



**VULNERABILIDAD COGNITIVA A LA
HIPOCONDRIA: INTRUSIONES,
VALORACIONES Y CREENCIAS
DISFUNCIONALES**

COGNITIVE VULNERABILITY TO HYPOCHONDRIASIS:
INTRUSIONS, APPRAISALS AND DYSFUNCTIONAL BELIEFS

TESIS DOCTORAL

Presentada por:

SANDRA ARNÁEZ SAMPEDRO

Dirigida por:

Dra. D^a. AMPARO BELLOCH FUSTER

Dra. D^a. GEMMA GARCÍA SORIANO

Valencia, julio 2019

Universitat de València

Facultat de Psicologia

Departament de Personalitat, Avaluació i Tractaments Psicològics

Programa de Doctorado en Investigación en Psicología

**VULNERABILIDAD COGNITIVA A LA
HIPOCONDRIA: INTRUSIONES,
VALORACIONES Y CREENCIAS
DISFUNCIONALES**

COGNITIVE VULNERABILITY TO HYPOCHONDRIASIS:
INTRUSIONS, APPRAISALS AND DYSFUNCTIONAL BELIEFS

TESIS DOCTORAL

Presentada por:

SANDRA ARNÁEZ SAMPEDRO

Dirigida por:

Dra. D^a. AMPARO BELLOCH FUSTER

Dra. D^a. GEMMA GARCÍA SORIANO

Valencia, julio 2019

Este estudio ha sido subvencionado por el Ministerio de Ciencia, Innovación y Universidades por medio de una beca FPU (FPU14/02795) y por el Ministerio de Economía y competitividad por medio de un proyecto de investigación (PSI2013-44733-R).

A mis padres y a mi hermana

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar quisiera agradecer de forma especial a las dos directoras de esta tesis, la Dra. Amparo Belloch Fuster y la Dra. Gemma García Soriano, por la confianza depositada en mí a lo largo de todos estos años y por haberme brindado la oportunidad de trabajar con ellas. Quisiera agradecerles su esfuerzo, paciencia, disponibilidad y ayuda durante todo este tiempo. La ilusión y pasión que ponéis y transmitís por vuestro trabajo es cuando menos inspiradora. Esta tesis no hubiera sido posible sin vosotras. Gracias.

Asimismo, quisiera dar las gracias a mis compañeras por todos los momentos compartidos. A Gertrudis Fornés por tener siempre las palabras adecuadas. A María Roncero por su dulzura y calidez. A Martha Giraldo por ser mi confidente incluso desde la distancia. Y a Belén Pascual por su positividad y entusiasmo.

A Jessica Navarro, porque, sin duda, estos años no hubieran sido lo mismo sin ti. Gracias por todo tu cariño.

Al grupo ITOC, y en especial a Jose López Santiago por haber estado siempre dispuesto a ayudarme. Gracias por evaluar a los pacientes y por todas las orientaciones que he recibido.

This experience would not have been the same without my Australian family. I do not have enough words of thanks to Dr. Vladan Starcevic (University of Sydney) for welcoming me to his research group as a visiting scholar not once but twice. Talks with you and your words of encouragement have been an indispensable part of this thesis. I would like to thank Dr. David Berle (University of Technology

Sydney) for welcoming me to his research group during my first stay in Sydney. It was a great experience for me to learn from you. I wish also to thank Dr. Vlasios Brakoulias for allowing me to attend clinical sessions with his patients. To Mani Viswasam, Vicki Riley and Marietta Coutinho for their love and for giving me everything they had in their hands to make me feel at home. Their hospitality knows no bounds. Finally, I would like to thank Andrea Torres for all her love and for discovering me the most wonderful places in Sydney.

También quisiera agradecer a todas las personas que han participado en la recogida de datos, desde el profesorado del departamento hasta el alumnado y sus familiares que han dedicado su tiempo y esfuerzo a completar los cuestionarios. Y, por supuesto, mi más sincero agradecimiento a los pacientes y a los/as psicólogos/as clínicos/as que los han evaluado.

A mi familia y amigos por su apoyo incondicional y por tener siempre palabras de aliento. Sé que esta tesis no es ninguna sorpresa para vosotros. Gracias por creer en mí por encima de todo.

A Miguel, por su infinita paciencia, comprensión y cariño, y por viajar a las antípodas las veces que haga falta para estar juntos. Gracias por hacerme sentir que puedo con todo.

ÍNDICE

Abreviaturas y siglas13

Presentación del trabajo17

MARCO TEÓRICO

Capítulo 1. Introducción general23

1. Manifestaciones clínicas de la hipocondría25

2. Diagnóstico y clasificación de la hipocondría34

3. Comorbilidad54

4. Diagnóstico diferencial59

5. Epidemiología y curso71

6. Causas de la hipocondría y la ansiedad por la salud77

MARCO EMPÍRICO

Capítulo 2. Justificación y objetivos generales119

Chapter 3. Preliminary study129

1. Introduction131

2. Method134

3. Results141

4. Discussion.....151

Chapter 4. Study 1157

1. Introduction159

2. Part 1.....162

2.1. Method163

2.2. Results.....168

2.3. Discussion175

3. Part 2.....177

3.1. Method177

3.2. Results	181
3.3. Discussion.....	184
4. Conclusion.....	187
Chapter 5. Study 2.....	189
1. Introduction.....	191
2. Method.....	194
3. Results.....	200
4. Discussion.....	208
Chapter 6. Study 3.....	213
1. Introduction.....	215
2. Method.....	218
3. Results.....	224
4. Discussion.....	230
Chapter 7. Study 4.....	235
1. Introduction.....	237
2. Method.....	239
3. Results.....	243
4. Discussion.....	248
Capítulo 8. Discusión general	253
Chapter 9. Main conclusions.....	277
Bibliografía.....	281
Anexos.....	329

ABREVIATURAS Y SIGLAS

APA	Asociación Americana de Psicología/American Psychiatric Association
ASI-3	Inventario de Sensibilidad a la Ansiedad-3/ Anxiety Sensitivity Inventory-3
BDI-II	Inventario de Depresión de Beck-II/ Beck Depression Inventory- II
CIE	Clasificación Internacional de las Enfermedades
DASS-21	Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés- DASS21/ Depression, Anxiety and Stress Scale- DASS21
DSM	Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales/ Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
GP	General practitioner
HAI	Health Anxiety Inventory
IHBS	Escala de Creencias Irracionales sobre la Salud/ Irrational Health Belief Scale
Illness-IT	Illness-related intrusive thought/s
INPIE	Inventario de Pensamientos Intrusos sobre la Enfermedad/ Illness Intrusive Thoughts Inventory
INPIOS	Obsessional Intrusive Thoughts Inventory
IU	Intolerance of uncertainty
MINI	International Neuropsychiatric Interview
OCD	Obsessive-compulsive disorder
OCI-R	Obsessive-Compulsive Inventory-Revised
OCCWG	Grupo de trabajo de las cogniciones obsesivas- compulsivas/ Obsessive Compulsive Cognitions Working Group
OMS	Organización Mundial de la Salud
OT	Overestimation of threat
PIE	Pensamiento/s intruso/s sobre la enfermedad

PSWQ	Inventario de Preocupación de Pensilvania/ Penn State Worry Questionnaire
SDIH	Structured Diagnostic Interview for Hypochondriasis
SHAI	Inventario Breve de Ansiedad por la Salud/ Short Health Anxiety Inventory
SSAS	Escala de Amplificación Somatosensorial
TAE	Trastorno de ansiedad por la enfermedad
TAF	Thought-action fusion
TAG	Trastorno de ansiedad generalizada
TOC	Trastorno obsesivo-compulsivo
TSS	Trastorno de síntomas somáticos
vs.	Versus
WHO	World Health Organization
WI	Whitely Index
YBOCS-M	Escala de obsesiones-compulsiones de Yale-Brown adaptada a la hipocondría- H-YBOCS-M/ Hypochondriasis Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale -Modified version

SÍMBOLOS Y TÉRMINOS ESTADÍSTICOS

α	Cronbach's Alpha
η^2	Eta-squared
r	Pearson correlation coefficient
r²	Coefficient of determination (r squared)
AFC	Análisis Factorial Confirmatorio
AFE	Análisis Factorial Exploratorio
AIC	Akaike's Information Criterion
AUC	Area Under the Curve
ANCOVA	Analysis of Covariance
ANOVA	Analysis of Variance

BTS	Bartlett's Test of Sphericity
CFA	Confirmatory Factor Analyses
CFI	Comparative Fit Index
CI	Confidence intervals
d	Cohen's d
DV	Dependent variable
df	Degrees of freedom
EFA	Exploratory Factor Analysis
EV	Explained variance
F	F-test
GFI	Goodness of Fit Index
IV	Independent variable
K	Kurtosis
KMO	Kaiser-Meyer-Olkin measure
M	Mean
ML	Maximum Likelihood
RMSEA	Root Mean Square Error of Approximation
ROC	Receiver Operating Characteristic
$_{SB}X^2$	Satorra-Bentler Scaled Chi-Square
SD	Statistical Deviation
SE	Standard errors
Sk	Skewness
t	Student's t
X^2	Chi-Square
z	Fisher's z

PRESENTACIÓN DEL TRABAJO

La hipocondría es un trastorno caracterizado por el miedo o la creencia de padecer una enfermedad grave a partir de la interpretación negativa de los signos y síntomas corporales. La confirmación por parte de un médico, después de una evaluación exhaustiva, de que el paciente no padece una enfermedad médica, no tiene como resultado una tranquilización segura y duradera. Por lo general, las personas que presentan hipocondría pueden experimentar una reducción de la ansiedad después de visitar al médico, pero esta reducción dura solo horas o días. Cuando se presenta otro síntoma, la ansiedad reaparece y el ciclo de preocupación hipocondríaca se reanuda. Además, la hipocondría se puede manifestar de diferentes maneras. Algunos pacientes tienen numerosos pensamientos intrusos y sensaciones durante el día que los llevan a consultar con la familia, amigos, internet o diferentes especialistas médicos para asegurarse de que no están gravemente enfermos o para identificar el curso de la enfermedad. Y, otros pacientes, por el contrario, evitan a los proveedores de servicios de salud y cualquier referencia a la enfermedad en su vida diaria, para que no aumente la ansiedad que buscan reprimir. La hipocondría se ha conceptualizado también, desde los modelos cognitivos, como la forma más extrema de ansiedad por la salud.

Las propuestas cognitivo-conductuales de la hipocondría y las investigaciones recientes en torno a este trastorno han sugerido diferentes variables cognitivas como posibles factores de riesgo para el desarrollo y mantenimiento del problema. Entre ellos, destacan: los pensamientos intrusos sobre los posibles peligros para la salud, las

valoraciones/interpretaciones y creencias disfuncionales asociadas a estos pensamientos, y los supuestos o creencias disfuncionales sobre la salud/enfermedad. Aunque todas estas variables se han señalado, en la literatura científica, como factores de vulnerabilidad hacía la hipocondría, no existen apenas estudios en los que se analice su papel en la génesis y evolución del trastorno, y los resultados obtenidos tampoco son del todo concluyentes. Por todo ello, la presente Tesis tiene como finalidad clarificar el rol que juegan los pensamientos intrusos, las valoraciones/interpretaciones y las creencias disfuncionales (sobre los pensamientos y sobre la salud/enfermedad) en la hipocondría y la ansiedad por la salud.

El primer capítulo incluye una introducción general en la que se recogen las características clínicas y diagnósticas de la hipocondría. Asimismo, se describen las principales variables cognitivas implicadas en el trastorno y una aproximación a los modelos cognitivo-conductuales más relevantes para explicar la hipocondría.

El segundo capítulo presenta la justificación y los objetivos generales de la Tesis, a los que se va a tratar de dar respuesta a través de los estudios que se recogen en los siguientes capítulos.

Los capítulos tercero, cuarto, quinto, sexto y séptimo contienen cinco estudios empíricos diseñados para: realizar una validación adecuada a nuestro contexto de un instrumento que evalúa ansiedad por la salud (Estudio preliminar), estudiar la universalidad y dimensionalidad de los pensamientos intrusos sobre la enfermedad (Estudio 1 y 2), el papel de las valoraciones/interpretaciones y creencias disfuncionales como factores implicados en la escalada de los

pensamientos intrusos a síntomas clínicamente significativos (Estudio 2 y 3) y, por último, el papel del entorno familiar en la adquisición y mantenimiento de supuestos o creencias disfuncionales sobre la salud/enfermedad (Estudio 4).

Todos los estudios descritos en la Tesis incluyen una breve introducción, método, resultados y discusión de los principales resultados.

El capítulo octavo incluye una discusión general de los principales resultados de la Tesis, así como sus implicaciones clínicas, limitaciones y direcciones futuras.

Por último, el capítulo noveno enumera las principales conclusiones de la Tesis.

MARCO TEÓRICO

CAPÍTULO 1
INTRODUCCIÓN GENERAL

1. Manifestaciones clínicas de la hipocondría

La hipocondría se caracteriza por una preocupación excesiva y persistente por tener una o más enfermedades graves, a partir de la interpretación personal de síntomas somáticos (*DSM-IV-TR*; Asociación Americana de Psicología [APA], 2000). Pilowsky (1967) en un estudio clásico sobre el tema identificó las siguientes tres dimensiones de la hipocondría: preocupación por el cuerpo, fobia a la enfermedad y convicción de sufrir una enfermedad sin respuesta al reaseguro. No obstante, la evidencia empírica y la práctica clínica, han sugerido otras características adicionales en los pacientes con hipocondría, tales como (Starcevic, 2001):

1. Presencia de síntomas corporales
2. Preocupación por el cuerpo
3. Temor a la presencia de una enfermedad grave
4. Sospecha de la presencia de una enfermedad grave
5. Comportamientos característicos, tales como la comprobación corporal y la búsqueda de reaseguro
6. Resistencia al reaseguro médico que confirma la ausencia de una enfermedad orgánica

La intensidad de estos componentes puede variar a lo largo del tiempo, y no es necesario que estén todos presentes para realizar el diagnóstico de hipocondría. Además, pueden no darse en el mismo grado en todos los pacientes, lo que contribuye a una mayor heterogeneidad del trastorno. Por ejemplo, algunos pacientes con

hipocondría se encuentran seriamente preocupados por la presencia de síntomas somáticos, mientras que en otros estos síntomas no están presentes. Del mismo modo, algunos pacientes están preocupados por la posibilidad de padecer una enfermedad grave en el futuro, mientras que otros mantienen la creencia de que la enfermedad ya está presente.

A continuación, se realizará una explicación detallada de los componentes antes mencionados.

Presencia de síntomas corporales. Los pacientes con hipocondría se quejan de la presencia de síntomas corporales que no tienen una base orgánica, o bien, si existe una enfermedad médica, la preocupación por los síntomas se considera desproporcionada. Pueden quejarse de uno o más síntomas al mismo tiempo y, aunque no hay síntomas típicos de la hipocondría, se ha observado que los más frecuentes son aquellos que se centran en la cabeza, en el pelo, en el cuello, en el abdomen, en el pecho, en la musculatura, en el sistema nervioso central, los gastrointestinales y los dermatológicos (Kenyon, 1976; Pilowsky, 1970). Los pacientes con hipocondría experimentan muchas sensaciones y síntomas, sin embargo, únicamente suelen informar de aquellas que consideran que son una señal de enfermedad grave, que son las que realmente les preocupan. En general, describen sus síntomas de forma vaga e imprecisa y tienden a interpretar los síntomas ambiguos de manera catastrófica (Hitchcock y Mathews, 1992; Robbins y Kirmayer, 1996). Además, estos pacientes presentan una marcada intolerancia a la incertidumbre somática y buscan continuamente indicios de que su estado de salud es bueno (Slavney, 1987).

Los pacientes con hipocondría no están preocupados por los síntomas en sí mismos, sino por las implicaciones y el significado que tienen estos síntomas (Barsky y Klerman, 1983). En este sentido, Haenen, Schmidt, Schoenmakers y van den Hout (1997) señalaron que existía una relación entre la percepción que tienen los pacientes de sus síntomas corporales y la forma en la que reaccionan a los mismos: los pacientes que experimentan alguna sensación corporal o síntoma que les resulta inexplicable sienten un mayor miedo e irritabilidad. Así pues, consideran que todas las sensaciones corporales son potencialmente peligrosas y hay que prestarles «atención plena».

Preocupación por el cuerpo. Esta característica se refiere a la excesiva consciencia e interés por los síntomas y funciones corporales. Los pacientes con hipocondría realizan una cuidadosa escucha y evaluación de su cuerpo, que les conduce a preocuparse por cambios menores o normativos en el funcionamiento del cuerpo (p.ej., cambios en la presión sanguínea, peristalsis intestinal, etc.). Estos pacientes se encuentran preocupados por su salud la mayor parte del tiempo y son especialmente sensibles a la información relacionada con la enfermedad. En gran parte de sus conversaciones e interacciones sociales están presentes los temas relativos a la enfermedad, y «absorben» literalmente toda la información referente a este tema. Además, si escuchan o leen información sobre una enfermedad en concreto, comienzan a estar atentos a sus síntomas corporales, tratando de averiguar si ellos podrían estar sufriendo esa enfermedad.

