

Aspectos subjetivos de la hipocondría

García-Arroyo, José Manuel

Aspectos subjetivos de la hipocondría

Revista de Neuro-Psiquiatría, vol. 84, núm. 3, 2021

Universidad Peruana Cayetano Heredia, Perú

Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=372069140010>

DOI: <https://doi.org/10.20453/rnp.v84i3.4037>



Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons Atribución 4.0 Internacional.

Aspectos subjetivos de la hipocondría

Subjective aspects of hypochondria

José Manuel García-Arroyo ^a *
Universidad de Sevilla, España
jmgarroyo@us.es

DOI: <https://doi.org/10.20453/rnp.v8i3.4037>
Redalyc: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=372069140010>

Recepción: 19 Enero 2021
Aprobación: 26 Junio 2021

RESUMEN:

Objetivos: Se intenta esclarecer los aspectos subjetivos de la hipocondría (o hipocondriasis), no suficientemente consistentes en las publicaciones sobre el tema, vacío que parece deberse a que actualmente se consideran únicamente las manifestaciones externas (conductuales) del paciente, prescindiendo de aspectos más personales. **Material y Métodos:** Se incluyen 12 pacientes diagnosticados de hipocondría (CIE-10) que acudieron a consulta en la Asociación de Psicopatología y Psicoanálisis de Sevilla (APPS) y a los que se aplicó el Método de Abordaje de la Subjetividad (MAS). Al expresarse verbalmente en las entrevistas, los pacientes descomponen analíticamente el problema que los aqueja, en distintos elementos; los enunciados así obtenidos se agrupan en categorías que definen los componentes subjetivos buscados. **Resultados:** Los hallazgos incluyen la exagerada intensidad con que los pacientes experimentan las sensaciones físicas, la anómala dirección de la atención y la atribución de significados erróneos, elementos que, al interactuar, forman un “bucle” o nudo del que les es imposible escapar. La utilización del -cuadrado de Apuleyo- ha contribuido a visualizar cómo los sujetos afectados mantienen el cuerpo por encima de todo, de manera que todos los vectores convergen necesariamente en él; ello explica que no puedan acceder a un encuentro auténtico con los demás, sufriendo entonces cierto deterioro social. **Conclusiones:** Las claves subjetivas aquí diseñadas puedan orientar adecuadamente a profesionales de la Salud Mental que utilicen enfoques psicoterapéuticos en el tratamiento de pacientes hipocondríacos.

PALABRAS CLAVE: Hipocondría, subjetividad, abordaje de la subjetividad, enunciados, discurso del paciente.

ABSTRACT:

Objectives: An attempt to focus on the subjective aspects of hypochondriasis, which are not sufficiently clarified in modern literature, probably due to the almost exclusive consideration of the external (behavioral) manifestations provided by the patients and disregarding more personal aspects. **Material and Methods:** Twelve patients with the diagnosis of Hypochondriasis (ICD-10), seen in consult at the Seville (Spain) *Asociación de Psicopatología y Psicoanálisis* (APPS), were applied the Subjectivity Approach Method (MAS). By expressing themselves verbally in interviews, they analytically broke down their problems into different elements; the statements thus obtained are grouped into categories that define and put in evidence expected subjective components. **Results:** The exaggerated intensity of physical sensations, the abnormal attentional direction, and the attribution of wrong meanings are elements that interact and form a “loop”, a knot or a circle impossible to escape from. The use of the “square of Apuleius” helps to visualize how the affected individuals keep their body above all, so that the vectors necessarily converge in it; this explains why they can’t access to a real encounter with others and thus, suffer some social deterioration. **Conclusions:** The subjective clues drawn here can serve as a compass for any mental health professional working in psychotherapy with hypochondriac patients.

KEYWORDS: Hypochondria, approach to subjectivity method, statements, subjectivity, patient discourse.

NOTAS DE AUTOR

^a Médico Psiquiatra; Profesor Contratado; Doctor.

Correspondencia: José Manuel García Arroyo. c/ Luis Montoto, nº 83 – 3ro C- 41018. Sevilla, España. Teléfonos: 954574592 / 655774035.
Correo electrónico: jmgarroyo@us.es

DECLARACIÓN DE INTERESES

* El autor declara no tenerlos.

INTRODUCCIÓN

El término “hipocondría” procede del griego *hypocondros* que significa “debajo del cartílago”, haciendo referencia a un lugar específico bajo las costillas. Fue ya utilizado por Hipócrates aludiendo a esta región anatómica a la que muchos enfermos hacían referencia al describir sus molestias; se creía que allí se acumulaban los vapores causantes del mal. Galeno creó la noción de “enfermedad hipocondríaca” privilegiando en sus descripciones los síntomas mentales y, más tarde, Falret lo identificó como un trastorno mental autónomo, concretamente un tipo de neurosis; en este sentido quedó plasmado en el DSM- II, donde se abrió al campo de las Clasificaciones Internacionales (1). La definición moderna apareció con Gillespie quien la entendió como “una preocupación mental respecto a una enfermedad física o mental, real o supuesta” (2).

Hablamos de un trastorno bastante frecuente en las consultas tanto de Medicina General como de Psiquiatría. Vallejo Ruiloba indica que el 10-20 % de la población puede presentar preocupaciones hipocondríacas en algún momento de su vida, si bien solo una parte de esta masa puede diagnosticarse de “hipocondría” (3), requiriendo atención psiquiátrica; en tal caso, se han barajado cifras que pueden oscilar entre el 4 y el 6 % (4-6).

La alteración que aquí se aborda consiste en un temor excesivo a padecer una enfermedad somática grave o bien, la convicción de que ya se tiene, basándose en manifestaciones físicas banales o sin consistencia clínica. El paciente mantiene sus afirmaciones a pesar de los resultados negativos de las exploraciones, exámenes médicos y de las explicaciones reiteradas de los diferentes profesionales de la salud acerca de la inexistencia de la enfermedad. Tales directrices definen una auténtica patología psíquica, dado que prevalece el temor o la falsa creencia sobre las notas de realidad que se le muestran, aunque no llegue a ser delirante. Si se diera esta posibilidad se excede el problema que ahora estudiamos para entrar de lleno en el “trastorno delirante de tipo somático” (3).

La preocupación del hipocondríaco le lleva a un malestar tan intenso y persistente que puede seguirse de deterioro social, laboral o familiar, acompañándose de consultas médicas frecuentes, exigencia de pruebas, posibilidad de automedicación e iatrogenia, con todo lo que implica de gasto y esfuerzo por parte de un sistema sanitario, ya de por sí sobrecargado.

