornig, 2001). Aunque la versión pictórica del Stroop resulta sugerente, puede tener una aplicación limitada en la hipocondría dado el contenido abstracto propio de las preocupaciones de este trastorno.

Referencias

American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3ª ed. rev.). Washington, DC: APA.

American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4ª ed.). Washington, DC: APA.

Barsky, A. J. (1992). Amplification, somatization, and the somatoform disorders. *Psychosomatics*, 33, 28-34.

Barsky, A. J., Cleary, P. D., Wyshak, G., Spitzer, R., Williams, J. y Klerman, G. (1992). A structured diagnostic interview for hypochondriasis: A proposed criterion standard. *Journal of Nervous and Mental Diseases, 180,* 20-27.

Bentall, R. P. y Kaney, S. (1989). Content specific information processing and persecutory delusions: An investigation using the emotional Stroop test. *British Journal of Medical Psychology, 62,* 355-364.

Bobenrieth, M. (2002). Normas para la revisión de artículos originales en Ciencias de la Salud. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud/International Journal of Clinical and Health Psychology*, 2, 509-523.

Botella, C. y Martínez, M. P. (1998). Cognitive behavioural treatment for hypochondriasis. En V. E. Caballo (Ed.), *International handbook of cognitive and behavioural treatments for psychological disorders* (pp. 313-361). Oxford: Pergamon.

Carter, C. S., Maddock, R. J. y Magliozzi, J. (1992). Patterns of abnormal processing of emotional information in panic disorder and major depression. *Psychopathology, 25,* 65-70.

Constantine, R., McNally, R. J. y Hornig, C. D. (2001). Snake fear and the pictorial emotional Stroop paradigm. *Cognitive Therapy and Research, 25,* 757-764.

Channon, S., Hemsley, D. y De Silva, P. (1988). Selective processing of food words in anorexia nervosa. *British Journal of Clinical Psychology, 27,* 259-260.

Foa, E. B., Ilai, D., McCarthy, P. R., Shoyer, B. y Murdock, T. (1993). Information processing in obsessive-compulsive disorder. *Cognitive Therapy and Research, 17,* 173-189.

Kindt, M. y Brosschot, J. F. (1999). Cognitive bias in spider-phobic children: Comparison of a pictorial and a linguistic spider Stroop. *Journal of Psychopathological and Behavioral Assessment, 21,* 207-220.

Lecci, L. y Cohen, D. J. (2002). Perceptual consequences of an illness-concern induction and its relation to hypochondriacal tendencies. *Health Psychology, 21,* 147-156.

Lupke, U. y Ehlert, U. (1998). Attentional bias toward cues prejudicial to health in patients with somatoform disorders. *Zeitschrift fuer Klinische Psychologie Forschung und Praxis, 27,* 163-171.

MacLeod, C. y Rutherford, E. M. (1992). Anxiety and the selective processing of emotional information: Mediating roles of awareness, trait and state variables, and personal relevance of stimulus materials. *Behaviour Research and Therapy, 30,* 479-491.

Martínez, M. P. (1997). *Nuevas aproximaciones cognitivas a la conceptualización y al tratamiento de la hipocondría*. Tesis Doctoral. Universidad de Valencia.

Martínez, M. P. y Belloch, A. (1998). Procesamiento de la información de amenaza física en la hipocondría: un estudio exploratorio utilizando el paradigma de Stroop. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, *3*, 1-14.

Martínez, M. P., Belloch, A., Botella, C. y Pascual, L. M. (2000). *Tratamiento de la hipocondría: análisis de las variables predictoras del cambio*. Comunicación presentada en XXX Congress of the European Association for Behavioural & Cognitive Therapies. Granada.

Martínez, M. P. y Botella, C. (2004). *Evaluation of the efficacy of a cognitive-behavioural treatment for hypochondriasis using different measures of change. M*anuscrito sometido a publicación.

Martínez, M. P., Botella, C. y Belloch, A. (1997). Hipocondría: ¿un trastorno tratable? *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, *2*, 155-166.

Mathews, A. y MacLeod, C. (1985). Selective processing of threat cues in anxiety states. *Behaviour Research and Therapy*, *23*, 563-569.

Mathews, A., Mogg, K., Kentish, J. y Eysenck, M. (1995). Effect of psychological treatment on cognitive bias in generalized anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy*, *33*, 293-303.

Mattia, J. I., Heimberg R. G. y Hope, D. A. (1993). The revised Stroop colour-naming task in social phobics. *Behaviour Research and Therapy*, *31*, 305-313.

McNally, R. J., Riemann, B. C. y Kim, E. (1990). Selective processing of threat cues in panic disorder. *Behaviour Research and Therapy*, *28*, 407-412.

Montero, I., y León, O. G. (2002). Clasificación y descripción de las metodologías de investigación en Psicología. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud/International Journal of Clinical and Health Psychology*, 2, 503-508.

Pauli, P., Schwenzer, M., Brody, S., Rau, H. y Birbaumer, N. (1993). Hypochondriacal attitudes, pain sensitivity, and attentional bias. *Journal of Psychosomatic Research*, *37*, 745-752.

Pilowsky, I. y Spence, N. D. (1983). *Manual for the illness behaviour questionnaire*. Manuscrito no publicado.

Ruiter, C. y Brosschot, J. F. (1994). The emotional Stroop interference effect in anxiety: Attentional bias or cognitive avoidance? *Behaviour Research and Therapy*, *32*, 315-319.

Salkovskis, P. M. (1989). Somatic disorders. En K. Hawton, P. M. Salkovskis, J. W. Kirk y D. M. Clark (Eds.), *Cognitive behaviour therapy for psychiatric problems: A practical guide* (pp. 235-276). Oxford: Oxford University Press.

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.

Thorpe, S. J. y Salkovskis, P. M. (1997). Information processing in spider phobics: The Stroop colour naming task may indicate strategic but not automatic attentional bias. *Behaviour Research and Therapy*, *35*, 131-144.

Thrasher, S. M., Dalgleish, T. y Yule, W. (1994). Information processing in post-traumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 32, 247-254.

Van den Hout, M., Tenney, N., Huygens, K. y De Jong, P. (1997). Preconscious processing bias in specific phobia. *Behaviour Research and Therapy*, *35*, 29-34.

Warwick, H. M. C. (1989). A cognitive-behavioural approach to hypochondriasis and health anxiety. *Journal of Psychosomatic Research*, *33*, 705-711.

Warwick, H. M. C. y Salkovskis, P. M. (1989). Hypochondriasis. En J. Scott, J. M. G. Williams y A. T. Beck (Eds.), *Cognitive therapy in clinical practice: An illustrative casebook* (pp. 78-102). Londres: Routledge.

Warwick, H. M. C. y Salkovskis, P. M. (1990). Hypochondriasis. *Behaviour Research and Therapy*, *28*, 105-117.

Williams, J. M. G., Mathews, A. y MacLeod, C. (1996). The emotional Stroop task and psychopathology. *Psychological Bulletin*, *120*, 3-24.

Williams, J. M. G., Watts, F. N., MacLeod, C. y Mathews, A. M. (1988). *Cognitive psychology and emotional disorders*. Chichester: Wiley.

Williams, J. M. G., Watts, F. N., MacLeod, C. y Mathews, A. M. (1997). *Cognitive psychology and emotional disorders* (2ª ed.). Nueva York: Wiley.