La preocupación por el cuerpo en la hipocondría es frecuentemente de naturaleza obsesiva, poniendo énfasis en los detalles

y en las minucias de las experiencias somáticas. Los pacientes con hipocondría ansían tener bajo control todo lo que ocurre en su cuerpo, ya que los cambios corporales se viven como algo perturbador. Así, el *locus de control* de los pacientes con hipocondría en relación a la enfermedad es básicamente externo (Avia, 1999), lo que aumenta su ansiedad por la salud y fortalece la búsqueda obsesiva del control. Todo ello se traduce en el intento persistente de buscar reaseguro y la necesidad de comprobar que están sanos.

Temor a la presencia de una enfermedad grave. El temor a las enfermedades es común en los seres humanos, porque estas suponen una amenaza para la vida. No obstante, la mayoría de las personas consideran las enfermedades como amenazas para un futuro lejano o como un peligro que no les afectará a ellos. Los pacientes con hipocondría, sin embargo, razonan de un modo distinto, y temen que la enfermedad ya esté presente. Estos pacientes suelen estar preocupados por la presencia de una enfermedad grave de curso crónico y desenlace fatal (Salkovskis y Clark, 1993), por lo que se encuentran, frecuentemente, angustiados por sus pensamientos e imágenes sobre la muerte.

Sospecha de la presencia de una enfermedad grave. Los términos creencia y convicción de enfermedad han estado frecuentemente asociados a la hipocondría. Starcevic (1988) planteó que un término más ajustado para este trastorno sería «sospecha de enfermedad», ya que los pacientes con hipocondría, generalmente, sospechan que tienen una enfermedad grave que el médico no ha sabido detectar. Según este autor, la sospecha refleja incertidumbre, mientras que la

creencia/convicción refleja certeza. Para estos pacientes es difícil tolerar la incertidumbre y, continuamente, están buscando pruebas que determinen si la enfermedad está o no presente. Si no existe esa incertidumbre y el paciente está convencido de que padece la enfermedad a pesar de las evidencias contrarias, probablemente nos encontraríamos ante una creencia/ convicción delirante, que resulta incompatible con el diagnóstico de hipocondría.

Comportamientos característicos. Los comportamientos típicos de los pacientes con hipocondría son la comprobación y la búsqueda de reaseguro. La necesidad de encontrar una explicación «adecuada» para su enfermedad, se encuentra en la base de estas conductas. Estos pacientes realizan numerosas evaluaciones de su estado físico, preguntan repetidamente a los miembros de su familia, sus amigos y/o médicos para asegurarse de que no padecen la enfermedad que sospechan, y se auto-diagnostican con la ayuda de internet o manuales médicos, por nombrar algunos ejemplos. Starcevic, Kellner, Uhlenhuth y Pathak (1992) señalaron que estos pacientes no están interesados en conseguir un tratamiento eficaz, sino en encontrar una explicación suficientemente buena de su enfermedad. Como apuntan Barsky y Klerman (1983), estos pacientes están preocupados por el significado y la etiología de sus síntomas. Esta búsqueda de la autenticidad de los síntomas, por lo general, afecta de manera negativa a la relación médico-paciente, porque los médicos normalmente no ofrecen detalles y explicaciones sobre la etiología de la enfermedad. En consecuencia, los pacientes se muestran decepcionados porque sienten que el médico no reconoce sus necesidades, lo que les conduce a solicitar la repetición de las pruebas médicas y, en definitiva, a configurar un patrón de

conducta conocido como «doctor shopping». Así, los pacientes con hipocondría «coleccionan» informes médicos, pudiéndolos llegar a comparar, para encontrar incongruencias o desacuerdos entre médicos. Del mismo modo, ir de un médico a otro provoca que los pacientes hipocondríacos estén más y más resentidos, y terminen viéndose como víctimas del sistema de salud.

Resistencia al reaseguro médico rutinario. Con ello, nos referimos al reaseguro que normalmente se da a los pacientes después de realizarles exámenes físicos y pruebas médicas que descartan el origen orgánico o mórbido de los síntomas. Se ha observado que, ante tal reaseguro, algunos pacientes pueden irritarse e incluso enfadarse (Starcevic, 1990b). En algunos casos, aceptan el reaseguro, pero no resulta suficiente, y los pacientes necesitan reasegurarse una y otra vez, por lo que puede dar la impresión de que esta no ha sido efectiva (Starcevic, 2001). Diferentes autores han analizado los motivos por los que el reaseguro médico rutinario no es efectivo en estos pacientes. Avia (1999) señaló que se debía a la desconfianza hacia los médicos y la actitud de sospecha ante los mismos. Otro estudio llevado a cabo por Haenen y colaboradores (1997) mostró que los pacientes con hipocondría eran menos sugestionables, lo que podía explicar la falta de confianza en los médicos. Autores clásicos como Barsky, Coeytaux, Sarnie y Cleary (1993) han señalado que la resistencia al reaseguro médico es consecuencia de la creencia de que la buena salud es equiparable a un estado ideal en el que no existen síntomas ni malestar.

1.1. El espectro de las manifestaciones hipocondríacas

El rango o, en palabras de Starcevic (2001), el espectro de posibilidades de las manifestaciones hipocondríacas es amplio, pues oscila en un continuo de gravedad que va desde una excesiva «concienciación» sobre la importancia de cuidar la salud, hasta una formación delirante de las preocupaciones sobre la enfermedad, que están más cerca de la ruptura psicótica que de las preocupaciones de tipo ansioso sobre la enfermedad y la salud. La Figura 1 ejemplifica ese espectro.

Figura 1. El espectro de las manifestaciones hipocondríacas.



Fuente. Elaborado por Belloch, López-Santiago y Arnáez (2019) a partir de Starcevic (2001).

En el nivel más leve del espectro se sitúan los comportamientos excesivos que se llevan a cabo para mantener la salud en un nivel óptimo y para minimizar al máximo los riesgos de contraer enfermedades. En gran medida, estos comportamientos están promovidos y, por tanto, reforzados por valores sociales y económicos, que muchas personas convierten en objetivo fundamental de sus vidas. La «inundación» a la que frecuentemente nos vemos sometidos para responsabilizarnos de nuestro propio estado de salud (comer «sano», hacer ejercicio, evitar ciertos alimentos, mantenerse delgados, seguir ciertas dietas, etc.), puede inducir a perseguir un ideal de salud y, por tanto, a evitar cualquier actitud o comportamiento que lo pueda poner

en riesgo, facilitando con ello el desarrollo de comportamientos excesivos que acaben por convertirse en el objetivo primario y fundamental de la vida. En esos casos, la búsqueda y/o el mantenimiento de la salud puede llegar a adquirir características de una idea sobrevalorada, es decir, de una creencia que linda con lo psicopatológico. Si bien no hay estudios sistemáticos que hayan investigado la relación entre incremento de las preocupaciones hipocondríacas y asunción de actitudes, creencias y comportamientos como los mencionados, hay algunos datos que apuntan en esa dirección, aunque publicados hace ya algunos años (Lecci, Karoly, Ruehlman y Lanyon, 1996). La ansiedad por la salud, un término que, a menudo, se utiliza de forma intercambiable con el de hipocondría, y del que nos ocuparemos más adelante, entraría en su forma más leve en este nivel.

En el segundo nivel de gravedad se ubicaría la hipocondría transitoria, entendiéndose por ello una duración relativamente breve, inferior a 6 meses. Se trata de una situación bastante común entre personas que han recibido un diagnóstico de enfermedad importante, o que se están recuperando de un proceso agudo amenazante (p.ej., un infarto de miocardio, un ictus), pero también entre cuidadores de enfermos que padecen procesos irreversibles, o en situaciones de duelo complicado, o como consecuencia de algún acontecimiento vital amenazante. También es relativamente frecuente entre estudiantes de disciplinas relacionadas con la salud, como medicina, enfermería, o psicología clínica, si bien lo que se suele encontrar en estos casos es más bien un aumento de comportamientos de precaución sobre la propia salud y una mayor atención a posibles síntomas físicos y/o mentales,

que un incremento de preocupaciones, creencias y comportamientos típicamente hipocondríacos.

Las formas secundaria y primaria de hipocondría conllevan un nivel mayor de gravedad. La secundaria hace referencia al desarrollo de sintomatología hipocondríaca como consecuencia de otro trastorno mental, especialmente trastorno de pánico o angustia y depresión. Habitualmente desaparece, o se mantiene en niveles subclínicos, cuando remite el trastorno principal y, en este sentido, es similar a la hipocondría transitoria que antes mencionamos. La hipocondría primaria, sin embargo, hace referencia a que ese es el trastorno principal y, por tanto, debe ser el foco primario de atención clínica, aunque en una gran mayoría de los casos coexiste con, o da lugar a, otros trastornos mentales, como se verá más adelante.

Por último, la presencia de una ideación delirante de contenido hipocondríaco es indicativa de un nivel máximo de gravedad que remite a un diagnóstico del espectro psicótico en lugar del de hipocondría. En estos casos, la preocupación o el miedo a padecer una enfermedad dan paso a la creencia o convicción de que se tiene una enfermedad, creencia que es inmune a la tranquilización, el reaseguro, o las evidencias en contra y que, además, se acompaña de otros síntomas típicamente psicóticos. Cuando los delirios son exclusivamente de contenido hipocondríaco, se suele calificar como *psicosis hipocondríaca monosintomática* (Starcevic, 2001).

2. Diagnóstico y clasificación de la hipocondría

2.1. La hipocondría en los sistemas de diagnóstico psiquiátrico

El diagnóstico de hipocondría ha estado presente tanto en la *Clasificación Internacional de la Salud* (CIE) publicada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como en el *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (DSM) de la Asociación Americana de Psiquiatría (APA) desde sus primeras versiones. Las coincidencias entre ambos sistemas han sido notables, pero también las discrepancias y diferencias que se han tornado muy evidentes en las versiones más recientes de ambos sistemas.

2.1.1. La hipocondría en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM)

La hipocondría ha sido un diagnóstico oficial en el DSM desde el año 1968 (DSM-II) hasta la publicación de su quinta edición (DSM-5, 2013) en la que se opta por eliminar el concepto de hipocondría. En el DSM-II se clasifica en el grupo de Neurosis como «neurosis hipocondríaca». En el DSM-III se incluye dentro del grupo de Trastornos somatoformes como «hipocondría (o neurosis hipocondríaca)». En el DSM-IV (ver Tabla 1 para una descripción detallada) se mantiene en este grupo como hipocondría, aunque sin la etiqueta de «neurosis».

Tabla 1. Criterios diagnósticos de la hipocondría según el DSM-IV-TR y del trastorno hipocondríaco según la CIE-10.

Hipocondría (DSM-IV-TR)	Trastorno hipocondríaco (CIE-10)
A. Preocupación y miedo a tener o la convicción de padecer, una enfermedad grave a partir de la interpretación personal de síntomas somáticos.	<p>A. Debe estar presente alguno de los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Creencia persistente, de al menos seis meses de duración, de tener un máximo de dos enfermedades físicas graves. - Preocupación persistente por una presunta deformidad o desfiguración (trastorno dismórfico corporal).
B. Preocupación persistente a pesar de las explicaciones médicas apropiadas.	B. La preocupación por ese convencimiento y por los síntomas ocasiona un malestar tan persistente o una interferencia en el funcionamiento personal en la vida diaria y conduce al paciente a buscar tratamientos médicos o pruebas diagnósticas.
C. La creencia expuesta en el criterio A no es de tipo delirante y no se limita a preocupaciones sobre el aspecto físico.	C. Rechazo continuado a aceptar reaseguración de los médicos de que no hay una casusa orgánica de los síntomas o de la deformidad física.
D. La preocupación provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.	D. Los síntomas no se producen solo durante algún trastorno esquizofrénico o relacionado o algún trastorno del humor.
E. La duración del trastorno es de al menos 6 meses.	

F. La preocupación no se explica mejor por la presencia de ansiedad generalizada, trastorno obsesivo compulsivo, trastornos de angustia, episodio depresivo mayor, ansiedad por separación u otro trastorno somatomorfo.

Especificar si:

- Con poca conciencia de enfermedad.

Fuente. Elaboración propia a partir de la cuarta edición revisada del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR) y de la décima edición de la Clasificación Internacional de la Salud (CIE-10).

Los criterios diagnósticos que, con variaciones menores, establecía el DSM desde la tercera edición de 1980 a la cuarta revisada del 2000, fueron objeto de numerosas críticas, tanto por su falta de claridad en términos psicopatológicos (p.ej., en el criterio principal se entremezclaban conceptos básicos tan dispares como la preocupación, el miedo, o las creencias), como por el hecho de que debía producirse en ausencia de una enfermedad médica o un trastorno mental (p.ej., pánico, ansiedad generalizada, fobia a la enfermedad, delirio) que explicaran mejor los signos, sensaciones o interpretaciones del sujeto. Todo ello convertía a la hipocondría en un diagnóstico «por descarte», y en muchos casos o bien imposible de realizar (p.ej., ¿cuántas pruebas médicas son necesarias para asegurar que el paciente no tiene ninguna enfermedad ni proceso que pueda explicar, en todo o en parte, sus síntomas?), o bien que descansaba en algo externo al paciente (i.e., pruebas médicas sin resultado) y no en sus síntomas o malestar.

Otro de los criterios establecía que los síntomas (o la preocupación, o el miedo, o las creencias) debían perdurar a pesar de

las explicaciones proporcionadas por el médico, lo que implicaba aceptar ciertos supuestos que no suelen producirse en la realidad clínica. Por ejemplo, ¿cuándo podemos estar seguros de que el médico ha proporcionado una información clara y suficiente?, ¿de qué modo podemos asegurar que el paciente ha comprendido las explicaciones médicas, hasta el punto de que haya disipado todas sus dudas y temores? Salkovskis y Warwick (1986) plantearon que ese criterio diagnóstico debía reformularse en un sentido distinto: no se trata de que el miedo o creencia de enfermedad «persista *a pesar* de la información médica tranquilizadora», sino que «persiste *debido* a la repetida información médica tranquilizadora». En trabajos posteriores estos mismos autores (Warwick y Salkovskis, 1989, 1990), indicaban que hacer depender un diagnóstico del hecho de que las explicaciones médicas no sean suficientes para que «desaparezca» la hipocondría, significa que el diagnóstico depende no solo de las características clínicas del paciente sino, además, de las actuaciones que llevan a cabo los facultativos.

Asimismo, Salkovskis y Clark (1993) criticaron ese criterio sobre la base de las siguientes consideraciones: 1) en determinados contextos, los pacientes no pueden acceder a la información médica tranquilizadora; 2) algunos pacientes rehúsan consultar al médico; 3) a menudo los pacientes con hipocondría buscan apaciguar sus temores por otros canales que no sea recurrir al médico (familiares, amigos, libros de medicina); y 4) este criterio no especifica el tipo de información tranquilizadora que no es efectiva en estos sujetos.

En parte como respuesta a esas críticas, pero también por la naturaleza estigmatizante y, a menudo, peyorativa del término

«hipocondría», junto con el temor de muchos facultativos a ser demandados por haber proporcionado un diagnóstico de hipocondría, o de cualquier trastorno somatoforme, y que después se detectara algún tipo de enfermedad (estuviera o no relacionado con ella) (Mayou, Kirmayer, Simon, Kroenke y Sharpe), la quinta edición del DSM (*DSM-5*; Asociación Americana de Psicología [APA], 2013), optó por eliminar tanto el término como el diagnóstico de hipocondría, sustituyéndolo por dos nuevos trastornos: el trastorno de síntomas somáticos (TSS) y el trastorno de ansiedad por la enfermedad (TAE). Además, la anterior categoría de Trastornos somatoformes se redefine como Trastornos de síntomas somáticos y trastornos relacionados, y en ella se incluyen tanto el TSS como el TAE.

El DSM-5 establece, de una forma un tanto arbitraria (Starcevic y Noyes, 2014), que el 75% de los pacientes diagnosticados de hipocondría según el DSM-IV (Tabla 1), se diagnosticarán ahora como TSS y el 25% restante se diagnosticarán como TAE. El TSS se caracteriza por la presencia de uno o más síntomas somáticos que causan malestar y pensamientos, sentimientos o comportamientos excesivos relacionados con los síntomas somáticos o asociados a la preocupación por la salud. La característica principal del TAE es la preocupación por padecer o contraer una enfermedad grave sin presencia de síntomas somáticos, o si están presentes, son únicamente leves. Así, la clasificación de los pacientes con hipocondría según el DSM-IV dentro de la categoría de TSS, o en su defecto en la categoría de TAE, dependerá de la presencia o no de síntomas somáticos (Tabla 2).