En última instancia, los expertos no se ponen de acuerdo respecto al trastorno, como puede comprobarse en las nosografías al uso. Así, tanto el DSM-IV (7), como la CIE-10 (8), lo incluyen en los “trastornos somatomorfos” pero la última de ellas lo introduce en el grupo de los “trastornos neuróticos”, lo cual parece acertado. Tampoco las directrices actuales aclaran si nos hallamos ante un trastorno de la personalidad o se asocia a otras alteraciones psicopatológicas (9-11). Como posible solución se ha diferenciado entre la “hipocondría primaria” y la “secundaria”, según aparezca la clínica antes que cualquier otro trastorno mental y domine el cuadro o se relacione estrechamente con otras patologías, sobre todo con ansiedad o depresión.

El presente estudio resulta factible debido a que las consultas especializadas constituyen el medio idóneo para que los hipocondríacos se expresen con toda naturalidad, al hallarse libres de petición de pruebas, exigencias de resultados o discusiones interminables sobre los (posibles) diagnósticos. Sostenemos que en la intimidad de una consulta pueden manifestarse libremente y, a partir de sus verbalizaciones, determinarse los distintos componentes subjetivos del trastorno, los cuáles van a ser fundamentales para que, una vez conocidos, puedan realizarse intervenciones psicoterapéuticas con conocimiento de causa.

El objetivo que perseguimos en esta investigación consistió en aclarar los mecanismos psico(pato)lógicos que intervienen en la hipocondría perteneciente al campo de la “neurosis”, que presenta las siguientes características: inicio temprano, evolución crónica con oscilaciones dependiendo de las circunstancias personales, angustia centrada en el cuerpo y ausencia de síntomas psicóticos. Somos conscientes de la dificultad que existe en hallar una neurosis hipocondríaca “pura”, en la que no tengan tanto relieve otros síntomas de esta estirpe (p. ej. fobias, obsesiones, etc.) pero, sin intentar buscar un estado inexistente, en

los casos considerados aquí tales manifestaciones no son nucleares. Por consiguiente, seleccionamos en el estudio esta forma de hipocondría porque contiene una serie de componentes subjetivos específicos, distintos de aquellas otras tipologías asociadas a síntomas psíquicos que pueden ser más importantes en el cuadro, como es el caso de la depresión, cuyos elementos a considerar conforman una dinámica completamente diferente.

MATERIAL Y MÉTODOS

El material procede de un conjunto de pacientes hipocondríacos (total: 12), diagnosticados según los criterios de la CIE-10 (8), que consultaron por sus molestias psico-físicas a la Asociación de Psicopatología y Psicoanálisis de Sevilla (APPS). Como referencia, presentaremos aquí solo a dos de ellos, con idea de abreviar la exposición pero teniendo en cuenta que lo hallado en ellos se confirma punto por punto en los sujetos restantes.

Caso nº 1 (P-1)

Mujer de 35 años, soltera, vive con su madre y un hermano más pequeño, trabaja en unos grandes almacenes. Siempre ha estado preocupada por padecer cáncer y ha visitado numerosos profesionales con gran temor a que le confirmen la enfermedad. En muchas ocasiones, se halla convencida de tener un “cáncer de vientre” debido a molestias que suele presentar y que su médico de familia ha diagnosticado de “gases”. Afirma: “yo me escucho mucho y me alarmo bastante cuando siento una punzada abajo, porque en ese momento creo que me está ocurriendo lo peor”. Ha visitado a varios ginecólogos con resultados negativos (“A menudo he querido que me repitan la ecografía, porque creo que al médico se le ha escapado algo. Incluso, he ido a la consulta al día siguiente de haberme hecho la prueba”). Si tiene tiempo libre se encuentra peor, pues piensa más en el problema; en alguna ocasión no ha podido más y ha acudido a urgencias para que la exploren, creyendo tener un tumor con metástasis y cualquier manifestación abdominal la interpreta en este mismo sentido. En los últimos meses se encuentra triste y sin ganas de salir, llegando a sentirse auténticamente enferma, porque “ningún profesional da con la tecla”. Este empeoramiento ha sido aprovechado por su ginecólogo para, acertadamente, derivarla al psiquiatra.

Caso nº 2 (P-2)

Varón de 32 años, casado, sin hijos, dedicado al negocio inmobiliario y, desde la caída de éste, trabaja en telefonía móvil. Consulta por su constante preocupación por (supuestas) dolencias físicas, especialmente cardíacas. Dice: “jamás me encuentro bien, pues siempre estoy pensando que me puede dar un infarto”. Se añade la constante autovigilancia (“me tomo el pulso varias veces al día para ver cómo está mi corazón”) y las continuas demandas de atención y pruebas a su médico de familia, quién hace tiempo le aconsejó que visitara a un psiquiatra. Considera que esta actitud la ha tenido siempre (“desde que yo recuerdo”) pero, a partir del cambio laboral ha ido a más, lo que le ha impulsado a consultar (“me encontraba bien en el trabajo que hacía, estaba muy entretenido, ganaba dinero y se me olvidaba la enfermedad, pero ahora no me gusta lo que hago y el trabajo ya no es una distracción para mí”). Desde el cambio se encuentra casi siempre de baja laboral y eso lo pone peor “por tener más tiempo libre”.

Para estudiar los aspectos personales o internos de los hipocondríacos se utiliza el Método de Abordaje de la Subjetividad (MAS) (12), que ha aportado resultados positivos en distintas patologías (distimia, dismenorrea, dolor crónico, estadios iniciales de la esquizofrenia, delirios, duelo, etc.). Se trata de un procedimiento cualitativo que utiliza entrevistas no-directivas, en las que el paciente puede decir cuánto quiera en un clima tranquilo, sin presiones y exento de críticas. La clave se encuentra en la escucha atenta

y desprejuiciada por parte del investigador, quién deja de lado cualquier aspecto que no sea pertinente a la propia tarea (preocupaciones, creencias, teorías psicológicas, etc.), una actitud que hemos denominado “descontaminante” (12-14). Las preguntas son abiertas y se supone que ayudan al paciente a desplegar la palabra, posibilitando el registro de un material espontáneo, no influido por el entrevistador y que refleja fielmente aquello que está viviendo la persona estudiada. Al tratarse de un grupo numeroso de entrevistas, pudimos recoger bastantes frases que quedaron registradas textualmente para su posterior análisis.