Tabla 2. Criterios diagnósticos según el DSM-5 del trastorno de ansiedad por la enfermedad y del trastorno de síntomas somáticos.

Trastorno de ansiedad por la enfermedad (DSM-5)	Trastorno de síntomas somáticos (DSM-5)
<p>A. Preocupación por padecer o contraer una enfermedad grave.</p> <p>B. No existen síntomas somáticos o, si están presentes, son únicamente leves. Si existe otra afección médica o un riesgo elevado de presentar una afección médica (p. ej., antecedentes familiares importantes), la preocupación es claramente excesiva o desproporcionada.</p> <p>C. Existe un grado elevado de ansiedad acerca de la salud, y el individuo se alarma con facilidad por su estado de salud.</p> <p>D. El individuo tiene comportamientos excesivos relacionados con la salud (p. ej., comprueba repetidamente en su cuerpo si existen signos de enfermedad) o presenta evitación por mala adaptación (p. ej., evita las visitas al clínico y al hospital).</p> <p>E. La preocupación por la enfermedad ha estado presente al menos durante seis meses, pero la enfermedad temida específica puede variar en ese período de tiempo.</p>	<p>A. Uno o más síntomas somáticos que causan malestar o dan lugar a problemas significativos en la vida diaria.</p> <p>B. Pensamientos, sentimientos o comportamientos excesivos relacionados con los síntomas somáticos o asociados a la preocupación por la salud como se pone de manifiesto por una o más de las características siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pensamientos desproporcionados y persistentes sobre la gravedad de los propios síntomas. 2. Grado persistentemente elevado de ansiedad acerca de la salud o los síntomas. 3. Tiempo y energía excesivos consagrados a estos síntomas o a la preocupación por la salud. <p>C. Aunque algún síntoma somático puede no estar continuamente presente, el trastorno sintomático es persistente (por lo general más de seis meses).</p> <p><i>Especificar si:</i></p>

- F. La preocupación relacionada con la enfermedad no se explica mejor por otro trastorno mental, como un trastorno de síntomas somáticos, un trastorno de pánico, un trastorno de ansiedad generalizada, un trastorno dismórfico corporal, un trastorno obsesivo-compulsivo o un trastorno delirante de tipo somático.

Especificar si:

- Tipo con solicitud de asistencia: Utilización frecuente de la asistencia médica, que incluye visitas al clínico o pruebas y procedimientos.
- Tipo con evitación de asistencia: Raramente se utiliza la asistencia médica.

Especificar si:

- Persistente: Un curso persistente se caracteriza por la presencia de síntomas intensos, alteración importante y duración prolongada (más de seis meses).

Especificar la gravedad actual:

- Leve: Sólo se cumple uno de los síntomas especificados en el Criterio B.
- Moderado: Se cumplen dos o más de los síntomas especificados en el Criterio B.
- Grave: Se cumplen dos o más de los síntomas especificados en el Criterio B y además existen múltiples quejas somáticas (o un síntoma somático muy intenso).

Fuente. Elaboración propia a partir de la quinta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5).

Esta nueva conceptualización de la hipocondría ha sido objeto de críticas importantes por la mayoría de los expertos (p.ej., Diez-Quevedo, Rangil-Muñoz y Sánchez-Planell, 2015; Goldberg, Krueger, Andrews y Hobbs, 2009; Longley, Calamari, Noyes Meyers y McDowell, 2014; Starcevic, 2015; Starcevic y Noyes, 2014; Vallejo, 2014; van den Heuvel et al., 2005; van den Heuvel, Veale y Stein,

2014). El primer problema reside en la diferenciación del TSS y el TAE en función de la presencia *versus* ausencia de síntomas, dado que resulta difícil de entender sobre qué base una persona se preocupa por la posibilidad de estar enfermo o de contraer una enfermedad en ausencia de síntomas (que es el criterio A del TAE), o por la mera presencia de síntomas «leves» (criterio B del TAE), sin especificar qué se debe entender por «leve». Al mismo tiempo, el criterio A del TSS habla de síntomas somáticos (uno o más) que interfieren y molestan, sin especificar (como hace en el caso del TAE), su gravedad/levedad. Por tanto, se supone que en este caso el criterio de gravedad no es el determinante, sino la interferencia que genera el síntoma, es decir, la interrupción que produce en el funcionamiento cotidiano de la persona, y su molestia, referida a una amplia gama de sentimientos y sensaciones subjetivas.

En cuanto a los componentes cognitivos de este trastorno y, tal y como señalan Starcevic y Noyes (2014) la interpretación distorsionada de los síntomas somáticos también se descuida en el DSM-5, tanto en la definición del TSS como en el TAE, ya que no aparece como criterio diagnóstico para ninguno de los dos trastornos. En este sentido, el DSM-5 incluye como criterio diagnóstico para el TSS y TAE, la presencia de «pensamientos desproporcionados y persistentes sobre la gravedad de los propios síntomas» (APA, 2013, p. 311). Sin embargo, este criterio resulta vago e impreciso, puesto que puede resultar difícil determinar si la presencia de síntomas somáticos causa un malestar «desproporcionado», o «si la desproporción de los pensamientos» hace referencia a recurrencia y tiempo que ocupa en la vida del paciente (y entonces se haría referencia a un proceso de pensamiento de tipo

rumiativo), o si alude a creencias desproporcionadas (y en este caso se estaría haciendo referencia a contenidos de los pensamientos, más que a su forma).

Otra diferencia importante entre el TSS y el TAE es la que se refiere a las manifestaciones conductuales de la hipocondría. En el TAE, la preocupación por el significado de los síntomas puede llevar a la búsqueda de cuidados médicos o su rechazo (Criterio D). En el TSS, la evaluación de las manifestaciones conductuales resulta problemática, ya que se define vagamente como «tiempo y energía excesivos consagrados a estos síntomas» o a la «preocupación por la salud» (APA, p. 311). La evaluación de cuánto tiempo y energía dedicada a uno o más síntomas somáticos resulta «excesiva» se deja al criterio del clínico. Además, los comportamientos desadaptativos caracterizados por la evitación de los estímulos relacionados con la enfermedad no se incluyen en el TSS (Starcevic y Noyes, 2014).

En realidad, y a pesar de lo que indica el manual, el diagnóstico de hipocondría en el DSM-5 se ajusta bastante más al TAE que al TSS. Este planteamiento coincide con el expresado por expertos en el trastorno. Por ejemplo, Olatunji, Deacon y Abramowitz (2009) critican que se considere a la hipocondría como un trastorno somatoforme caracterizado por una serie de síntomas y signos corporales, es decir, como un TSS. En consecuencia, sería el TAE, y no el TSS, el diagnóstico que, en el mejor de los casos, reemplazaría al clásico de hipocondría, y así lo han entendido muchos autores (p.ej., Grossi et al., 2017; Reuman et al., 2017; Scarella, Laferton, Ahern, Fallon y Barsky, 2016; Schütte, Vocks y Waldorf, 2016).

2.1.2. La hipocondría en la Clasificación Internacional de la Salud (CIE)

La CIE-10, que es la versión que se encuentra actualmente en vigor, incluye el «Trastorno hipocondríaco» dentro de la categoría de Trastornos somatomorfos y lo define de manera similar al DSM-IV (Tabla 1) *«preocupación persistente por la posibilidad de tener una o más enfermedades somáticas graves progresivas, puesta de manifiesto por la presencia de quejas somáticas persistentes o por preocupaciones [...]»* (CIE- 10; Organización Mundial de la Salud [OMS], 1994, p.133) Aunque la caracterización de este trastorno ha sufrido algunos cambios en la undécima edición de la CIE, que se encuentra actualmente en desarrollo, los criterios definitorios de la hipocondría siguen siendo similares a los propuestos por la cuarta edición del DSM-IV *«La hipocondría se caracteriza por la preocupación persistente o el miedo a la posibilidad de tener una o más enfermedades graves, progresivas o que pongan en peligro la vida. La preocupación se asocia con una interpretación catastrófica de los signos o síntomas corporales [...]»* (APA, 2000, p.566)

En este sentido, los cambios del DSM-5 y la propuesta de dos nuevas categorías diagnósticas que sustituyen a la hipocondría no han sido adoptados por el grupo de trabajo de la undécima versión de la CIE. Según el último borrador presentado, la CIE-11 mantendrá el término «hipocondría» en su clasificación y, como ya hemos mencionado, los criterios diagnósticos para la hipocondría serán similares a los incluidos en el DSM-IV (Tabla 1). Este grupo de expertos viene defendiendo desde hace algún tiempo que la hipocondría

comparte características distintivas con otros trastornos mentales y, especialmente, ha señalado el solapamiento entre la hipocondría y el TOC, por un lado, y los trastornos de ansiedad por otros; estableciendo que la hipocondría se caracteriza tanto por «conductas repetitivas y excesivas relacionadas con la salud» como por «conductas de evitación inadecuadas relacionadas con la salud» (*CIE-11*; World Health Organization, 2018). Por todo ello, la CIE-11 ha propuesto clasificar la hipocondría entre los Trastornos obsesivo-compulsivos y trastornos relacionados y los Trastornos de ansiedad y otros trastornos asociados al miedo (denominación adoptada en la CIE-11 para los trastornos de ansiedad). A diferencia de lo que establece el DSM-5, en la CIE-11, el diagnóstico de hipocondría es independiente de la presencia o ausencia de síntomas físicos. Así, la hipocondría no se conceptualiza y clasifica como un «trastorno asociado al malestar corporal», lo que contrasta con las clasificaciones anteriores del DSM como Trastorno somatoforme, y del TSS y del TAE en el DSM-5 entre los Trastornos de síntomas somáticos y trastornos relacionados. En la Tabla 3 se describen los principales cambios propuestos en la 11.^a versión de la CIE respecto a la CIE-10.

Tabla 3. Principales cambios realizados en el borrador de la undécima versión de la CIE respecto a la versión anterior (CIE-10).

<p>A. La hipocondría desaparece del grupo de los trastornos somatomorfos y se incluye en el del Trastorno Obsesivo-Compulsivo y relacionados.</p> <p>B. El término de hipocondría se mantiene como el principal, pero se hace análogo a los de ansiedad por la enfermedad, nosofobia, y neurosis hipocondríaca.</p> <p>C. El diagnóstico de hipocondría excluye los de trastorno dismórfico corporal, trastorno de malestar por el cuerpo (Bodily Distress Disorder, denominación que sustituye a la anterior de trastorno de somatización), y miedo al cáncer.</p> <p>D. No especifica pautas sobre la duración del trastorno para establecer un diagnóstico.</p> <p>E. Los criterios de diagnóstico hacen referencia a tres aspectos nucleares de la hipocondría:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Cognitivos: preocupación, creencias disfuncionales (catastrofismo), e hipervigilancia de síntomas (aunque sean inocuos o normales). 2. Emocionales: miedo. 3. De comportamiento: comprobación, evitación, búsqueda de reaseguro.

Fuente. Elaboración de Belloch y colaboradores (2019) a partir de los criterios diagnósticos establecidos por el borrador de la CIE-11 para la hipocondría.

A la luz de lo que venimos comentando, es evidente que, como señala Starcevic (2019), la situación conceptual y nosológica de la hipocondría en la actualidad es cuanto menos controvertida. Los trastornos que han reemplazado a la hipocondría en el DSM-5 (TSS y TAE) no han sido plenamente aceptados por los clínicos e investigadores, y no se sabe hasta qué punto se utilizarán en el futuro. Así mismo, se desconoce si los cambios propuestos en la CIE-11 abordan adecuadamente las deficiencias del concepto de hipocondría del DSM-IV. Este autor enfatiza además, la necesidad de llevar a cabo

investigaciones que permitan probar el valor clínico de los dos nuevas categorías diagnósticas propuestas (TSS y TAE) por el DSM-5, así como examinar de forma más detallada los diferentes componentes de la hipocondría (cognitivo, afectivo, atencional y conductual), y determinar qué características son específicas de este trastorno y cuáles pueden ser compartidas con otros trastornos mentales (i.e. trastornos de ansiedad, trastornos somatoformes y trastornos del espectro obsesivo-compulsivo) (Starcevic y Noyes, 2014).

2.2. Las implicaciones del enfoque transdiagnóstico para la clasificación y el diagnóstico de la hipocondría

Tal como se ha mencionado anteriormente, las relaciones entre la hipocondría y el TOC por un lado y, los trastornos de ansiedad por otro, han sido recogidas en la propuesta de clasificación diagnóstica de la CIE-11, que sugiere clasificar la hipocondría entre los Trastornos obsesivo-compulsivos y trastornos relacionados y los Trastornos de ansiedad y otros trastornos asociados al miedo.

A continuación, vamos a discutir en detalle las relaciones entre la hipocondría y el TOC, sobre las que en la actualidad hay abierto un gran debate.

La propuesta de clasificar la hipocondría dentro del espectro obsesivo-compulsivo ha recibido apoyo en la comunidad científica (Abramowitz y Braddock, 2006; Hollander et al., 2005; Neziroglu, McKay y Yaryura-Tobias, 2000; Reuman et al., 2017) debido fundamentalmente a las similitudes clínicas y respuesta al tratamiento entre los pacientes con hipocondría y TOC que se resumen en la Tabla 4 (Belloch et al., 2019).

Tabla 4. Características comunes entre hipocondría y trastorno Obsesivo-Compulsivo (TOC)

Síntomas	<ul style="list-style-type: none"> • Pensamientos, sensaciones, imágenes, o impulsos intrusivos recurrentes desagradables y difíciles de controlar • Sensibilidad a la ansiedad • Hipervigilancia
Creencias distorsionadas	<ul style="list-style-type: none"> • Perfeccionismo • Responsabilidad • Intolerancia a la incertidumbre • Catastrofismo o sobrevalorar las amenazas • Sobrevalorar la importancia de los pensamientos Fusión pensamiento-acción tipo probabilidad
Comportamientos	<ul style="list-style-type: none"> • Comprobación • Necesidad de reasegurarse • Evitación
Tratamientos	<ul style="list-style-type: none"> • Terapia Cognitivo-Conductual (incluyendo Exposición con prevención de respuesta) • Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina
Comorbilidad	<ul style="list-style-type: none"> • Trastorno de pánico • Depresión

Fuente. Belloch y colaboradores (2019).

A nivel cognitivo, la hipocondría y el TOC parecen compartir diversas características que han ocupado un lugar destacado en los enfoques conceptuales y empíricos para comprender y tratar estos trastornos. Diferentes estudios muestran que ciertas distorsiones cognitivas características del TOC («creencias obsesivas» o creencias disfuncionales sobre los pensamientos) también están presentes en la

hipocondría, incluyendo la intolerancia a la incertidumbre, la tendencia a sobrestimar la amenaza, la elevada responsabilidad y la necesidad de perfeccionismo (Deacon y Abramowitz, 2008; Melli et al., 2014; Wheaton, Abramowitz, Berman, Riemann y Hale, 2010; Wheaton, Berman, Franklin y Abramowitz, 2010). Por ejemplo, los pacientes con TOC pueden sobreestimar la probabilidad de enfermarse a causa de los gérmenes (Wheaton, Abramowitz et al., 2010), y los pacientes con hipocondría tienden a sobrestimar la probabilidad de padecer una enfermedad grave y a ver su pronóstico como excesivamente catastrófico (Weck, Neng, Richtberg y Stangier, 2012). Asimismo, se ha observado que la intolerancia a la incertidumbre y el perfeccionismo son factores que motivan la comprobación y el reaseguro compulsivo tanto en la hipocondría como en el TOC (Abramowitz y Braddock, 2008; Tolin, Abramowitz, Brigidi y Foa, 2003; Wheaton, Abramowitz et al., 2010). También se ha señalado recientemente, que la creencia de que ciertos pensamientos sobre la enfermedad pueden causar enfermedad, o pueden tener repercusiones positivas o negativas sobre la salud de individuo, son relevantes en la hipocondría (p.ej., algunos pensamientos tienen la capacidad de ponerme enfermo) (Bailey y Wells, 2015a, 2016a, 2016b). Esta creencia guarda relación con la fusión pensamiento-acción tipo probabilidad propuesta como una creencia relevante en el TOC (OCCWG, 1997, p. 669).

Otro sesgo cognitivo que está presente en ambos trastornos es la sensibilidad a la ansiedad, es decir, la tendencia a temer las sensaciones corporales relacionadas con la ansiedad basada en creencias erróneas acerca de su presencia y significado (Otto, Demopolos, McLean,

Pollack y Fava, 1998; Raines, Oglesby, Capron y Schmidt, 2014; Wheaton, Mahaffey, Timpano, Berman y Abramowitz, 2012).