No todo lo expuesto por los pacientes se considera valioso para la investigación, ya que estos producen abundante material (verbal) de desecho, debido a razones diversas (quejas, justificaciones, frases escuchadas antes, causar buena impresión, etc.) (enunciados “tipo II”). Entretanto, aparece un nuevo material referido directamente al asunto investigado (enunciados “tipo I”), que aporta las claves del mismo. Estos no aparecen cuando queremos, sino aleatoriamente o tras ciertas intervenciones tácticas (p. ej. indicándole que la finalidad no es interpretar pruebas médicas). Como cabe suponer, en el caso de los hipocondríacos, muchos de los enunciados “tipo II” suelen ser repeticiones de las molestias que dicen sentir y de los recorridos médicos que han realizado. Cada uno de los enunciados (“tipo I”) anotados en los protocolos da cuenta de algún aspecto particular del problema, complejo en su estructura y presentación, y que el propio paciente descompone analíticamente, sin proponérselo, a lo largo de las entrevistas. Estas oraciones (enunciados “tipo I”) quedan agrupadas según su semejanza (“enunciados convergentes”) (12-14) y con ellas se forman categorías, cada una de las cuáles se refiere a un componente subjetivo del trastorno.

Como complemento de lo anterior, se emplean algunos elementos tomados de la Lógica Formal que pueden ser provechosos (15); concretamente, resulta de utilidad el “valor de verdad” de los enunciados (se escribe: “Ve”). Un enunciado posee “valor de verdad” cuando puede decirse de él si es “verdadero”, “falso” o “indeterminado” (punto de vista “trivalente”); entonces es posible realizar las siguientes notaciones: $Ve = v$ (“valor de verdad del enunciado, igual a verdadero”), $Ve = f$ (“valor de verdad de e, igual a falso”) y $Ve = i$ (“valor de verdad de e, igual a indeterminado”).

RESULTADOS

El paciente hipocondríaco se encuentra sometido a numerosos “bucles mentales” de los que le resulta imposible salir; para proceder a su análisis se sigue un orden (categorial), separado en diferentes apartados:

El reconocimiento de las sensaciones físicas

El inicio del problema se encuentra en la presencia de las inevitables sensaciones procedentes del cuerpo, ya que éste jamás se halla silente; siempre existe alguna manifestación sensorial detectable. Dichas sensaciones suelen pasar desapercibidas para la mayoría de las personas, pero no para el hipocondríaco (P-1: *“Siempre estoy sintiendo algo dentro de mí”*, P-2: *“Es lo que llamáis los médicos la zona precordial ¿no es así? En ese lugar siempre noto alguna cosa: un crujido, un pinchazo y a veces como si algo se moviera”*). La continuidad de este fenómeno se pone de manifiesto en la utilización de adverbios de cantidad o temporales en el discurso, como “siempre” o “a veces”, que matizan al verbo (en los ejemplos “sentir” o “notar”).

La exaltación de las sensaciones físicas

El paciente no solo reconoce sus sensaciones físicas, sino que, además, se encuentran aumentadas, hasta el punto de llegar a hacerse insoportables (P-1: *“Cuando estoy en mi casa de repente noto una presión o calambre en el vientre y siento que no lo puedo resistir; es demasiado agobiante para mí. Resulta insoportable”*; P-2: *“Reconozco que, cuando siento un pinchazo en el pecho, es como si me atravesaran con un instrumento”*).

afilado). Ciertas expresiones verbales que se repiten dan cuenta de este fenómeno (p. ej. “no lo puedo resistir”, “es insoportable”, “me deja mal”, “no puedo seguir”, etc.). Algunos autores ya se refirieron a este asunto denominándolo “amplificación somatosensorial” (16).

La dirección anómala de la atención

Lo anterior parece conectarse con la atención excesiva que los individuos estudiados tienen sobre su cuerpo; quiere decir que mantienen una hiperalerta o hipervigilancia en relación a este último, tanto como para no poder apartarla del más mínimo signo físico por banal que este sea (P-1: “*Mi madre se ha dado cuenta de que estoy muy pendiente de mí, de mi vientre y me dice que estoy siempre con lo mismo, que soy demasiado pesada*”, P-2: “*Mi mujer dice que yo me escucho mucho. Se refiere a que estoy exageradamente ocupado conmigo mismo, con mi cuerpo y de lo que está sucediendo ahí dentro*”).

La dirección anómala de la atención del hipocondríaco ha recibido en psicopatología un término muy adecuado: *paraprosxia* (17) y lo es porque quién lo padece parece desconectarse perceptivamente de su entorno (prefijo “para”), mientras se centra en las producciones somáticas (P-1: “*Mi hermano dice que últimamente estoy muy callada, pero él ni se figura lo que yo estoy sufriendo al estar metida en lo que siento dentro de mí. Reconozco que esto no es muy normal*”, “*Mi madre me ve despistada y es que no echo cuenta, porque estoy en lo mío*”; P-2: “*Muchas veces me hablan y ni me entero, pero no lo hago queriendo, sino que me encuentro en mi mundo.... pero ¿cuál es mi mundo? Es mi pecho y mi corazón, que no va bien, aunque nadie lo crea*”). Esto explica que: a) sean conscientes de sensaciones que para otros pasan desapercibidas, b) éstas aumentan su intensidad (hiperestesia), c) existe una falta de atención al entorno debido a lo continuado del fenómeno y d) que es detectada por los demás, quienes frecuentemente se enfadan, al comprobar que el hipocondríaco no escucha, realiza mal una tarea o simplemente se le olvida.

Lo expuesto tiene su correlato en el discurso del paciente ocupado, casi en exclusiva, en aquello en lo que vuelca su atención, resultando monótono y machacón (monotemático), pues se centra en las molestias; se trata de “molestias” porque las sensaciones, trágicamente vividas, resultan insoportables. De ahí que la escucha del hipocondríaco resulte agotadora, lo que obliga (espontáneamente) a realizar intentos para que cambie de tema (dilación), aunque no se logre o solo se consiga momentáneamente. Habría que añadir que la repetición temática aumenta aún más la atención sobre sí mismo colaborando a la amplificación de las sensaciones, ahora experimentadas como nocivas e inquietantes. Noyes (1) entiende el autoescrutinio intenso como el mecanismo patogénico de la hipocondría y Jaspers (18) repara en cómo la atención puede exagerar las sensaciones, mientras que la distracción hace que se olviden y disminuyan su poder. Se ha hablado de que, en estos enfermos, existe un “bajo umbral sensorial” que permite detectar fenómenos corporales inapreciables; este extremo ha sido confirmado en los pacientes y parece asociarse a la atención desviada: si alguien se encuentra demasiado volcado en un fenómeno concreto, desarrolla una gran sensibilidad hacia el mismo.