Además, tanto en el TOC como en la hipocondría, los individuos experimentan pensamientos repetitivos intrusos y molestos que son difíciles de resistir y dan lugar a niveles elevados de ansiedad (Asmundson, Abramowitz, Richter y Whedon, 2010; Fergus, 2013b; Freeston et al., 1994; Langlois, Ladouceur, Patrick y Freeston, 2004; Muse, McManus, Hackmann, Williams y Williams, 2010; Romero-Sanchiz, Lázaro, Arjona, Ávila, y Freeston, 2017; Warwick y Salkovskis 1989, 1990; Wells y Hackmann, 1993).

A nivel conductual, también existen solapamientos entre la hipocondría y el TOC (Abramowitz y Braddock, 2008; Deacon y Abramowitz, 2008). En ambos trastornos, existe la necesidad de implicarse en conductas dirigidas a aliviar la ansiedad y el malestar. Esta necesidad puede ser resistida, pero generalmente sin éxito. Como resultado, los individuos con hipocondría recurren a comprobaciones repetidas y excesivas relacionadas con la salud, de manera similar a las compulsiones de comprobación del TOC. Otra estrategia común es la búsqueda de reaseguro. Las conductas de comprobación y reaseguro están asociadas a un alivio a corto plazo de la ansiedad tanto en la hipocondría como en el TOC. Sin embargo, este alivio inmediato refuerza el uso de tales conductas cuando aparece la ansiedad, explicando la aparente naturaleza «compulsiva» de la búsqueda incesante de seguridad en la hipocondría y el TOC.

Asimismo, tanto en el TOC como en la hipocondría se producen comportamientos de evitación, activa o pasiva, con el fin de minimizar

los riesgos asociados a aquello que se teme. Además, los pacientes con hipocondría y con TOC responden al mismo tipo de tratamientos: la terapia cognitivo-conductual y el tratamiento farmacológico con inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (Hollander, Braun y Simeon, 2008). Por último, entre los trastornos más frecuentemente comórbidos tanto con la hipocondría como con el TOC, se encuentran el trastorno de pánico y la depresión, como se verá más adelante.

Sin embargo, a pesar de estas similitudes, también existen diferencias entre la hipocondría y el TOC, que parecen ser fundamentalmente de naturaleza cuantitativa, aunque no todos los expertos están de acuerdo en cuál es la naturaleza de esas diferencias, ni en el tipo o modalidad de las diferencias. En este sentido, las preocupaciones sobre la enfermedad en la hipocondría se experimentan de forma menos intrusa y más egosintónica que en el TOC (Barsky, 1992b). Además, los pacientes con TOC son más conscientes de la irracionalidad de sus miedos, mientras que los pacientes con hipocondría mantienen sus creencias sobre la enfermedad con más fuerza. Asimismo, los pacientes con hipocondría presentan más ideas sobrevaloradas sobre la salud en comparación con los pacientes con TOC (Neziroglu et al., 2000). Aunque el nivel de *insight* varía en ambos trastornos, generalmente puede ser más bajo en pacientes con hipocondría. En consecuencia, las conductas de comprobación y búsqueda de reaseguro se resisten menos en la hipocondría que en el TOC (Barsky, 1992b).

También se ha observado que los pacientes con hipocondría, en comparación con los pacientes con TOC presentan menos síntomas obsesivo-compulsivos (Hedman et al., 2017), más síntomas somáticos (Fallon, Qureshi, Laje y Klein, 2000; López-Sola et al., 2014; Mataix-Cols et al., 2013; Taylor, Thordarson, Jang y Asmundson, 2006), niveles más altos de ansiedad por la salud (Abramowitz, Olatunji y Deacon, 2007; Deacon y Abramowitz, 2008; Fallon et al., 2000; Hedman et al., 2017), mayor vigilancia corporal (Deacon y Abramowitz, 2008), creencias más catastróficas sobre la enfermedad (Abramowitz, Olatunji, Deacon 2007) y una mayor evitación (Neziroglu et al., 2000). Asimismo, los pacientes con hipocondría se diferencian de los pacientes con TOC en que los primeros, tienen una tendencia a sobrestimar la probabilidad de que los síntomas ambiguos sean indicativos de una enfermedad grave, un temor que es exclusivo de este trastorno (Fergus, 2014; Marcus y Church, 2003).

Como se puede apreciar, existe una gran controversia respecto a la relación entre la hipocondría y el TOC, puesto que, aunque la mayoría de estudios reconocen las similitudes entre ambos trastornos, también indican que estos pueden distinguirse en función de los síntomas específicos del trastorno (Deacon y Abramowitz, 2008; Greeven, van Balkom, van Rood, Oppen y Spinhoven, 2006; Hedman et al., 2017). Asimismo, algunos estudios han encontrado que la hipocondría se relaciona, en mayor medida, con los trastornos de ansiedad que con el TOC (Deacon y Abramowitz, 2008; Fallon et al., 2000; Neziroglu et al., 2000; Olatunji, Deacon et al., 2009).

En definitiva, el grupo de expertos de la OMS ha tenido en cuenta las semejanzas apuntadas entre la hipocondría y el TOC para situar ambos trastornos en el mismo grupo, si bien también presenta similitudes con los Trastornos de ansiedad y relacionados con el miedo. La investigación futura, y la práctica clínica, podrá dar respuesta sobre lo acertado o erróneo de este importante cambio conceptual.

2.2. La ansiedad por la salud

El concepto de ansiedad por la salud fue propuesto por Salkovskis y Warwick (1986) para describir un continuo de preocupaciones por la salud que fluctúa desde la preocupación leve, a menudo transitoria, por el estado de salud, que se activa como consecuencia de la observación o constatación de síntomas físicos, hasta la hipocondría o preocupación mórbida por la salud, en la que el individuo interpreta como indicadores de una enfermedad grave los síntomas que observa. Por tanto, esta propuesta pretendía ubicar los miedos y preocupación hipocondríacos en el extremo patológico de una dimensión continua de ansiedad y miedo por la pérdida de salud, en la que todas las personas podemos situarnos en algún momento de la vida, facilitando así la comprensión de lo que significa el trastorno hipocondríaco y permitiendo el desarrollo de estrategias más eficaces de tratamiento psicológico. Es decir, identificar hipocondría con el concepto más amplio de ansiedad, permitía aplicar los conocimientos sobre la adquisición y el mantenimiento de la ansiedad a ese trastorno. Pero, además, la propuesta pretendía sustituir el término diagnóstico de hipocondría por el de ansiedad por la salud, que carece de connotaciones peyorativas y no remite a ninguna disfunción orgánica (los orígenes del término

hipocondría hacían referencia a una disfunción en los «órganos digestivos»).

El concepto de ansiedad por la salud permite integrar en un modelo coherente, a la vez que compatible con los modelos cognitivos sobre la ansiedad, los datos y las observaciones clínicas que se han ido publicando sobre las características de las personas con hipocondría: hipervigilancia, aumento de la atención hacia las posibles amenazas y, en especial, las relacionadas con riesgos para la propia salud, pensamientos e imágenes intrusivos sobre la enfermedad y la muerte, búsqueda de explicaciones sobre esos pensamientos que dan lugar a creencias distorsionadas y comportamientos de «seguridad» que, a su vez, refuerzan las interpretaciones disfuncionales sobre los cambios corporales como amenazas para la salud (Rachman, 2012).

A pesar de ello, la denominación de ansiedad por la salud no se utiliza como diagnóstico en los sistemas de diagnóstico psiquiátrico, pues como hemos visto, el DSM-5 utiliza el de trastorno de ansiedad por la enfermedad y la CIE-11 sigue utilizando el de hipocondría (que equipara al de trastorno de ansiedad por la enfermedad). Una de las razones que se ha esgrimido para ello es que la «ansiedad extrema o patológica por la salud» no conlleva la creencia de enfermedad a pesar de las explicaciones y evaluaciones médicas que a menudo presentan las personas con hipocondría (Starcevic y Noyes, 2014) y, por lo tanto, no incluye ni permite evaluar el grado de *insight* o comprensión del problema, que es un indicador de gravedad y resistencia al tratamiento. Otros autores (p.ej., Fava, Cosci, Sonino, 2017) proponen que el término «ansiedad por la salud» se reserve para denotar una

preocupación genérica por la salud y la enfermedad, que oscila de leve a grave, y en la que pueden ubicarse muchos pacientes hipocondríacos, pero que no es suficiente para identificar todo el rango de características psicopatológicas que se producen en la hipocondría.

Sin entrar en estas consideraciones, a lo largo de este trabajo, los términos «hipocondría» y «ansiedad por la salud» no serán reemplazados por las nuevas categorías diagnósticas propuestas por la quinta edición del DSM. Con el término «hipocondría» nos referiremos específicamente al diagnóstico basado en criterios encontrados en los principales sistemas diagnósticos y de clasificación (Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales de la Asociación de Psiquiatría Americana y a la Clasificación Internacional de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud). La ansiedad por la salud se conceptualizará siguiendo a Salkovskis y Warwick (1986) como un continuo de preocupaciones sobre la salud que van de leves a graves, incluyendo a la hipocondría como la forma más grave.

3. Comorbilidad

La mayoría de estudios sobre la comorbilidad de la hipocondría provienen de los centros de atención primaria, donde los pacientes con hipocondría inician sus conductas de búsqueda de reaseguro.

Dos estudios clásicos han evaluado, de manera sistemática, la comorbilidad psiquiátrica en pacientes con hipocondría (Barsky, Wyshak y Klerman, 1992; Noyes et al., 1994). Ambos estudios se llevaron a cabo en la consulta de atención primaria con pacientes diagnosticados de hipocondría (siguiendo criterios DSM-III-R), que fueron comparados con una muestra de pacientes no hipocondríacos.

La proporción de pacientes con hipocondría y pacientes control que presentaron uno o más trastornos comórbidos del Eje I fue del 88,1% frente al 51% (Barsky, et al., 1992), y del 62% frente a 30% (Noyes et al., 1994). Estos autores también encontraron que los pacientes con hipocondría tenían una prevalencia vital, significativamente, mayor para los trastornos comórbidos de ansiedad y depresión, y una prevalencia vital y actual mayor para el trastorno de depresión mayor, en comparación con los pacientes control. Los resultados obtenidos por ambos autores son muy similares excepto para el trastorno de ansiedad generalizada, la fobia social y fobias específicas, la distimia y el trastorno de somatización, en los que Barsky y colaboradores (1992) encontraron que, los pacientes con hipocondría, presentaban una prevalencia vital y actual mayor.

En otro estudio más reciente, Scarella y colaboradores (2017), analizaron la comorbilidad entre la hipocondría, la depresión y el trastorno de somatización, y encontraron que entre el 1,4% y el 64,9% de los pacientes evaluados presentaron al menos otro diagnóstico de DSM-IV, además de la hipocondría. El diagnóstico comórbido más frecuente fue la depresión mayor (32,6%) y la prevalencia de distimia fue del 14,0%. Los trastornos de ansiedad evaluados como grupo fueron marcadamente frecuentes (trastorno de ansiedad generalizada 28,5%, trastorno de pánico 14,4%, agorafobia 16,1%, trastorno de estrés postraumático y TOC cada uno 12,9%), y a pesar de que la depresión mayor fue la comorbilidad más común, los trastornos de ansiedad como grupo fueron más comunes que los trastornos depresivos evaluados como grupo. El trastorno de somatización estuvo presente en el 11,5% de los pacientes con hipocondría.

Por otro lado, diferentes estudios se han centrado en evaluar, específicamente, la comorbilidad existente entre la hipocondría y el trastorno de somatización, el trastorno de pánico, el trastorno obsesivo-compulsivo, la depresión mayor y los trastornos de personalidad.

En lo que respecta al trastorno de somatización (denominado ahora como trastorno de síntomas somáticos, DSM-5), se ha observado que las tasas de comorbilidad con la hipocondría varían entre el 8% y el 21,4% si se usan los criterios completos para el trastorno de somatización (i.e., presencia de cómo mínimo 12 síntomas en hombres y 14 para las mujeres), y entre el 28% y el 82,9% si se emplean criterios abreviados para este trastorno (i.e., presencia de cómo mínimo 4 síntomas en hombres y 5 para las mujeres) (Barsky et al., 1992; Escobar et al., 1998; Noyes et al., 1994). Estos resultados indican que, dependiendo del criterio diagnóstico utilizado, el trastorno de somatización puede ser más o menos común en los pacientes con hipocondría.

En relación al trastorno de pánico, se ha observado que un 25% de los pacientes que acuden a atención primaria con diagnóstico de trastorno de pánico, padece además hipocondría (Barsky, Barnett y Cleary, 1994); y este porcentaje es mayor entre los pacientes psiquiátricos con trastorno de pánico (entre el 45% y el 50%) (Benedetti et al., 1997; Furer, Walker, Chartier y Stein, 1997; Starcevic et al., 1992). Bach, Nutzinger y Hartl (1996) señalaron que la prevalencia vital de la hipocondría en pacientes con trastorno de pánico era del 51%.

Respecto al TOC, las tasas de co-ocurrencia con la hipocondría son inferiores a las encontradas para el trastorno de pánico; en torno al

7% para la prevalencia actual (du Toit, van Kradenburg, Niehaus y Stein, 2001; Greeven et al., 2006), y entre el 8,2% y el 15% para la prevalencia vital (Bienvenu et al., 2000; du Toit et al., 2001).

Solem, Haland, Vogel, Hansen y Wells (2015) encontraron que el 30,4% de los pacientes evaluados con TOC, obtuvieron una puntuación superior al punto de corte para el Índice Whiteley (medida ampliamente utilizada para el cribado de hipocondría). Esta tasa es superior a los datos de prevalencia procedentes de la investigación epidemiológica previa (Tyrer et al., 2011) y, contraria a las observaciones de Starcevic (2014) de que la ansiedad por la salud no coexiste típicamente con el TOC. Más específicamente, Torres y colaboradores (2016) encontraron una tasa de prevalencia vital entre el 3,82% y el 4,4% entre la hipocondría y los síntomas de contaminación/ limpieza del TOC.

En lo referente a la depresión, diferentes autores han investigado su co-ocurrencia con la hipocondría obteniendo resultados dispares. Mientras que, Demopulos y colaboradores (1996) encontraron que, únicamente, un 2% de los pacientes con depresión mayor padecía hipocondría; otro grupo de autores encontraron que, en los pacientes hospitalizados con depresión, entre un 18,1% y un 69 % sufrían también hipocondría (El-Islam, Malasi, Suleiman y Mirza, 1989; Kellner, Fava, Lisansky, Perini, y Zielezny, 1986).

Por último, varios estudios han investigado las características de personalidad típicas de los pacientes con hipocondría y la comorbilidad existente con los trastornos de personalidad. Así, un estudio clásico realizado por Kellner (1983) puso de manifiesto que una tercera parte de los pacientes con hipocondría presentaba un trastorno de

personalidad comórbida. Estudios posteriores han mostrado que el trastorno de personalidad obsesivo-compulsivo, el evitativo, el ansioso (DSM, grupo C) y el trastorno paranoide de personalidad son más frecuentes en los pacientes con hipocondría (Fallon et al., 2012; Garyfallos et al., 1999; Sakai, Nestoriuc, Nolido y Barsky, 2010). Por lo que se refiere a los rasgos y dimensiones de personalidad, la hipocondría se ha relacionado, fundamentalmente, con el neuroticismo (Hollifield, Tuttle, Paine y Kellner, 1999; Noyes et al., 1994) y el afecto negativo (Noyes, Watson et al., 2005).

Además, se han llevado a cabo estudios sobre la comorbilidad de la ansiedad por la salud, definida como «ansiedad grave y persistente acerca de enfermedades o problemas de salud graves, a pesar del reaseguro médico. En este sentido, Sunderland, Newby y Andrews (2013) encontraron que las personas con ansiedad por la salud eran más propensas a experimentar cualquier afección comórbida en comparación con los individuos sin ansiedad por la salud. Los trastornos experimentados en mayor proporción por los individuos con ansiedad por la salud fueron el trastorno bipolar, la agorafobia, el trastorno de pánico y el trastorno de ansiedad generalizada.

Por otro lado, con la reciente desaparición de la hipocondría del DSM-5 y su división en dos nuevas categorías diagnósticas: trastorno de síntomas somáticos y trastorno de ansiedad por la enfermedad, se han realizado algunos estudios sobre la comorbilidad asociada a estos trastornos. Por lo que respecta al trastorno de ansiedad por la enfermedad, que representa una entidad similar a la hipocondría, los estudios han mostrado que el 71,4% de los pacientes ambulatorios con

trastorno de ansiedad por la enfermedad tenía síntomas comórbidos y, específicamente, síntomas depresivos, ansiosos, obsesivo-compulsivos y somáticos (Pandey, Parikh, Brahmhatt y Vankar, 2017). Otro estudio reciente sobre el trastorno de ansiedad por la enfermedad mostró una comorbilidad del 10,23% con los síntomas de depresión, del 11,39% con los de ansiedad generalizada y del 11,75% con los somáticos (Newby, Hobbs, Mahoney, Wong y Andrews, 2017).

4. Diagnóstico diferencial

Como hemos ido señalando, la hipocondría comparte características clínicas con diferentes trastornos, a continuación, se comentan aquellos que se deben tener en consideración, especialmente a la hora de realizar el diagnóstico diferencial de la hipocondría. Además, el diagnóstico diferencial debe seguir, según Starcevic (2001, 2014) una secuencia específica de modo que las condiciones que requieran atención inmediata deben ser las primeras en descartarse o confirmarse, como es el caso de las enfermedades médicas y los trastornos de la esfera psicótica.

Enfermedades orgánicas

En primer lugar, es necesario determinar si los síntomas y las quejas que presenta el paciente tienen una base orgánica. Se debe prestar especial atención a las enfermedades con base orgánica que con frecuencia se acompañan de quejas somáticas múltiples y que, al inicio de su evolución, pueden simular síntomas característicos de hipocondría.

Si bien es cierto que la presencia de una enfermedad médica no es incompatible con el diagnóstico de hipocondría, los síntomas del

paciente tienen que considerarse desproporcionados por el clínico en relación con la enfermedad. Según Schmidt (1994), cuando existe una enfermedad o trastorno médicos, es posible establecer un diagnóstico adicional de hipocondría en los cuatro casos siguientes: 1) el paciente interpreta catastróficamente la información médica sobre la enfermedad; 2) no se tranquiliza cuando el médico le confirma el pronóstico favorable de su trastorno; 3) su temor o creencia se basa en síntomas físicos independientes de la enfermedad, o poco relevantes; y 4) las preocupaciones hipocondríacas existían con anterioridad a la aparición de la enfermedad física actual. Aunque estas indicaciones pueden contribuir a facilitar el diagnóstico conjunto de hipocondría y enfermedad física, cabría determinar el grado de discrepancia que debe existir entre síntomas con justificación orgánica y preocupación/temor/creencia exagerada asociada a ellos.

En algunas ocasiones, la forma en la que se presentan las enfermedades puede resultar relevante en la hipocondría. Así pues, cobran especial importancia las enfermedades con un inicio agudo y un curso crónico o intermitente, con presencia atípica, variable y que afectan a diferentes sistemas orgánicos. Por ejemplo, los tumores ocultos, o las enfermedades que afectan al sistema endocrino, neurológico y autoinmune (APA, 2000).

Trastornos psicóticos

En segundo lugar, es importante descartar que exista un delirio sobre la presencia de una enfermedad grave. Los delirios se caracterizan por una gran convicción (la persona está convencida de que su creencia es real), una gran fijación (la creencia persiste a pesar de las evidencias

contrarias), y una mermada habilidad para reconocer que la creencia es consecuencia de un trastorno mental (Brakoulias y Starcevic, 2011). En este sentido, un paciente con hipocondría no tiene la certeza absoluta de que su creencia sobre la enfermedad sea cierta, lo que aumenta su incertidumbre; sin embargo, un paciente con psicosis parece estar más seguro de que padece una enfermedad grave y, rara vez, pone en duda su creencia (Starcevic y Noyes, 2014). Además, la convicción de enfermedad, y no tanto la preocupación, sería más característica de la hipocondría y, los delirios de tipo somático o hipocondríaco se acompañan habitualmente de otros síntomas de la esfera psicótica que no se producen en la hipocondría (p.ej., alucinaciones somáticas, autolesiones para «eliminar» la enfermedad, afectación emocional grave, dificultades en las relaciones interpersonales y, en seguir un estilo de vida acorde con el rol y capacidades del paciente).

Depresión

La literatura existente sobre la relación entre la hipocondría y la depresión es amplia y se remonta a varias décadas; de hecho, en el pasado se consideraba que la hipocondría no era más que una manifestación del trastorno depresivo (p.ej., Kenyon, 1964).

La hipocondría suele estar acompañada de síntomas depresivos, tales como un bajo estado de ánimo, una baja autoestima, fatiga, disminución del apetito, e insomnio. Sin embargo, esto suele ocurrir cuando el trastorno depresivo es secundario a la hipocondría, ya que los síntomas depresivos no forman parte del cuadro clínico «puro» de la hipocondría (Starcevic y Noyes, 2014). En este sentido, y tal como señalan Noyes y colaboradores (1994) es más probable que la

hipocondría preceda a la depresión, y que esta última sea consecuencia directa de la hipocondría.

Las creencias hipocondríacas también pueden estar presentes en pacientes con depresión mayor. Por ejemplo, si las preocupaciones y miedos hipocondríacos del paciente relacionadas con padecer una enfermedad grave se asocian con atribuciones de culpabilidad o de «castigo» por los «errores cometidos», lo más probable es que la depresión sea el diagnóstico principal. Además, se considera que la hipocondría es secundaria al trastorno depresivo cuando solo está presente durante el episodio depresivo, y no ha existido antes del inicio de este. En esos casos, los síntomas hipocondríacos desaparecerán o disminuirán con la recuperación del episodio de depresión mayor (Kellner et al., 1986).

Por otro lado, actualmente se considera que la hipocondría está más relacionada con la ansiedad que con la depresión, y ello queda en parte reflejado en la denominación de trastorno de ansiedad por la enfermedad del DSM-5, en la propuesta de la CIE-11 de incluir a la hipocondría como parte de la categoría de los Trastornos de ansiedad y otros trastornos asociados al miedo, y en la consideración de la hipocondría como el extremo patológico de un continuo de ansiedad por la salud, como mencionamos en el apartado de la clasificación y el diagnóstico.

Trastorno de pánico

La hipocondría y el trastorno de pánico se caracterizan por un estilo de pensamiento focalizado en el cuerpo y los síntomas (Starcevic y Noyes, 2014). En este sentido, Salkovskis y Clark (1993) indicaron que la interpretación catastrófica de sensaciones y síntomas corporales inocuos podría estar en la base de ambos trastornos. Diferentes estudios sobre la relación entre la hipocondría y el trastorno de pánico han encontrado que los pacientes de ambas patologías presentan niveles similares de vigilancia corporal (Deacon y Abramowitz, 2008), miedo a los cambios corporales (Neziroglu et al., 2000) y amplificación somatosensorial (Martínez, Belloch y Botella, 1999). Sin embargo, aunque los dos trastornos comparten una serie de rasgos comunes, también poseen diferencias significativas entre sí. En cuanto a la naturaleza de la amenaza percibida, en el trastorno de pánico se experimenta de manera más directa e inmediata que en la hipocondría (Salkovskis y Clark, 1993). Los pacientes con trastorno de pánico sienten que están a punto de morir de asfixia, ataque al corazón o accidente cerebrovascular, y tienden a buscar ayuda más rápidamente que los pacientes con hipocondría. Por el contrario, la búsqueda de ayuda de los pacientes con hipocondría no se realiza de manera urgente, ya que no creen que la enfermedad suponga un peligro inminente. En este sentido, Noyes (1999) indicó que, si bien los pacientes con trastorno de pánico tienen miedo a morir, los pacientes con hipocondría tienen miedo a la muerte. Asimismo, existen diferencias entre ambos trastornos en la forma en la que se malinterpretan los síntomas. Generalmente, los pacientes con trastorno de pánico malinterpretan los síntomas de hiperactividad autonómica y arousal (p.ej., taquicardia,

dificultad para respirar, etc.), mientras que el rango de síntomas malinterpretado por los pacientes con hipocondría es mucho más amplio (Deacon y Abramowitz, 2008; Salkovskis y Clark, 1993). Por último, en la hipocondría los síntomas se manifiestan de manera persistente, mientras que en el pánico lo hacen sobre todo durante las crisis.

También ha sido objeto de debate cuál de los dos trastornos se produce cronológicamente primero (Fava y Magnelli, 2001). Cuando el pánico es el trastorno primario, las manifestaciones hipocondriacas secundarias pueden no requerir un tratamiento diferente al del trastorno de pánico. Sin embargo, cuando la hipocondría es el trastorno primario, el tratamiento para el pánico podría no contribuir a la mejora de los síntomas hipocondríacos (Benedetti et al., 1997).

Trastorno de ansiedad generalizada (TAG)

La hipocondría y el TAG se caracterizan por un estilo cognitivo concreto: la preocupación. Tanto a los pacientes con hipocondría como a aquellos con ansiedad generalizada les resulta difícil controlar sus pensamientos y su nivel de ansiedad se ve, frecuentemente, amplificada por el «y si...». Dadas estas similitudes en el estilo de pensamiento cabría esperar que los dos trastornos presentasen un cuadro clínico similar; sin embargo, mientras que las preocupaciones en el TAG se relacionan con múltiples aspectos de la vida diaria (p.ej., relaciones interpersonales, trabajo, estudios, economía, etc.), las preocupaciones típicas de la hipocondría giran en torno a la salud y la enfermedad.

Además, estos dos trastornos difieren en sus respuestas fisiológicas. La hipocondría se caracteriza por la activación (arousal)

autonómica, mientras que en el TAG son más comunes otras alteraciones físicas, tales como tensión motora, aprensión, vigilancia, irritabilidad, insomnio, fatiga y dificultad para concentrarse.

No existen muchos estudios que evalúen la relación entre la hipocondría y el TAG. En un estudio pionero llevado a cabo por Starcevic, Fallon, Uhlenhuth y Pathak (1994), se encontró que, ni siquiera los pacientes con TAG que estaban preocupados por padecer una enfermedad, presentaban características clínicas hipocondríacas. Así, los autores concluyeron que la distinción entre la hipocondría y el TAG era relativamente fácil, y este último raramente suponía un problema en el diagnóstico diferencial de la hipocondría.

Fobia a la enfermedad (Fobia específica)

La fobia a la enfermedad se incluye en la categoría de «fobias específicas, otros tipos» del DSM-IV-TR (APA, 2000), y se caracteriza por un miedo intenso a padecer una enfermedad o a poder contraerla con facilidad. Cabe destacar que, aunque el DSM-5 reconoce que la fobia específica implica miedo a las situaciones que pueden conducir a contraer una enfermedad, no incluye un especificador para la fobia a la enfermedad (APA, 2013).

La fobia a la enfermedad y la hipocondría tienen en común el miedo a la enfermedad; no obstante, existen una serie de características que pueden ayudar a la diferenciación entre ambos trastornos. En primer lugar, la hipocondría se caracteriza por la creencia de que una enfermedad ya está presente, mientras que la fobia a la enfermedad se caracteriza por el miedo a desarrollar o contraer una enfermedad en el futuro (Noyes, Carney y Langbehn, 2004). Así, esta última se

caracteriza por una mayor conciencia de enfermedad, de modo que el paciente reconoce que su miedo es irracional y excesivo (Noyes et al., 2004; Starcevic, 2013).

Fava y Grandi (1991) indicaron que en la fobia a la enfermedad existía una mayor especificidad y estabilidad de los síntomas. Así, un paciente con fobia a la enfermedad cuyo principal miedo sea desarrollar una enfermedad cardiovascular, rara vez transmitirá este miedo a otras enfermedades u órganos vitales; sin embargo, en la hipocondría es más frecuente un miedo constante y crónico que uno episódico y, generalmente, este se dirige a enfermedades no específicas.

A nivel comportamental, los pacientes con fobia a la enfermedad, frecuentemente, evitan estímulos relacionados con la enfermedad (p. ej., sensaciones, pensamientos, noticias, etc.), mientras que las conductas hipocondríacas típicas son la búsqueda de reaseguro y la comprobación del estado de salud. Esto supone la consideración de estrategias de tratamiento distintas para cada trastorno; esto es, exponerse a la enfermedad temida en el caso de la fobia a la enfermedad (Warwick y Marks, 1988), y terapia cognitivo-conductual para la hipocondría (Bouman, 2008; Fava, Grandi, Rafanelli, Fabbri y Cazzaro, 2000).

Trastorno obsesivo-compulsivo (TOC)

Las similitudes y diferencias entre la hipocondría y el TOC se han abordado de manera detallada en el apartado anterior, por lo que, en este apartado, vamos a dar únicamente algunas pinceladas sobre las relaciones entre ambos trastornos.

En lo que respecta a las similitudes entre ambos trastornos, la preocupación por estar enfermo en la hipocondría se asemeja a las obsesiones del TOC, en el sentido de que ambas son recurrentes, incontrolables y provocan malestar en la persona. Los pensamientos sobre estar enfermo se relacionan con la intolerancia a la incertidumbre y duda; de hecho, estos pensamientos pueden tomar la forma de duda obsesiva (Tallis y de Silva, 1992). Así, Deacon y Abramowitz (2008) encontraron niveles elevados de intolerancia a la incertidumbre tanto en pacientes con hipocondría como en pacientes con TOC. También se han encontrado similitudes en el contenido del pensamiento, los pacientes con hipocondría están preocupados por gérmenes, contaminación e infecciones, y se ha visto que esta preocupación puede ser similar a las obsesiones de contaminación (Starcevic y Noyes, 2014).

A nivel comportamental, la búsqueda de reaseguro está presente tanto en la hipocondría como en el TOC (Parrish y Radomsky, 2011; Starcevic et al., 2012), y las conductas de comprobación de la salud (p.ej., realización de pruebas médicas) en la hipocondría guardan cierta similitud con las compulsiones de comprobación en el TOC. Estas conductas tienen como finalidad aliviar el malestar, la ansiedad, la incertidumbre y evitar desgracias futuras (Salkovskis y Warwick, 1986; Starcevic y Janca, 2011).

Existen también diferencias entre ambos trastornos. En primer lugar, los pensamientos sobre la enfermedad en la hipocondría son, en su mayoría, ego-sintónicos, mientras que las obsesiones son fundamentalmente egodistónicas (Barsky, 1992b). Asimismo, los pensamientos sobre la enfermedad en la hipocondría se asemejan más

a las ideas sobrevaloradas que a las obsesiones (Brakoulias y Starcevic, 2011). Así pues, las creencias sobre la enfermedad en la hipocondría se mantienen con más fuerza que las creencias del TOC y la poca conciencia de enfermedad (*insight*) es más característica de la hipocondría que del TOC (Neziroglu et al., 2000). En consecuencia, es menos probable que los pacientes con hipocondría intenten resistirse al impulso de buscar reaseguro y de comprobar, en comparación con los pacientes con TOC (Barsky, 1992b).

Trastorno de somatización

La clasificación propuesta por el DSM-5 para la categoría de Trastornos somatomorfos (ahora denominada «Trastornos de síntomas somáticos y trastornos relacionados») elimina a la mayoría de los trastornos clasificados como trastornos somatomorfos en el DSM-IV-TR (i.e., trastorno de somatización, el trastorno somatomorfo indiferenciado, el trastorno de dolor y la mayoría de los casos antes clasificados como hipocondría) y los incluye en un solo diagnóstico: el trastorno de síntomas somáticos. El subgrupo de pacientes con hipocondría que: 1) estaban preocupados por padecer una enfermedad grave; 2) no presentan síntomas somáticos o, si están presentes son leves, y 3) tienen una elevada ansiedad acerca de su salud, quedan clasificados según los criterios del DSM-5 bajo la etiqueta de trastorno de ansiedad por la enfermedad, como segundo miembro de la categoría de síntomas somáticos (Matijasevic, 2014). No obstante, en este apartado, vamos a centrarnos en la antigua clasificación de los trastornos somatomorfos (DSM-IV-TR), para poder establecer una

diferenciación entre el trastorno de somatización (criterios DSM-IV) y la hipocondría.

Existen una serie de características que distinguen a la hipocondría del trastorno de somatización (DSM-IV-TR). En lo referente al foco de malestar, los pacientes hipocondríacos están preocupados por el significado de sus síntomas, mientras que a los pacientes con trastorno de somatización les preocupan los síntomas *en sí mismos* y las *consecuencias* que puedan acarrear en su vida diaria. Asimismo, los pacientes con hipocondría suelen estar preocupados por enfermedades específicas (Schmidt, 1994), y se quejan menos de sus síntomas somáticos (Escobar et al., 1998). La hiper-frecuentación médica es característica de los pacientes con trastorno de somatización, pero un subtipo de paciente hipocondríaco evita acudir al médico. También se han señalado discrepancias en cuanto a la forma de aproximación a los síntomas. En la hipocondría predomina un acercamiento «científico y preciso» (por ej., informándose de la enfermedad temida a través de revistas, consultas en internet, etc.), mientras que en la somatización se da una descripción vaga, dramática y exagerada de los síntomas. Además, habitualmente los hipocondríacos temen enfermedades concretas y, por tanto, sus síntomas tienden a ser bastante limitados; por el contrario, el trastorno de somatización implica la presencia de quejas múltiples y variadas en relación con diferentes sistemas y órganos.