El médico no suele dar importancia a las sensaciones intensificadas, considerándolas carentes de la gravedad que le otorga el consultante, llegando a entenderlas como distorsionadas y hasta absurdas, lo cual irrita al paciente (P-2: “*El otro día estaba sentado escribiendo algo en mi ordenador y la mano se me durmió, pensaba que me moriría en ese instante. Me quedé blanco como la cera. Al día siguiente se lo conté a mi médico y vi dibujarse en su rostro una inoportuna sonrisa. Salí de allí más alterado de lo que entré y no le dije nada porque soy educado*”). Se añade que, al facultativo le resulta imposible introducir la “sintomatología” referida en uno de sus casilleros diagnósticos y eso le produce cierta intranquilidad, sobre todo si necesita constantes certezas y/o es incapaz de soportar la incertidumbre (más en aquellos médicos que tienen rasgos obsesivos). Entonces, no es extraño que respondan al paciente: “usted no tiene nada”, como efectivamente comunicaron los hipocondríacos en las entrevistas. Luego se verá cómo esto complica aún más la situación del enfermo, que puede llegar a ser desesperada (P-1: “*Las respuestas que me dan los médicos no me sirven porque dicen no encontrar nada. Yo les*

ruego que sigan buscando y ellos me responden: no se preocupe que no le pasa nada, si tuviera algo malo ya hubiera dado la cara”).

La atribución de un significado erróneo

Sobre las sensaciones habituales, transformadas subjetivamente en auténticas molestias físicas, se organizan ideas erróneas de manera que, sin que tengan una significación patológica, pasan a tenerla. Creen sufrir una enfermedad grave o incurable que aún no ha sido diagnosticada o que se ha pasado por alto (cáncer o infarto de miocardio, en los casos presentados). Se trata de una interpretación sustentada en las sensaciones captadas, que en psicopatología ha recibido el nombre de “ideas sobrevaloradas” (19,20). Estas se basan en un cambio de significado que transforma meras sensaciones elevadas de tono (significante) en síntomas médicos (significado) y, sobre ellas, va a girar la vida del paciente. Las personas que no padecen el trastorno aportan un significado correcto, aunque las sensaciones sean intensas. Este cambio puede estudiarse bien mediante la intelección de los signos lingüísticos que se ponen en juego en ambos casos (S: significante, s: significado) (figura 1). Se observa también, en los pacientes estudiados, que pueden interpretar como “enfermedad” ciertas manifestaciones visibles de la piel sin significado patológico (p. ej. lunares, verrugas) o fenómenos sintomáticos sin importancia (p. ej. cefaleas); en ambos casos llegaron a la conclusión de que se trataba de “cáncer”.

Las ideas expuestas muestran dos características importantes: a) los pacientes no las consideran absurdas, sino coherentes con la “clínica” que manifiestan y b) al no tratarse de un delirio, la firmeza que poseen (convicción) no es tan grande (20). Este último punto puede comprobarse en los siguientes diálogos mantenidos con los pacientes (M: médico, P: paciente):

* P-1:

P: *Mi vida es la enfermedad y no puedo pensar en otra cosa aunque ya me gustaría a mí. Sé que usted me ha dicho muchas veces que le doy muchas vueltas al tema, pero no me lo puedo quitar de la cabeza y a veces me agoto. Pienso que tengo una enfermedad incurable.*

M: *¿De veras lo cree?*

P: *Bueno, en ello estoy, intento que entre mi médico y mi ginecólogo me la diagnostiquen. Si le soy sincera, creerlo, creerlo de verdad, pienso que no aunque a veces parezca muy convencida.*

* P-2:

P: *Siempre estoy con lo mismo y usted ya estará harto de mí. Perdóneme si le doy la lata, pero creo que tengo una enfermedad cardíaca grave y eso no me deja vivir en paz.*

M: *¿Lo cree de verdad?*

P: *Sí, bueno..., yo...yo. En realidad, no lo sé. Quiero que el médico me diga qué me pasa porque así no puedo vivir. Estoy muy mal y realmente él no me echa ninguna cuenta y si es un profesional debería actuar conmigo de otra forma.*

Esto nos obliga a hacer un análisis un poco más profundo del asunto.

| NORMALIDAD | | HIPOCONDRIA (cambio en el significado): | |
|------------|----------------------|---|------------------|
| S | Sensación física | S | Sensación física |
| --- | = | ----- | |
| s | No tiene importancia | s | Enfermedad grave |

Figura 1. Cambio del significado(s) por el paciente hipocondríaco

La oscilación de la certidumbre subjetiva

Lo descrito parece tratarse de una incertidumbre sobre la naturaleza de las molestias que, en el discurso, toma la forma de una pregunta directa (¿tendré la enfermedad?) o indirecta (“no sé si padezco la enfermedad”). Cualquiera de ellas impulsa a resolver la tensión implícita mediante la confirmación médica, dado que el paciente no puede hacerlo por sí mismo (P-1: *“Me ha preguntado por qué voy al médico y le respondo con claridad: quiero que me diga lo que tengo, porque yo no lo sé”*). Se trata de una sospecha pendiente de confirmación y, en consecuencia, el valor de verdad de los enunciados es “indeterminado” ($Ve = i$). Al mismo tiempo, el paciente vive con horror la posibilidad de ser cierto que padeciera la enfermedad ($Ve = v$), de ahí que se encuentre preocupado y tenga miedo a la correspondiente confirmación (nosofobia); digamos que el cuerpo se convierte en un peligro potencial.

No podemos dejar de destacar la evolución que sigue este fenómeno: 1º) contempla la posibilidad de tener la enfermedad, basándose en hechos circunstanciales ($Ve = i$), 2º) roza la certeza de que la padece ($Ve = v$), 3º) pone en marcha el “principio de realidad” que le indica la imposibilidad de tener la enfermedad, logrando tranquilizarse temporalmente ($Ve = f$), 4º) de nuevo vuelve a aparecer la posibilidad de estar enfermo, como si fuera cierto ($Ve = v$) y 5º) busca una confirmación externa en la consulta médica y, cuando las exploraciones resultan negativas, vuelve a relajarse temporalmente ($Ve = f$). Nuevamente se produce la incertidumbre ($Ve = i$) y la certidumbre subjetiva ($Ve = v$), pues la tranquilidad le dura bastante poco. Esta lucha interna, entre las producciones subjetivas y los informes externos, es lo que hace que estas personas no sean psicóticas. Digamos que el psicótico no tiene armas para combatir al tener dificultades en su aproximación a la realidad, lo que le lleva a un verdadero convencimiento (delirante); por el contrario, la angustia y la lucha que se entabla son mecanismos claramente neuróticos.