Los pacientes con hipocondría presentan frecuentemente rasgos obsesivos (Sakai et al., 2010; Starcevic, 1990a), y los pacientes con trastorno de somatización suelen exhibir fundamentalmente, rasgos de

personalidad histriónicos, antisociales y límites (Cloninger, 2001; Morrison, 1989). A diferencia de la hipocondría, que tiene su inicio en la edad adulta (Barsky, Frank, Cleary, Wyshak y Klerman, 1991; Barsky, Wyshak, Klerman y Latham, 1990), el trastorno de somatización tiene un inicio temprano, anterior a los 30 años (*DSM-IV*; Asociación Americana de Psicología [APA], 1994). Además, existen diferencias de género entre ambos trastornos. La prevalencia de la hipocondría es similar en hombres y mujeres (Garyfallos et al., 1999; Gureje, Üstün y Simon, 1997); y el trastorno de somatización es más común en mujeres (Escobar et al., 1991; Garyfallos et al., 1999). Por último, la probabilidad de que el mismo trastorno esté presente en familiares de primer grado, es mayor en el trastorno de somatización (Guze, Cloninger, Martin y Clayton, 1986).

Trastornos de personalidad

Ciertas características de la hipocondría, tales como la forma que tienen los pacientes de comunicarse, o su forma de reaccionar al estrés, se han considerado como parte de la propia identidad de los pacientes con hipocondría (Barsky y Klerman, 1983; Barsky y Wyshak, 1989; Barsky et al., 1992). Estas características suelen prolongarse a lo largo del tiempo e impregnan la conducta de los pacientes, lo que provoca que, de cierta forma, la hipocondría se asemeje a un trastorno de personalidad (Starcevic, 2001). De hecho, Stenbäck y Jalava (1962) acuñaron el término de «personalidad hipocondríaca» para dar cuenta de una forma específica de hipocondría y, durante más de tres décadas se habló del «trastorno de personalidad hipocondríaca», que se definió

como un trastorno separado de la hipocondría (Tyrer, Fowler-Dixon, Ferguson y Kelemen, 1990).

No se ha encontrado ningún trastorno de personalidad que esté directamente vinculado a la hipocondría, pero sí se ha visto que esta guarda ciertas relaciones con algunos trastornos de personalidad. Así, tanto el paciente con hipocondría como aquel con trastorno de personalidad obsesivo-compulsivo se caracterizan por la búsqueda de control, la desconfianza hacia uno mismo y los demás, así como por una baja tolerancia a la incertidumbre y ambigüedad (Starcevic, 1990a). El paciente con hipocondría y el paciente con trastorno de personalidad narcisista se asemejan en la preocupación por uno mismo y el deseo de controlar el propio cuerpo y la salud (Starcevic, 1989). Por último, los pacientes con hipocondría se caracterizan por la desconfianza y la sospecha (que queda reflejada hacia el propio cuerpo), por lo que podrían existir ciertas similitudes a nivel fenomenológico con el trastorno de personalidad paranoide (Noyes, Watson et al., 2005; Starcevic, 2001). En todo caso, la valoración concurrente de un trastorno de personalidad o de rasgos disfuncionales de personalidad en personas con hipocondría, requiere de una evaluación amplia para valorar en qué medida ambos trastornos son interdependientes y, especialmente, para establecer un plan terapéutico adecuado.

5. Epidemiología y curso

5.1. Prevalencia

Las investigaciones publicadas sobre la prevalencia de la hipocondría están basadas principalmente en los criterios del DSM-IV y la CIE-10, debido al escaso tiempo transcurrido desde la publicación

del DSM-5 y, la situación todavía no oficial de la CIE-11. Por tanto, los datos que vamos a resumir en este apartado se basan fundamentalmente en estudios que utilizan los criterios diagnósticos de los sistemas precedentes.

A nivel comunitario, cuando se ha aplicado el criterio de hipocondría según el DSM-IV, la prevalencia ha sido generalmente baja, entre un 0,05% y un 0,4% (Bleichhardt y Hiller, 2007; Looper y Kirmayer, 2001; Martin y Jacobi, 2006). En un estudio realizado en Florencia, donde se aplicaron los criterios del DSM-III para la hipocondría, se encontró una prevalencia anual del 4,5% (Faravelli et., al, 1997). En otro estudio realizado en Canadá, se observó una prevalencia actual de 0,2%. No obstante, la prevalencia aumentaba al 1,3% si se utilizaban criterios abreviados, que consisten en excluir el criterio sobre la resistencia al adecuado reaseguro médico [Criterio B del DSM-IV] para el diagnóstico de la hipocondría (Looper y Kirmayer, 2001). En una investigación llevada a cabo con personas mayores de 65 años, se encontró una prevalencia del 1,1% en Liverpool y del 1,8% en Zaragoza (Saz, Copeland, De la Camara, Lobo, Dewey, 1995). En conjunto, estos datos indican que la hipocondría es poco frecuente en la población comunitaria. En este sentido, tal y como sugieren Starcevic y Noyes (2014) con un criterio diagnóstico menos restrictivo, que podría corresponder al trastorno de ansiedad por la enfermedad del DSM-5, la prevalencia se encontraría alrededor del 1%.

También se ha estudiado la prevalencia de la hipocondría en atención primaria, aunque en contraste con los estudios comunitarios, están enormemente influenciados por el acceso a los cuidados de salud,

la búsqueda de atención médica, la comorbilidad con otras enfermedades y los patrones de referencia dentro del sistema de salud. La estimación más fiable de la prevalencia de la hipocondría en atención primaria proviene del estudio internacional de la OMS que constató una prevalencia del 0,8% (Gureje et al., 1997) según criterios CIE-10. Este estudio también informó de una prevalencia del 2,2% para un diagnóstico abreviado de la hipocondría. Sin embargo, en otro estudio realizado en atención primaria se observó una prevalencia de 3,4% (Escobar et al., 1998). Estos datos sugieren que, en atención primaria, entre un 1% y un 3% de los pacientes cumplen el criterio completo o el criterio abreviado para la hipocondría.

Otros estudios, más numerosos, han evaluado la prevalencia de la hipocondría en consultas de especialidades médicas. Uno de los más amplios, con más de 5.000 pacientes ambulatorios en China, evaluó la presencia de la hipocondría utilizando una entrevista clínica estructurada y registró una prevalencia de 0,38% (Liu et al., 2012). Estudios a menor escala, utilizando una entrevista estructurada para evaluar a pacientes ambulatorios (Barsky, Wyshak, Klerman et al., 1990), pacientes hospitalizados (Fink, Hansen y Oxhoj, 2004) y pacientes quemados (Ter Smitten, de Graff y Van Loey, 2011), informan prevalencias que oscilan entre el 3,5% y el 6,3%. La baja prevalencia del estudio de Liu y colaboradores (2012) podría estar reflejando diferencias culturales en la expresión y aceptación de la ansiedad en el contexto médico.

El resto de los estudios realizados en personas con patologías médicas concretas han utilizado el Inventario Breve de Ansiedad por la

Salud (Salkovskis, Rimes, Warwick y Clark, 2002) para identificar niveles elevados de preocupaciones hipocondríacas y, por tanto, de ansiedad por la salud. Los datos oscilan entre el 20% y el 25% en pacientes con esclerosis múltiple (Kehler y Hadjistavropoulos, 2009) y diabetes (Claude, Hadjistavropoulos y Friesen, 2014), que aumentan hasta el 59,6% en pacientes con dolor crónico (Rode, Salkovskis, Dowd y Hanna, 2006).

Por último, en población psiquiátrica, la prevalencia de la hipocondría es del 1,6%, siendo más elevada en personas más mayores (Altamura, Carta, Tacchini, Musazzi, Pioli, 1998). Los pacientes con hipocondría se caracterizan además por consumir grandes cantidades de recursos sanitarios (Barsky, Ettner, Horsky y Bates, 2001), aunque se ha señalado que quizá sea el componente somatizador, más que las cogniciones hipocondríacas, el que juegue un papel más relevante en este hecho (Hollifield et al., 1990).

Otros estudios más recientes se han centrado en evaluar la prevalencia de la ansiedad por la salud, entendida como un continuo con expresiones graves de ansiedad por la salud representadas como hipocondría. En este sentido, Sunderland y colaboradores (2013), encontraron una prevalencia de la ansiedad por la salud a lo largo de toda la vida del 5,7%, y una prevalencia actual del 3,4%. Del mismo modo Bobevski, Clarke y Meadows (2016), encontraron una prevalencia en el transcurso de la vida del 6%, y la prevalencia actual del 3,4%.

Como se ha mencionado al inicio de este apartado, la prevalencia del trastorno de ansiedad por la enfermedad (similar a la hipocondría DSM-IV) es prácticamente desconocida. Los datos de un

estudio reciente revelan una prevalencia del trastorno de ansiedad por la enfermedad del 7% (Pandey et al., 2017)

5.2. Curso y pronóstico

La hipocondría puede iniciarse a cualquier edad, aunque lo más frecuente es que empiece en los primeros años de vida adulta. El curso es generalmente crónico, aunque pueden existir periodos de mayor o menor intensidad relacionados con periodos de estrés. El diagnóstico suele ser estable, hasta dos terceras partes de los pacientes hipocondríacos continúan cumpliendo los criterios para este trastorno al cabo de un año, y el tercio restante continúa presentando síntomas hipocondríacos (Jyvasjarvi et al., 1999).

Se han descrito como factores de buen pronóstico un inicio agudo, la corta duración del trastorno, la levedad de los síntomas, la presencia de una enfermedad médica concomitante, la ausencia de trastornos mentales concomitantes y la ausencia de una ganancia secundaria. Por otro lado, diversos autores han señalado diferentes factores que podrían contribuir a un peor pronóstico de la enfermedad, estos son:

(1) una mayor gravedad de los síntomas, una mayor duración del trastorno, la concurrencia de otros trastornos psiquiátricos y las puntuaciones altas en neuroticismo (Noyes et al., 1994);

(2) una mayor comorbilidad de trastornos depresivos y ansiosos y una mayor comorbilidad médica (Robbins y Kirmayer, 1996);

(3) mayor somatización, menor morbilidad médica y mayor convicción de enfermedad (Barsky, Fama, Bailey y Ahern, 1998);

(4) más somatizaciones, más amplificación de las sensaciones corporales y atribución de síntomas somáticos a enfermedad grave (Barsky, Bailey, Fama y Ahern, 2000); y

(5) mayor gravedad del trastorno, más somatización, una mayor psicopatología (evaluada según el Cuestionario de 90 Síntomas-Revisado [SCL-90R]), más cogniciones disfuncionales acerca del funcionamiento corporal, un mayor deterioro psicosocial y una mayor utilización de los recursos sanitarios (Hiller, Leibbrand, Rief, Fichter, 2002).

Por lo que se refiere a la influencia de variables de tipo demográfico (edad, sexo), social, o cultural en la hipocondría, los estudios son muy escasos. En cuanto al sexo la mayor parte de los datos proviene de estudios epidemiológicos generales que no han analizado esta variable de manera específica. En la mayoría de ellos no se detecta una prevalencia desigual de hipocondría ni de ansiedad por la salud en función del sexo de los entrevistados, aunque en algunos se ha observado una prevalencia ligeramente mayor en mujeres (p.ej., Clarke, Piterman, Byrne y Austin, 2008), que podría estar reflejando en realidad las diferencias entre mujeres y hombres en la disposición a buscar ayuda especializada y, por tanto, a no ocultar los problemas en el caso de las mujeres. Por lo que se refiere a la prevalencia de la hipocondría y la ansiedad por la salud en niños y adolescentes, los estudios son si cabe más escasos y poco concluyentes. El más amplio, realizado en población comunitaria danesa de entre 5 y 7 años, ofrece tasas del 17,6% de ansiedad por la salud leve y del 2,4% grave, según las informaciones proporcionadas por los progenitores (Rask, Elberling, Skovgaard, Thomsen y Fink, 2012). Por último, en cuanto a las

diferencias en prevalencia de la hipocondría en diferentes contextos culturales, únicamente hay publicado un estudio amplio, propiciado por la OMS, llevado a cabo en el contexto de la atención primaria de 14 países, basado en los criterios de la CIE-10 (Gureje et al., 1997). La prevalencia media de hipocondría fue del 0,8%, en un rango que oscilaba entre el 0,2% y el 1,2%. Las excepciones se produjeron en Nigeria y Chile, con prevalencias más elevadas (1,9% y 3,8%, respectivamente).

6. Causas de la hipocondría y la ansiedad por la salud

En las últimas décadas se han desarrollado diferentes modelos y teorías para explicar los mecanismos psicológicos implicados en el desarrollo y mantenimiento de la hipocondría. Estos modelos se basan en paradigmas teóricos tan diversos como el psicodinámico, el psicosocial, el conductual, el cognitivo, o el cognitivo-conductual. Aunque la mayoría de estos modelos reconocen que la hipocondría no obedece a una causa única, sino a un proceso interactivo de diversas variables, cada uno de ellos ha subrayado la importancia de un elemento frente a los demás. Desde la perspectiva psicodinámica, la hipocondría ha sido conceptualizada como una manifestación somática de fuerzas emocionales intrapsíquicas e inconscientes. Las explicaciones de carácter psicosocial la han entendido en términos de ganancias asociadas al hecho de asumir el rol de enfermo, o como un modo de comunicación interpersonal. Finalmente, los planteamientos cognitivos y conductuales la han considerado producto de alteraciones o disfunciones en la atención, en el pensamiento, o en ambos. En este apartado se describen algunas de las contribuciones más significativas

realizadas desde los enfoques cognitivo-conductuales, ya que son los que mayor atención han recibido en la literatura sobre el trastorno y de los que se derivan los planteamientos terapéuticos considerados más eficaces en la actualidad.

6.1.Planteamientos cognitivos

La mayor parte de los modelos cognitivos sobre la hipocondría proponen conceptualizarla como el extremo más grave de la dimensión de ansiedad por la salud. Estos modelos se caracterizan por centrarse principalmente en el estudio de las siguientes variables:

- a) alteraciones en los procesos y/o funciones cognitivas responsables de la recepción y/o entrada de la información: atención y percepción.
- b) alteraciones en los procesos cognitivos responsables de la elaboración de la información: memoria y pensamiento.
- c) alteraciones en el comportamiento: conductas de seguridad y evitación.
- d) alteraciones en los procesos emocionales y en la expresión de emociones: sensibilidad a la ansiedad y alexitimia.
- e) características de personalidad: neuroticismo y escrupulosidad

Asimismo, se han formulado modelos integradores que incorporan los distintos hallazgos y/o hipótesis de uno o más de los cuatro ámbitos mencionados.

6.1.1. Alteraciones en los procesos y/o funciones cognitivas responsables de la recepción y/o entrada de la información: atención y percepción

Los pacientes con hipocondría atienden de manera selectiva a la información relacionada con la salud y la enfermedad, incluyendo las sensaciones y cambios corporales que experimentan. Esa mayor «consciencia» del funcionamiento corporal podría explicar, al menos en parte, la búsqueda de explicaciones sobre las causas de esos cambios y la tendencia a creer que se deben a una enfermedad.

Esta idea se ha investigado fundamentalmente mediante autoinformes, aunque también a través de tareas experimentales. Y, está en la base de uno de los modelos explicativos más conocidos sobre la hipocondría propuesto por Barsky y colaboradores (Barsky, 1979, 1992a; Barsky, Goodson, Lañe y Cleary, 1988; Barsky y Klerman, 1983; Barsky y Wyshak, 1990), según el cual en este trastorno se produce una *amplificación de los signos y síntomas corporales*. Los pacientes con hipocondría amplifican las sensaciones somáticas y viscerales, en este sentido, tienden a experimentar tales sensaciones como más intensas, nocivas y perturbadoras que las personas que no sufren este trastorno.

El estilo somático amplificador incluye tres elementos (Barsky, 1992a; Barsky et al., 1988):

(1) la hipervigilancia corporal, que supone un aumento del auto-escrutinio y de la focalización de la atención en sensaciones corporales desagradables;

(2) una tendencia a seleccionar y centrarse en ciertas sensaciones relativamente débiles o poco frecuentes; y

(3) la tendencia a valorar las sensaciones viscerales y somáticas como anormales, patológicas y sintomáticas de la enfermedad, en lugar de percibir las como normales.

Los estudios sobre este «estilo somático amplificador» se han realizado principalmente con la Escala de Amplificación Somatosensorial (SSAS) desarrollada por Barsky, Wyslak y Klerman (1990). Los resultados con la SSAS apoyan, aunque parcialmente, la hipótesis de que las personas con hipocondría amplifican sus sensaciones corporales benignas. En uno de los primeros estudios en los que se utilizó la SSAS, Barsky y colaboradores (1990) compararon a 41 pacientes con hipocondría (siguiendo criterios DSM-III-R) con 75 pacientes sin diagnóstico de hipocondría, y encontraron que las puntuaciones en la SASS eran significativamente mayores en el grupo de pacientes con hipocondría. Estas diferencias se mantuvieron significativas cuando se controló el efecto de los síntomas de ansiedad y depresión, que están habitualmente asociados a la hipocondría. No obstante, los síntomas hipocondríacos, se asociaron de manera significativa con la SSAS tanto en los pacientes con hipocondría como en los individuos sin esta patología. Estos resultados indicaron una falta de especificidad de la amplificación somatosensorial en la hipocondría, al menos cuando se evaluaba mediante la SSAS. No obstante, esta falta de especificidad no implica que la tendencia a amplificar las sensaciones y cambios corporales no sea relevante en la hipocondría. De hecho, parece que esa tendencia es habitual en diversos trastornos o

situaciones vitales, como por ejemplo cuando estamos enfermos, en los que se produce una consciencia aumentada de las señales y síntomas corporales.