La imposición de la realidad puede hacerlo el propio médico cuando el paciente es incapaz, surtiendo su efecto, cosa que no podría ocurrir en el caso de un delirante. Al negarle al hipocondríaco la presencia de la patología que cree tener, hace que se esfume la certeza, falseando el enunciado ($Ve = f$) aunque, más tarde, la incertidumbre vuelva a apoderarse de él (P-1: *“Hasta que no me dicen que no tengo nada, no me quedo tranquila. Luego, cuando me quedo sola, es otra cosa”*; P-2: *“Cuando el cardiólogo me dijo que todo estaba bien, respiré hondo y así estuve unos días, hasta que empezó el pinchazo y tuve que acudir de nuevo a la consulta”*).

Esta dinámica autoriza a hablar de “oscilaciones del valor de verdad” de los enunciados relativos a la enfermedad, de ahí la correcta referencia a la preocupación o al miedo; la primera tiene lugar cuando solicitan ayuda (P-1: *“Iba a la consulta porque no podía más, porque estaba verdaderamente angustiada y casi convencida de tener cáncer”*) y el segundo por creer que van a recibir una mala noticia (P-1: *“Tenía mucho miedo cuando iba a recoger el resultado, el corazón iba a cien por hora”*; P-2: *“Todo me daba vueltas cuando me dolía el pecho y me hicieron el electro. Le pregunté al médico con voz entrecortada ¿es un infarto?”*).

El contenido imaginario de la idea hipocondríaca

Yendo un poco más allá en el análisis es posible descifrar la constitución de la idea sobrevalorada. Tal como la investigación demuestra, los hipocondríacos tienen un pensamiento del que no podemos decir que sea simbólico (palabras) sino imaginario (imágenes), pues llegan a contemplarse a sí mismos como auténticos enfermos clavados en figuras que poseen un grandísimo realismo, lo que puede describirse como si fuera un retrato negativizado de sí mismos. Trátase de una figuración que les apresa y de la que, al menos momentáneamente, no pueden escapar y entonces surge el terror; ello habla del poder tan inmenso que tiene la imaginación en estos casos (P-1: *“Cuando me tengo por una enferma cancerosa, me veo a mí misma en la cama demacrada, pálida y ojerosa y lo veo tan claramente como le estoy viendo a usted. Entonces me entran ganas de acabar con todo de una vez por todas”*).

Se añade que estas imágenes se encuentran apoyadas por las sensaciones físicas, capaces de aportarles realismo y credulidad. Pero, también puede producirse el movimiento contrario: prefigurarse como un enfermo puede desviar aún más la atención sobre el cuerpo y captar las sensaciones intensificadas y de ahí a la interpretación, cerrándose el círculo. Cuando todo esto se encuentra bien organizado, el paciente se introduce en una serie de “laberintos subjetivos” de los que le cuesta trabajo salir, comenzando el periplo de consultas médicas, pruebas, nuevas citas, análisis, etc., que no hacen sino volver a centrar aún más la atención en el cuerpo y en la “enfermedad” y a no atender otros aspectos de la vida, relegados ahora a un segundo plano. Tan solo las comprobaciones (p. ej. resultado negativo de alguna prueba), puede sacarlo de este círculo infernal pero solo de modo pasajero, asemejándose bastante a los “rituales de comprobación” de los obsesivos (21). No obstante, en el mejor de los casos, el paciente puede aplicar ciertas palabras y anular el efecto destructor o bien, si le resulta imposible hacerlo por sí mismo, mediante los mensajes del médico.

El esquema planteado puede complicarse aún más, del siguiente modo: no es extraño que una experiencia tan intensa como ésta desencadene emociones (p. ej. inquietud, temor, miedo, ira, etc.), las cuáles, a su vez, activan el sistema nervioso vegetativo produciendo nuevas manifestaciones físicas (p. ej. parestesias, palpitaciones, sudoración, oleadas de frío y de calor, etc.) que pueden ser interpretadas de manera anómala. El análisis efectuado no resulta incompatible con lo que antes se dijo respecto al significado, pues Lacan ha asociado el significante al registro simbólico, mientras que el significado se refiere a lo imaginario e insistió, desde el principio de su obra, en el peligro que revisten las imágenes para la persona (22).

Aquí es justo donde comienza el empobrecimiento psicológico del enfermo (P-1: “*Creo que me he metido yo sola en un problema imponente, pues estar tan centrada en este asunto ha tenido consecuencias nefastas en mi vida. Entre ellas que, lamentablemente, he dejado de salir con las amigas y mi mundo se ha reducido bastante*”). De ahí, el deterioro (social, familiar, laboral, de pareja, etc.) que se produce en este trastorno, al no existir otro contenido en la conciencia y en las derivas comportamentales que la supuesta enfermedad, desestimando otras facetas que podrían resultar enriquecedoras. La psicoterapia del hipocondríaco procura suministrar contenidos que rivalicen con la idea de enfermedad y que hagan prosperar un aparato psíquico en franco retroceso.

La relación médico-paciente en la hipocondría

Resulta muy interesante estudiar cómo es el contacto y la comunicación con el médico. Frente a este último, el enfermo se muestra aparentemente convencido de tener un trastorno grave ($Ve = v$), pero este aspecto puede entenderse dialécticamente: a medida que el médico presiona indicándole que “no tiene nada”, el paciente más se reafirma en su “patología” y, que así sea, hace que el médico confirme su postura, pensando que está creando un problema de la nada. Entonces, el paciente intenta demostrar al facultativo que tiene razón, en contra de los criterios expertos de este y, así las cosas, se llega a una rivalidad entre ambos completamente innecesaria. En este contexto, el hipocondríaco puede llegar a tener explosiones emocionales e, incluso, a agredirlo verbalmente, sobre todo cuando se le niega el estatuto de “candidato a ser enfermo” (P-2: “*En un momento determinado llegué a la conclusión de que mi Médico de Familia era un cretino y prácticamente se lo dije*”). Finalmente, le exige nuevas pruebas y si el médico se niega, piensa que no lo ha entendido, desconfía de él, lo cuestiona y descalifica, llegando a convertirlo en un simple deshecho, que ya no tiene utilidad, dirigiéndose a otro sitio en busca del reconocimiento que no ha obtenido (P-1: “*Como ese ginecólogo no me tomó en serio, busqué otro que se preocupase por mí y me atendiera en condiciones*”).