En otros trabajos el propio Barsky (1992a) plantea que hay una gran variedad de sensaciones corporales que pueden ser susceptibles de amplificación. Entre ellas se incluyen las sensaciones fisiológicas normales (p.ej., movimientos peristálticos intestinales, hipotensión postural, variaciones de la tasa cardiaca), disfunciones benignas o enfermedades autolimitadas, como zumbidos, contracciones nerviosas de los párpados, sequedad de la piel, dolores de cabeza, o diarrea, concomitantes somáticos o viscerales de reacciones afectivas intensas, tales como activación simpática que acompaña a estados emocionales intensos como la ansiedad o del enfado y, por supuesto, también los síntomas propios de enfermedades físicas. Así pues, la amplificación se refiere a un estilo perceptivo en relación a las sensaciones corporales o viscerales, con independencia de cuál sea el origen de éstas.

Además, se han propuesto cuatro factores que modulan la intensidad de la amplificación: la cognición, el contexto, la atención, y el estado de ánimo (Barsky, 1992a). En relación a la cognición, se sugiere que la información, las creencias, los conocimientos y, especialmente, la atribución causal sobre la naturaleza de los síntomas, actúan como moduladores de la amplificación. Es decir, es más probable que se intensifique un síntoma si este se atribuye a una enfermedad grave. En segundo lugar, se postula que el contexto o situación en el que se produzca un síntoma ofrecerá claves respecto a cómo puede ser interpretado. En tercer lugar, se hipotetiza que prestar

atención a un síntoma lo amplificará, mientras que la distracción lo disminuirá. Finalmente, los estados ansiosos facilitan la catastrofización de los síntomas e incrementan la autoconciencia. De forma similar, el estado de ánimo depresivo activa esquemas cognitivos negativos y pesimistas, intensificando la atención hacia un mismo, y aumentando las probabilidades de que se produzca la preocupación por el cuerpo.

En resumen, a pesar de que la amplificación somatosensorial se vinculó inicialmente de forma específica a la hipocondría (Barsky y Wyshak, 1989, 1990; Barsky, Wyshak y Klerman 1990), los autores finalmente han relacionado el constructo con una gran variedad de condiciones clínicas, tanto psicológicas como somáticas, en las que la experiencia y/o manifestación de quejas somáticas tiene un papel significativo.

La investigación sobre la atención selectiva hacia información relacionada con la enfermedad por parte de personas con hipocondría, ha recibido un mayor apoyo y consenso desde los estudios que emplean procedimientos experimentales. Se pueden extraer dos conclusiones relevantes a partir de las revisiones sistemáticas de las investigaciones sobre esta cuestión (Marcus, Gurley, Marchi y Bauer, 2007; Williams, 2004):

- a) En primer lugar, las personas con elevada ansiedad por la salud o hipocondría, comparadas con quienes tienen poca ansiedad por la salud, tienen una mayor atención selectiva hacia la información que está relacionada con salud y la enfermedad

(i.e., realizan peor las tareas de atención tipo Stroop cuando las palabras que se incluyen en la tarea se refieren a enfermedades).

- b) En segundo lugar, las personas con elevada ansiedad por la salud muestran atención selectiva a estímulos (i.e., palabras) amenazantes con contenidos de enfermedad en comparación con estímulos no relacionados con enfermedades.

Barsky y colaboradores (2001) realizaron una revisión de los estudios publicados sobre la amplificación somatosensorial incluyendo tanto los que usaban la SSAS para mediarla como aquellos que utilizaban tareas experimentales. Los resultados indicaron que, aunque los pacientes con hipocondría y las personas con puntuaciones elevadas en ansiedad por la salud obtenían, en general, puntuaciones más altas en la SSAS que las personas sin hipocondría y con baja ansiedad por la salud, los primeros no eran mejores perceptores en medidas objetivas de cambios somáticos, y en ocasiones, eran incluso peores perceptores que los no hipocondríacos o no ansiosos por la salud. Así, este autor concluye que la amplificación actuaría como un elemento distorsionador o confundente, que induciría a los pacientes a interpretar como significativa cualquier señal.

En definitiva, estos resultados sustentan la hipótesis de que las personas con hipocondría y/o elevada ansiedad por la salud presentan una marcada tendencia a atender de forma selectiva a cualquier información que se refiera a enfermedades. Asimismo, y tal como plantean Lecci y Cohen (2002), ayudarían a entender mejor la necesidad de estos pacientes de buscar reaseguro a través de comportamientos como la búsqueda de atención médica o la comprobación.

6.1.2. Alteraciones en los procesos cognitivos responsables de la elaboración de la información: memoria y pensamiento

Los pocos estudios que existen sobre el papel que juega la *memoria* en el desarrollo y mantenimiento de la hipocondría sugieren la existencia de un sesgo de memoria explícito en las personas con hipocondría que las lleva a recordar mejor que los individuos sin este diagnóstico, la información relacionada con la salud y la enfermedad. (Brown, Kosslyn, Delamater, Fama y Barsky, 1999; Muse et al., 2010). Este sesgo se ha observado también en las tareas experimentales de reconocimiento en las que los pacientes con hipocondría reconocen más rápidamente palabras relacionadas con enfermedades que palabras neutras (Hitchcock y Mathews, 1992), o no relacionadas con enfermedades (Ferguson, Moghaddam y Bibby, 2007). Sin embargo, los estudios que se centran en los *procesos de pensamiento* implicados en la hipocondría y la ansiedad por la salud son más numerosos y, especialmente los que se centran en el papel de las creencias sobre la salud. Este interés se deriva del énfasis puesto por los modelos cognitivos-conductuales en estas creencias, planteando que las personas con hipocondría sostienen creencias disfuncionales o desadaptativas sobre la enfermedad, que pueden actuar como desencadenantes o, factores que contribuyen al mantenimiento del trastorno.

El *catastrofismo*, o la tendencia a dar una mayor importancia a las posibles consecuencias negativas de un síntoma que a las neutras o inocuas, independientemente de las experiencias previas o del estado de salud, induce a otorgar un valor excesivo a un síntoma físico, que se

evalúa como una amenaza para la salud. Uno de los procedimientos típicos que existen para evaluar esta creencia consiste en presentar a las personas una lista de síntomas ambiguos y pedirles que digan qué enfermedad tendrían en el caso de experimentar esos síntomas, o que evalúen la probabilidad de que su presencia sea indicativa de una enfermedad catastrófica. Los resultados extraídos de las diferentes investigaciones apoyan este supuesto incluso en personas que no tienen un diagnóstico formal de hipocondría, pero sí puntuaciones elevadas en ansiedad por la salud. Por ejemplo, Hitchcock y Mathews (1992) y Marcus (1999) observaron que los estudiantes universitarios con puntuaciones elevadas en ansiedad por la salud, comparados con los estudiantes con puntuaciones bajas en dicha variable, interpretaban las sensaciones corporales como indicadoras de una enfermedad catastrófica. Asimismo, los individuos con elevada ansiedad por la salud interpretaban, con mayor probabilidad, un síntoma ambiguo (p.ej., dolor de cabeza) como un indicador de enfermedad grave (p.ej., un tumor cerebral). Castañeiras (2001) encontró que los pacientes hipocondríacos, a diferencia de los pacientes con depresión, ansiedad y somatizadores (criterios DSM-III-R), tendían a interpretar como amenazantes e indicadores de enfermedad grave los síntomas ambiguos. Haenen, de Jong, Schmidt, Stevens y Visser (2000) mostraron que los pacientes hipocondríacos estimaban más resultados negativos sobre la enfermedad que los no hipocondríacos cuando juzgaban situaciones ambiguas sobre la salud. De manera similar, Hadjistavropoulos, Craig y Hadjistavropoulos (1998) encontraron que las personas con elevada ansiedad por la salud, a diferencia de los que presentaban una baja ansiedad, evaluaban que tenían más riesgo de

sufrir complicaciones médicas ante una enfermedad. Asimismo, diversas investigaciones han constatado que la tendencia a realizar interpretaciones catastrofistas sobre la salud se asociaba con la ansiedad por la salud, pero no con la depresión ni la ansiedad generalizada (Fergus, 2014; Gautreau et al., 2014; Marcus y Church, 2003). Más recientemente, Wood, Zhang, Becker, Zlomuzica y Margraf (2016) en un estudio longitudinal realizado sobre una amplia muestra de mujeres, encontraron que las mujeres que al inicio del estudio interpretaban información ambigua en escenarios hipotéticos relacionados con somatización de un modo catastrofista, eran las que obtenían las puntuaciones más elevadas en hipocondría (evaluada con el Índice Whiteley) y miedo a las sensaciones corporales al inicio del estudio.

La *intolerancia a la incertidumbre* es otro factor de riesgo para la hipocondría. Se define como una reacción compleja, pues incluye al menos tres componentes (cognitivo, emocional y comportamental), que promueve importantes sesgos en el procesamiento de la información, que a su vez dan lugar a valorar de manera errónea s una amplia variedad de estímulos y/o situaciones, a la vez que inhibe la puesta en marcha de recursos y capacidades de afrontamiento adaptativas.

Diversos estudios han puesto de manifiesto la relevancia de la intolerancia a la incertidumbre en la hipocondría y la ansiedad por la salud (i.e., Abramowitz, Schwartz y Whiteside, 2002; Boelen y Carleton, 2012; Deacon y Abramowitz, 2008; Fergus, 2015a; Fergus y Valentiner, 2011; Reuman et al., 2017). También, se ha observado que la intolerancia a la incertidumbre se relaciona con la frecuencia con la que se hacen búsquedas relacionadas con la salud en Internet y, junto con este comportamiento, predice las puntuaciones en ansiedad por la

salud elevadas (Fergus, 2013a). No obstante, otros estudios sugieren que la importancia de esta creencia en está mediatizada por el nivel de sensibilidad a la ansiedad (O'Bryan y McLeish, 2017), es decir, que su impacto en la hipocondría depende del grado de sensibilidad a la ansiedad que tenga la persona.

También se ha encontrado que las personas con hipocondría creen que tienen muy poca capacidad para controlar las recaídas en la enfermedad, y mantienen supuestos rígidos y extremos sobre el significado de la salud como ausencia total de síntomas físicos. Esta creencia, que puede adquirir entidad de *idea sobrevalorada sobre la salud*, fue constatada en el estudio de Castañeiras (2001), en el que la mayoría de los pacientes con hipocondría, pero no los somatizadores ni los diagnosticados de pánico, manifestaban acuerdo total con la idea de *que estar sano es no tener ni notar ningún síntoma, por leve que sea*.

Por último, autores como Abramowitz y colaboradores (2002), plantean que las creencias sobre una *vulnerabilidad personal* aumentada ante las enfermedades tienen también un rol relevante en la aparición de la hipocondría. Por ejemplo, afirmaciones del tipo «muchas personas de mi familia han tenido cáncer», o «mi padre falleció de un ataque al corazón», pueden activar, en personas vulnerables con elevada ansiedad por la salud, síntomas hipocondríacos ante multitud de situaciones: desde el escuchar o leer información sobre alguna enfermedad, hasta el notar ciertos síntomas, pasando por el llegar a la misma edad en la que alguien de la familia falleció. En este sentido, en un estudio sobre esta variable, se encontró que las personas con hipocondría obtenían puntuaciones significativamente mayores que

otros pacientes de los grupos somatomorfos y de pánico en la subescala de vulnerabilidad a la enfermedad, lo que sugiere que se trata de una creencia muy relevante en la hipocondría que debe ser abordada en el contexto psicoterapéutico (López-Santiago, 2011). No obstante, esta creencia en pacientes con diagnóstico de hipocondría ha sido muy poco o nada investigada.

En suma, Marcus y colaboradores (2007) concluyen en su revisión de investigaciones publicadas acerca del rol que tienen las creencias disfuncionales sobre la salud en la hipocondría (y en la ansiedad por la salud), que las personas con este trastorno mantienen creencias y supuestos claramente disfuncionales sobre la enfermedad, que se ponen de manifiesto cuando realizan interpretaciones catastrofistas sobre sus síntomas y sensaciones corporales, cuando se sienten más vulnerables a enfermar que otras personas, o cuando tienen dudas acerca de su estado de salud.

Los modelos cognitivos ponen también un énfasis importante en otros productos cognitivos relacionados con los procesos de pensamiento que, a diferencia de las creencias, estarían implicados en la génesis de la hipocondría y no solo en su mantenimiento. En este sentido, las *intrusiones mentales desagradables y no deseadas* son productos cognitivos que se experimentan como imágenes, impulsos, sensaciones y/o pensamientos y que interrumpen de forma involuntaria el flujo consciente de pensamiento. La persona les atribuye un origen interno, es decir, sabe que son un producto de sus pensamientos, y tienden a experimentarse de manera recurrente y repetitiva. La mayoría de los estudios realizados sobre intrusiones mentales se han centrado en

analizar su papel en el desarrollo de las obsesiones que se dan en el TOC. Desde los modelos cognitivos del TOC (Rachman, 1997; Salkovskis, 1985) se propone que las intrusiones mentales se convierten en obsesiones porque se valoran de forma disfuncional, lo que lleva a los individuos a poner en marcha diferentes estrategias para controlarlas, reducir su impacto emocional, o suprimirlas. Estas estrategias en un primer momento reducen el malestar y aumentan la sensación de control, pero paradójicamente provocan un incremento posterior en la frecuencia de la intrusión mental, que se vuelve más llamativa. Así, la reaparición de la intrusión en el flujo de pensamiento habitual provoca un aumento del malestar inicial, estableciéndose un círculo vicioso que culmina, finalmente, en la reaparición recurrente de la intrusión, que ya tiene las características de un síntoma clínicamente significativo (i.e., obsesión).

La importancia de las intrusiones mentales en la génesis de la hipocondría fue planteada en las primeras conceptualizaciones cognitivas de la ansiedad por la salud por Salkovskis y Warwick (1986; Warwick y Salkovskis, 1989, 1990). También Rachman (2012) enfatizó su importancia para la hipocondría cuando planteó que los pacientes con este trastorno interpretan de un modo disfuncional el significado de pensamientos e imágenes intrusos sobre síntomas y sensaciones corporales poco importantes, iguales a los que la mayoría de las personas experimentamos. Esas interpretaciones aumentan la ansiedad por la salud inicial y suscita comportamientos de seguridad cuya finalidad es disminuir el contenido amenazante que representan para el afectado. En los criterios diagnósticos del DSM-5 y la CIE-11, bajo la denominación de pensamientos o preocupaciones sobre la salud y la

enfermedad, se pone también de manifiesto la importancia de esta modalidad de pensamientos.

Sin embargo, la investigación sobre estos pensamientos y las consecuencias que tienen en el desarrollo de la ansiedad por la salud es escasa. Hasta donde sabemos, se han publicado muy pocos trabajos que aborden este tema. Wells y Hackmann (1993), en un estudio realmente pionero, evaluaron las imágenes intrusas de pacientes con hipocondría y mostraron que los contenidos más frecuentes estaban relacionados con temas de muerte y enfermedad grave. Freeston et al. (1994) mostraron que las valoraciones de responsabilidad excesiva y desagrado o malestar por la intrusión predecían la frecuencia con la que se experimentaban las intrusiones, las dificultades para deshacerse de ellas, y los sentimientos de culpa que provocaban en las personas. Más recientemente, Muse y colaboradores (2010) reprodujeron los resultados de Wells y Hackmann (1993) en pacientes hipocondríacos, encontrando que el 78% de los participantes experimentaban imágenes intrusas relacionadas con esos mismos contenidos. Langlois y colaboradores (2014) examinaron, en una muestra no clínica de estudiantes universitarios, si los miedos hipocondríacos guardaban más similitud psicopatológica con las intrusiones de contenido obsesivo o con las preocupaciones características de la ansiedad generalizada. Sus resultados indicaron que los miedos hipocondríacos quedaban en un espacio intermedio entre las obsesiones y las preocupaciones ansiosas, pues compartían características de ambos productos cognitivos. Constataron además que los miedos intrusos sobre enfermedades se producían tanto en forma de imagen como de pensamiento. Asimismo, Romero-Sanchiz y colaboradores (2017) analizaron las diferencias y

similitudes entre los pensamientos intrusos típicos del TOC, el trastorno de ansiedad generalizada y la hipocondría, y encontraron diferencias en la forma en que estos pensamientos fueron evaluados, su frecuencia y las estrategias de neutralización empleadas. Estos autores concluyeron que las diferencias observadas entre los trastornos evaluados eran relevantes para el diagnóstico diferencial, la formulación y el tratamiento psicológico de los mismos.