La rivalidad mencionada no se presentó en esta investigación, pues le dimos a los pacientes lo que realmente necesitan: un lugar de escucha para sus molestias somáticas y psíquicas, sin ser enjuiciados y la respuesta positiva se hizo notar (P-1. “*Cuando vengo aquí y me escucha veo que me entiende, siento que tengo que ser menos hostil para defender mi terreno y me tranquilizo. En cambio, cuando voy a mi médico, me pongo negra pues sé lo que está pensando y es como si tuviera que explicarle constantemente lo mal que estoy*”). Esto demuestra que hay

que ubicar el síntoma (hipocondríaco) en una dimensión intersubjetiva. Indica, además, que el paciente no puede ni quiere deconstruir o eliminar aquello que le mantiene en vilo: la enfermedad y la relación particular que mantiene con el sistema sanitario y sus distintos componentes; adopta una manera curiosa de estar, pues ni se encuentra dentro del campo de la enfermedad (como enfermo diagnosticado) ni tampoco fuera (como individuo sano), hallándose en los límites de la patología y del sistema sanitario, pudiendo ser calificado de “pendiente de un diagnóstico definitivo”. El movimiento derivado de este estatuto tan particular resulta fundamental para él y hasta es posible decir que es un constituyente de su vida; de ahí que no sea tan fácil el tratamiento e, incluso, cuando los síntomas son tratados pueden empeorar (16).

Cuando el hipocondríaco es enviado al psiquiatra suele responder mal, ya que descarta de entrada que lo suyo sea un problema psíquico (P-2: *“No entendía cómo mi médico me mandaba al psiquiatra ¡a un psiquiatra nada menos!, pues yo no tenía nada mental. Después de un tiempo de hablar con usted lo veo de otra forma”*).

Intelección sobre el origen de las manifestaciones del hipocondríaco

Ahondando un poco más en los datos que tenemos, es posible decir que estas personas dirigen la mirada hacia su propio cuerpo y, en ese movimiento, dejan de preocuparse por otras dimensiones de su existencia. Freud resaltó la actividad narcisista tan acusada de estos individuos (23), y Fenichel habló de “retraimiento narcisista” (24). Estos sucesos pueden representarse en el llamado, dentro del ámbito de la lógica, “Cuadrado de Apuleyo” (25) y en él se observa la dirección de los intereses del paciente; se descubren varios movimientos dignos de estudiarse (figura 2):

a) Desplazamiento de la conciencia del otro hacia el cuerpo propio. El paciente requiere que la atención de los demás se dirija a su cuerpo, debido a los “terribles” (pero supuestos) síntomas que en él se producen. Todos deben estar pendientes de sus “alarmas físicas”, lo mismo que él lo está (P-1: *“Cuando me pongo mal quiero que todos estén a mi alrededor y si es preciso que llamen al médico para que venga a visitarme. También me ha sucedido en el trabajo, donde no puedo soportar que mis compañeras no me apoyen en esos momentos críticos”*). Evidentemente, el médico debe ocupar ese mismo sitio pues, de lo contrario, puede ser objeto de acusaciones, cuando no de reclamaciones. Del psiquiatra se espera, al menos inicialmente, que se halle también atento a sus signos físicos, pero este especialista tiene que salirse de ahí para establecer una relación diferente.

b) Desplazamiento de la propia conciencia al cuerpo propio. Este vector explica que el hipocondríaco se halle pendiente de su cuerpo y no atienda otros aspectos personales, como puede ser pensar en nuevas alternativas o simplemente darse cuenta de lo que le está sucediendo. Se trata del desinterés más absoluto por la propia vida mental y de los demás lo que le lleva, una vez más, a su propio deterioro. Dicho de otra manera: muestra una arquitectura psíquica elemental que, si se mantiene, fracasa la actividad de sus representaciones mentales, que son las que le llevarían a una posible salida del problema, siendo su vida psíquica bastante chata y empobrecida (P-2: En una de las primeras entrevistas dice: *“Me han planteado que piense que lo mío es psicológico, pero me he negado en redondo. A decir verdad, no tengo demasiado interés en ahondar en nada, así es que eso es lo que tenemos”*).

c) Desplazamiento del interés desde el cuerpo del otro al propio. Indica una retracción en la que el cuerpo del otro ya no tiene el significado para el paciente, salvo si está enfermo, en cuyo caso, de repente, cobra interés. Esta vía explica la pérdida del deseo que suelen tener (P-2: *“Últimamente no me ocupo de mi mujer; ella se ha dado cuenta y me lo dice. Ve muy raro que no tenga apetencia con el poco tiempo que llevamos casados”*).

La figura 2 muestra cómo todos los vectores convergen sobre el cuerpo propio, que se constituye en el centro de todo, lo que se asocia con el repliegue desmesurado sobre éste; Rojo Sierra se ha referido al “cuerpo como cárcel” (26). Esto hace que el hipocondríaco se halle tan absorto en sí mismo que desatienda a los demás, no importándole demasiado los pesares que cause, ni siquiera las molestias o los gastos que ocasione al sistema, llegando incluso a tomar una postura demandante y hasta agresiva (P-1: *“En algún momento, sin querer, me he puesto un poco borde con mi Médico de Familia, pues le he exigido que me haga un análisis de la*

CPK y él se ha negado ya que pensaba que no iba a dar ningún resultado). Ello le convierte en un ser incapaz de contactar auténticamente con los demás, imposibilitándose el “encuentro humano”, en el sentido de Buber (27) y de Rof (28), y le conduce poco a poco a una absorción por el cuerpo, paralizando o impidiendo su curso biográfico. La psicoterapia debe seguir justo el camino inverso que recorren espontáneamente y, para ello, resulta fundamental una vuelta hacia sus propios procesos mentales, dado que ahí es donde pueden llevar a cabo una intelección del problema y poder deconstruir las poderosas imágenes mentales que le mantienen prisionero. Esto significa introducir al “sujeto” que, como vemos, falta en toda la trama establecida.

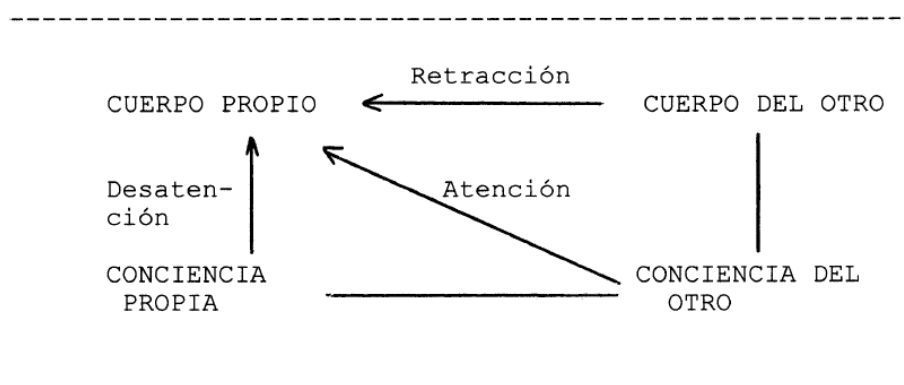


Figura 2. Movimientos subjetivos en la hipocondría representados en el Cuadrado de Apuleyo.

DISCUSIÓN

La hipocondría, ya conocida por los clásicos (Hipócrates, Areteo de Capadocia o Galeno), no muestra en la actualidad un consenso sobre si se trata de un síndrome, una enfermedad, una categoría concreta, un modo de ser, etc. y así queda reflejado en las clasificaciones con las que contamos (7,8). Se añade que son pocos los textos publicados sobre esta materia; incluso, el mismo Freud nunca le consagró un capítulo especial y lo que dijo sobre ella se encuentra disperso en varios trabajos (23). Esta actitud generalizada parece corresponderse con el hecho de que la hipocondría se infiltra en cuadros mórbidos muy diversos (depresiones, síndromes predemenciales, psicosis, cuadros orgánicos, trastornos adaptativos, etc.), de ahí su falta de exclusividad y la dificultad para aislarla.

A pesar de ello, hemos adoptado una postura arriesgada, al dedicarnos a investigar en este resbaladizo terreno y a entresacar aquellos componentes psicológicos que intervienen en la producción y/o mantenimiento de la alteración. Para lograrlo, se tomaron pacientes que podrían diagnosticarse de “neurosis hipocondríaca” en quienes la manifestación predominante era la preocupación por la salud, lo que no impedía la aparición de otros síntomas del espectro neurótico (fobias, anancasmos, nerviosismo, etc.), pero no se constituían en lo principal del cuadro. Esta actitud hubiera agradado bastante a Falret quién, en 1822, asoció la hipocondría al terreno de la neurosis.

El empleo del Método de Abordaje de la Subjetividad (MAS) ha ayudado a registrar, con ciertas garantías de éxito, los enunciados de los pacientes (12-14); ello es debido a que se les permite decir cuánto quieran, en el clima sosegado y exento de juicios de valor de una consulta médica. Del abundante material (verbal) obtenido, solo nos hemos quedado con aquellos enunciados (los de “tipo I”) que se refieren específicamente al problema, desechando el resto. Con semejante proceder, se han cumplido los objetivos de la presente investigación, al descubrir que:

1º) El sujeto intensifica las sensaciones cenestésicas, conectado con una atención exagerada hacia el cuerpo. Pero, como ha señalado Schilder, el cuerpo del que aquí se trata no es “el que se ve”, sino el que “no es

visto”; una precisión interesante que separa la hipocondría de la dismorfofobia, fenómenos completamente diferentes (29).

2º) La discursiva del hipocondríaco se relaciona con aquello que le preocupa, lo que produce aburrimiento en el oyente no solo por su repetición, sino porque se trata de un discurso desubjetivado, es decir que el “sujeto” no aparece por ningún lado (p. ej. no hablan de su vida conyugal o de las relaciones con sus compañeros de trabajo).

3º) Sobre estos fenómenos se montan interpretaciones erradas, al afirmar tener una enfermedad inexistente apoyándose en las señales (deformadas) del cuerpo. Sabemos por la moderna epistemología que todo conocimiento adquirido debe tener un sustento real; el hipocondríaco se procura ese fundamento en las sensaciones creándose un condicional lógico que se repite hasta la saciedad (“si siento que algo funciona mal, entonces es que estoy muy enfermo”).

4º) Un análisis exhaustivo del asunto demuestra que no existe una certidumbre absoluta; al contrario, el paciente produce enunciados inciertos (“podría tener cáncer”), que intenta reconfirmar de diversas maneras (consultas repetidas, lecturas, internet, pruebas, etc.), sobre todo cuando lo cree cierto (“tengo cáncer”). La tranquilidad solo es pasajera y le viene tan pronto como recibe la buena nueva de no tener la patología temida. Esto se repite de manera constante, conformando actividades de comprobación que se parecen bastante a lo que le sucede a los obsesivos, de ahí que algunos autores hayan incluido a la hipocondría en el espectro del trastorno obsesivo, sin demasiado fundamento (30); por nuestra parte sí hemos encontrado “oscilaciones del valor de verdad” en los hipocondríacos, de manera parecida a aquéllos (21). Para comprender este fenómeno nos hemos apoyado en una “lógica trivalente” (tres valores de verdad) al modo en que fue desarrollada por Lukasiewicz.

La relación particular que el paciente mantiene con su médico, que llega a adoptar tintes de rivalidad explica por qué el paciente se obstina en mantenerse en una defensa encastillada de la idea hipocondríaca, hasta hacerlo parecer delirante. En las entrevistas que hemos mantenido, ha bastado con desalojarse de esa posición para que se tranquilicen y puedan reflexionar sobre la idea morbosa. Por el contrario, cuando esta rivalidad especular se mantiene, puede llegar a límites insospechados; entonces el médico piensa que el paciente le está haciendo perder un tiempo del que no dispone, cuando en realidad “no tiene nada” y el último de ellos, cree que no ha sido atendido debidamente porque el facultativo no se quiere enterar de su problema, que es muy serio. De ahí se sigue, que el síntoma hay que entenderlo en su naturaleza dialéctica en la que el médico le da una significación que retroactivamente influye sobre el paciente. Resulta comprensible que esta dinámica pueda ser desconcertante para el médico no psiquiatra.

5º) No podemos olvidarnos de que los significados del hipocondríaco se nutren de las imágenes y estas son bastante poderosas pues acaban asumiéndose como reales (22). Las imágenes interaccionan nefastamente con las sensaciones físicas en un doble sentido: alimentan a estas últimas y las sensaciones aportan realismo a las primeras.

6º) Los sucesos que relatan los hipocondríacos les hacen centrarse en su propia persona, convirtiéndolos en egocéntricos en extremo, de ahí que Freud (23) haya afirmado que la hipocondría es “la vía regia que conduce al narcisismo originario”. Esta actitud se muestra no solo en que prefieren sus órganos a las personas, sino en la sobrevaloración de sí mismos que demuestran cuando responden al médico cuestionando su saber y/o rechazando cuanto éste les ofrece. Este retraimiento y el conflicto subsecuente en las relaciones interpersonales o el abandono progresivo de las mismas impulsan al deterioro psicológico del paciente.

Resta decir que la deconstrucción del síntoma sólo puede realizarse tácticamente, mediante un tratamiento psicoterapéutico reglado. Inicialmente (en 1884), Freud (23) se mostró poco partidario de un trabajo semejante, pues incluyó a la hipocondría en el campo de la *Aktualneurose* y, en consecuencia, existía por parte del paciente una imposibilidad para desarrollar un nexo transferencial efectivo. El mismo Gillespie (2) habló de ausencia de respuesta en este tipo de intervenciones. Se trata de afirmaciones que hoy en día no se sostienen, pues contamos con un arsenal técnico mucho más sofisticado para poder abordar el trastorno.

El estudio propuesto tiene por finalidad dilucidar las coordenadas subjetivas de paciente hipocondríaco, lo cual viene muy bien porque, como indican Barsky y Klerman (9), se sabe muy poco sobre el trastorno. Con ello hemos puesto los cimientos para realizar un abordaje psicoterapéutico eficiente, pues lo planteado permite conocer las dificultades con las que vamos a encontrarnos. De estas conclusiones se desprenden otros tantos objetivos terapéuticos (p. ej. desviar la atención del paciente respecto al cuerpo, contemplar lo descabellado de sus sensaciones, aproximarse a la incertidumbre que padece, etc.). Todo ello debe desarrollarse con paciencia y en un clima comprensivo; en este sentido, Barsky y Whysak han indicado que la herramienta terapéutica más poderosa es el médico en sí mismo, su atención, preocupación, interés y la escucha activa (31).

De no trabajarse en esta dirección, la condena del paciente a saltar de médico en médico está asegurada y, cómo no, el deterioro al no considerar otra cosa que no sea la (supuesta) enfermedad en la que se instala de forma permanente. Pero, para conseguir estas metas, lo primero es enterarse de qué le sucede a la persona que consulta, lo que nos lleva a recordar la famosa respuesta que D. Gregorio Marañón dio una vez cuando le preguntaron “¿cuál es el instrumento que más ha hecho progresar a la Medicina?”, respondiendo sin vacilar: “¡la silla!”.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Noyes R. Hipocondria. En: Gelder MG, López- Ibor JJ, Andreasen N. Tratado de Psiquiatría (vol. 2). Barcelona: Ars Médica; 2000.
2. Gillespie RD. Hypochondria: its definition, nosology and psychopathology. *Guys Hospital Report*. 1928; 8:408-460.
3. Vallejo-Ruiloba J. Introducción a la psicopatología y la psiquiatría. 8ª ed. Barcelona: Masson; 2015.
4. Kenyon FE. Hypochondriasis: a clinical study. *Br J Psychiatry*. 1964; 110: 478-488.
5. Barsky AJ. Hypochondriasis. medical management and psychiatric treatment. *Psychosomatics*. 1996; 37: 48-56.
6. Bass C, Murphy M. Somatoform and personality disorders syndromal comorbidity and overlapping developmental pathways. *J Psychosom Res*. 1995; 39: 403-427.
7. American Psychiatric Association. DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson; 1995.
8. Organización Mundial de la Salud. 10ª Revisión de la CIE: Trastornos Mentales y del Comportamiento. Madrid: Meditor; 1992.
9. Barsky AJ, Klerman GL. Overview: hypochondriasis, bodily complaints and somatic stiles. *Am J Psychiatry*. 1983; 140: 273-283.
10. Fallon BA, Feinstein S. Hypochondriasis, in Somatoform and Factitious Disorders. Am Psychiatric Press. 2001; 20(3): 27-66.
11. Mayou R, Levenson J, Sharpe M. Somatoform disorders in DSM-V. *Psychosomatics*. 2003; 44: 449-451.
12. García JM. El Cáncer de mama (2): metodología de la subjetividad. Sevilla: Punto Rojo; 2016.
13. García-Arroyo JM. Análisis lógico de los estadios iniciales de la esquizofrenia. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*. 2017; 63(2): 79-87.
14. García-Arroyo JM. La distimia femenina y los fenómenos de amor y desamor. *Revista de Neuro-Psiquiatría*. 2019; 82(3): 218-26.
15. Deaño A. Introducción a la lógica formal. Madrid: Alianza; 1996.
16. Barsky AJ, Whysak G, Klerman GL. The somatosensory amplification scale and its relation to hypochondriasis. *J Psychiatric Res*. 1990; 24: 323-34.
17. López JM, Higuera A. Compendio de Psicopatología. 4ª ed. Granada: CEP; 1996.
18. Jaspers K. Psicopatología general. Ciudad de Mexico: FCE; 1993.

19. Alonso F. Fundamentos de la Psiquiatría Actual Vol.1. Madrid: Paz-Montalvo; 1979.
20. García-Arroyo JM. Guías Docentes (3): Evaluación en pensamiento. Sevilla: APPS; 2016.
21. García-Arroyo JM. Análisis lógico-borroso de las oscilaciones del valor de verdad de las proposiciones de contenido obsesivo. Bilbao: Actas del XIX Congreso Nacional de la SEP; 1993.
22. Lacan J. Escritos (2 vols). Madrid: Siglo XXI; 1977.
23. Freud S. Introducción al narcisismo. En: Freud S. Obras Completas. Madrid: Biblioteca Nueva, 1981.
24. Fenichel O. Teoría psicoanalítica de las neurosis. Buenos Aires: Paidós; 1984.
25. Gortari E. Diccionario de la lógica. Ciudad de México: Plaza y Valdés; 2000.
26. Rojo-Sierra M. Lecciones de Psiquiatría. Valencia: Promolibro, 1983.
27. Buber M. Yo y tú. Buenos Aires: Nueva Visión; 2002.
28. Rof-Carballo J. El hombre como encuentro. Madrid: Alfaguara; 1973.
29. Schilder P. Imagen y apariencia del cuerpo humano. Buenos Aires: Paidós; 1983.
30. Fallon FA, Qureshi AI, Laje G, Klein B. Hypochondriasis and its relationship to obsessive-compulsive disorder. Psychiatr Clin North Am. 2000; 23: 605-616.
31. Barsky AJ, Whysak G. Hypochondriasis and somatosensory amplification. Br J Psychiatry. 1990;157: 746-752.

ENLACE ALTERNATIVO

<https://revistas.upch.edu.pe/index.php/RNP/article/view/4037/4590> (pdf)