En definitiva, lo que sabemos es que cuanto más importancia se otorgue a este tipo de pensamientos, más malestar provocan, más probable es que se intente hacer algo para manejarlos y, dado que los comportamientos que se llevan a cabo son infructuosos, más probable es que reaparezcan y acaben por ocupar buena parte de los pensamientos habituales. Desde esta perspectiva, los pensamientos intrusos desagradables sobre la salud y la enfermedad podrían ser el punto de partida de la caracterización de una persona con hipocondría como alguien que está constantemente preocupándose o «rumiando» sobre su estado de salud.

6.1.3. Alteraciones en el comportamiento: conductas de seguridad y evitación.

Los pacientes con hipocondría ponen en marcha diferentes conductas para aliviar el malestar que les generan sus preocupaciones por la salud. Estas conductas pueden atenuar a corto plazo el malestar; sin embargo, a medio y largo plazo lo incrementan porque la persona no puede estar todo el tiempo realizándolas y, por tanto, cuando las abandona y le sobreviene de nuevo la duda (p.ej., cuando nota un síntoma), esta genera aún más dudas e inseguridades.

Los comportamientos más disfuncionales y característicos que llevan a cabo las personas con hipocondría son la vigilancia y comprobaciones de su cuerpo, la búsqueda de reaseguro, la búsqueda de información, y la evitación (Rachman, 2012). Todos ellos están, además, relacionados funcionalmente con las alteraciones básicas de procesamiento que hemos venido comentando.

La *vigilancia corporal* consiste en prestar atención excesiva y supervisar cualquier cambio corporal normal o inocuo, y se traduce en comportamientos de *comprobación* y *supervisión*. La mayoría de los pacientes realiza comprobaciones de sus funciones corporales de un modo más o menos repetitivo, por ejemplo, tomándose la temperatura, controlando su tasa cardíaca o presión arterial, examinando su agudeza visual, saturación pulmonar, escudriñamiento cutáneo, etc.

Estos comportamientos acarrearán una serie de problemas para el paciente. En primer lugar, si el registro obtenido no coincide con lo esperado, lo más probable es que aumente la ansiedad del paciente y, como consecuencia, sus valores «anormales» aumenten y, a continuación, aumente también su preocupación por la posibilidad de sufrir una enfermedad grave. No obstante, lo más probable es que esas alteraciones que observa el paciente se deban a las variaciones normales que todas las personas experimentan a lo largo del día, y no guarden relación con procesos mórbidos. Es decir, que el paciente interprete las variaciones normales como amenazantes y peligrosas, o como «pruebas» de que realmente tiene un problema. En segundo lugar, los pacientes suelen hacer comprobaciones en los momentos en los que se sienten más ansiosos o estresados. En esas situaciones los síntomas

físicos de ansiedad se hacen más evidentes y, por lo tanto, el paciente los registrará y los interpretará como señal de enfermedad y no como lo que realmente son: síntoma de activación fisiológica debida a la ansiedad o al estrés. Otro de los efectos no deseables de las comprobaciones es el de que, en ocasiones, provocan un aumento de las sensaciones que el paciente teme porque las asocia con una enfermedad.

Además, la vigilancia del cuerpo produce otro efecto perjudicial. Tal como indican Abramowitz y Braddock (2006) produce un sobre-aprendizaje o un incremento de la sensibilidad de los pacientes a las señales corporales normales, aumentando así la posibilidad de ser interpretadas como amenazantes y/o como signos inequívocos de enfermedad. Así pues, estos autores indican los efectos perniciosos que, en un paciente hipocondríaco, pueden tener las recomendaciones médicas sobre la importancia de tomarse la tensión, o de vigilar la tasa cardíaca, ya que podría reforzar de manera intencionada los comportamientos inadecuados de vigilancia corporal en la hipocondría.

La *búsqueda de reaseguro y de información* tiene efectos similares a los de la vigilancia y sucesiva comprobación. La mayoría de los pacientes con hipocondría se sienten aliviados cuando escuchan información médica que les asegura que están bien y que su salud es buena. No obstante, este alivio inmediato refuerza la utilización de ese comportamiento cuando surge nuevamente una duda o un temor relacionada con la enfermedad. Estos comportamientos también pueden tener consecuencias peyorativas, porque aumentan la sensación de incapacidad e inutilidad de los pacientes para manejar y afrontar sus preocupaciones. Si además resulta que, como sucede en la mayor parte

de las ocasiones, las consultas con los profesionales médicos no coinciden en cuanto a sus prescripciones y observaciones, la búsqueda de reaseguro puede tener un efecto más negativo aun, y generar un clima de desconfianza y complejidad en las relaciones.

Los efectos nocivos de la búsqueda de reaseguro se han puesto también de manifiesto con el auge de Internet y las nuevas tecnologías. Así, White y Horwitz (2009) constataron que la búsqueda de información sobre enfermedades estaba entre las primeras actividades de los usuarios de Internet. Además, observaron que muchos de los usuarios transitaban con mucha rapidez de un tópico a otro cada vez más grave o problemático, en una especie de «escalada» similar a la que se produce en la hipocondría. Por ejemplo, se empieza por buscar «migraña», y rápidamente se pasa (favorecido a menudo por los enlaces de la página que se visita) a «migraña crónica», y de ahí a «tumor cerebral» (Bouman, 2014). La importancia de estos comportamientos en el mantenimiento de la ansiedad por la salud se puso de manifiesto en los primeros estudios de Salkovskis y Warwick (1986), cuando demostraron que su disminución a lo largo del proceso terapéutico se asociaba con una reducción clínicamente significativa de la ansiedad por la salud.

Por último, los comportamientos de *evitación*, a menudo utilizados por los pacientes como conductas de seguridad, tienen como resultado aumentar la fuerza de las creencias disfuncionales sobre la propia salud o la vulnerabilidad personal a enfermar. Por ejemplo, si un paciente evita hacer ejercicio físico porque teme sufrir un ataque cardíaco, su creencia de que el ejercicio puede provocar el ataque, o la

de que es más vulnerable a tenerlo si hace ejercicio, se fortalecerá porque obviamente no tiene ningún ataque. Así, al evitar algo que se teme, desaparecen las oportunidades de comprobar o poner a prueba la propia capacidad para afrontar el miedo y también las creencias sobre las propias capacidades y habilidades. La importancia de los comportamientos de evitación en el mantenimiento de la hipocondría se ha puesto de manifiesto en varios trabajos con pacientes y se incluyen como criterio diagnóstico en el DSM-5 (subtipo evitador) y en la CIE-11. En una investigación reciente de Doherty-Torstrick, Walton, Barsky y Fallon (2016) con una muestra de pacientes hipocondríacos se constató que cuanto más graves eran los comportamientos evitativos, mayor era la gravedad del trastorno, el deterioro del funcionamiento cotidiano, y peor era la calidad de vida.

6.1.4. Alteraciones en los procesos emocionales y en la expresión de emociones: sensibilidad a la ansiedad y alexitimia.

a) Sensibilidad a la ansiedad

La sensibilidad a la ansiedad se ha definido como el miedo a las sensaciones físicas relacionadas con la activación del sistema nervioso simpático (*arousal*), por las consecuencias negativas de tipo físico, cognitivo (preocupaciones e intrusiones sobre la salud, especialmente la salud mental) y social (consecuencias de la pérdida de salud) que puede tener esa activación (Reiss, 1987). En el contexto de la ansiedad por la salud, los tres componentes de la sensibilidad a la ansiedad han mostrado ser especialmente importantes. Salkovskis y Warwick (2001) observaron que la ansiedad por la salud mantenía relaciones igual de

importantes con la sensibilidad a la ansiedad que con las creencias disfuncionales características del trastorno. Otros autores han encontrado también evidencias de la importancia de la sensibilidad a la ansiedad como predictor de la ansiedad por la salud (p.ej., Fergus 2014; Fetzner et al. 2014; Olatunji y Wolitzky-Taylor, 2009), sobre la asociación entre sensibilidad a la ansiedad (especialmente, el componente físico) y ansiedad por la salud (Deacon y Abramowitz 2008; Fergus y Bardeen 2013; Wheaton, Berman et al., 2010), como mediadora entre las creencias de intolerancia a la incertidumbre y ansiedad por la salud (O'Brian y McLeish, 2017), y como característica diferenciadora entre pacientes con hipocondría y pacientes con trastorno de somatización (López-Santiago, 2011).

b) Alexitimia

La alexitimia se refiere a la incapacidad de expresar las emociones a través de las palabras. Algunos estudios clásicos han señalado que los individuos con problemas de tipo psicossomático tienen dificultad para describir sus emociones con palabras, les resulta problemático elaborar fantasías y presentan una tendencia a centrarse en los detalles de los sucesos que ocurren en su entorno (Nemiah, 1977; Sifneos, 1973). No obstante, la investigación a este respecto ha sido escasa. López-Santiago (2011) constató que no había diferencias en alexitimia entre pacientes de cuatro grupos diagnósticos (hipocondría, trastorno de somatización, pánico, y otros trastornos somatoformes), aunque todos los grupos diagnósticos diferían del grupo de individuos sin trastorno. Estos datos apuntan a una falta de especificidad de la alexitimia para explicar la hipocondría, pero no le resta relevancia para

la explicación del trastorno y para su valoración en el proceso de diagnóstico y tratamiento.

6.1.5. Personalidad

El neuroticismo es la dimensión de personalidad que se ha asociado de forma consistente con la hipocondría. Según Williams (2004), las razones que explican tal la asociación se encuentran, en la conceptualización del neuroticismo en términos del Sistema de Inhibición Conductual, el modelo motivacional propuesto por Gray (1987), que se caracteriza por una elevada sensibilidad al castigo y a la ausencia de recompensas y del que se supone que la ansiedad es una expresión o manifestación. La alta sensibilidad al castigo de las personas con niveles elevados de neuroticismo se puede deducir de las investigaciones en las que se demuestra que la ansiedad se asocia con un procesamiento atencional selectivo de los estímulos amenazantes. En el caso de la hipocondría y la ansiedad por la salud hay muchas situaciones que pueden constituir una amenaza para el individuo y, por lo tanto, un castigo potencial. En este sentido, la evaluación de la propia salud es una tarea que conlleva un cierto nivel de amenaza, al igual que sucede con la atención a las señales corporales, o atender a informaciones sobre enfermedades que proporcionan los médicos, otros significativos, o los medios de comunicación.

6.1.6. Modelos explicativos generales.

Las diversas características de la hipocondría que hemos venido comentando hasta aquí se integran, en su mayoría o en parte, en los modelos cognitivo-conductuales que presentamos a continuación siguiendo un orden cronológico de aparición. De ellos, el más

importante por los desarrollos e investigaciones a que ha dado lugar, incluyendo el abordaje psicoterapéutico y la propuesta de denominar la hipocondría como ansiedad por la salud, es sin duda el que propusieron Salkovskis y Warwick a finales de la década de los ochenta del pasado siglo. Como se verá a continuación, todos los modelos propuestos siguen un mismo patrón de tipo procesual, mediante el que se intenta explicar los diferentes aspectos que inciden en el incremento de la vulnerabilidad a presentar el trastorno, siguiendo la lógica de la mayoría de los modelos psicológicos de diátesis-estrés.

6.1.6.1. Interpretación errónea de la naturaleza y el significado de los síntomas: el enfoque de Kellner

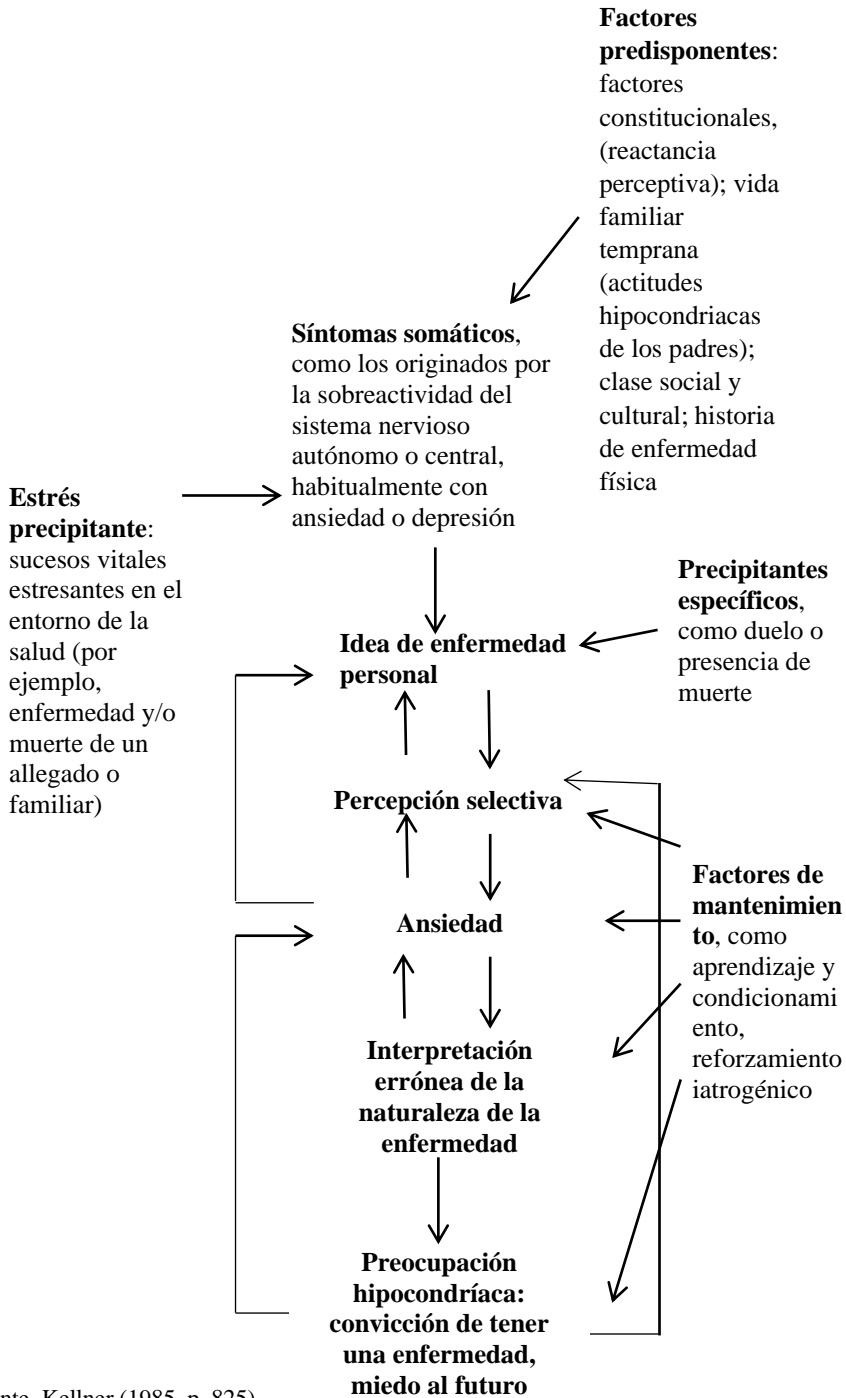
Kellner (1985) ha diseñado un esquema de los elementos implicados en la reacción hipocondríaca y su evolución hacia lo que él denomina «neurosis hipocondríaca» (Figura 1). De acuerdo con su propuesta, ciertas experiencias tempranas predisponen a la persona a atender a los síntomas somáticos y ciertos eventos actúan como factores precipitantes. Los *factores predisponentes* de la reacción hipocondríaca pueden ser constitucionales, o el paciente puede haber tenido experiencias tempranas que le predispongan a atender a los síntomas físicos, tales como enfermedades físicas previas, enfermedades en la familia durante la infancia, o un ambiente temprano muy interesado en la enfermedad. Otras características predisponentes al trastorno son un ambiente familiar inestable durante la infancia, y las pérdidas o el duelo durante esta etapa de la vida. Los *factores precipitantes* de la reacción hipocondríaca pueden ser una enfermedad en la familia, ser testigo de alguna muerte con gran impacto emocional, haber tenido una

enfermedad personal, u otros eventos que contribuyan a aumentar la consciencia de vulnerabilidad física. El evento precipitante puede ser cualquier trastorno de adaptación que provoque ansiedad o depresión u otro trastorno psiquiátrico con síntomas somáticos, o dolor psicógeno al tiempo que estrés severo.

Una vez que se han percibido los síntomas somáticos puede surgir la idea de que uno está enfermo o desarrollando una enfermedad grave. No obstante, en algunas circunstancias los síntomas pueden desaparecer espontáneamente, o puede que el paciente acuda a su médico en busca de reaseguro y este le informe de que sus síntomas no son peligrosos, y el paciente quede satisfecho con la explicación e ignore los síntomas hasta que finalmente desaparezcan. Esta situación es la más común en el caso de los síntomas somáticos funcionales (aquellos que no se explican mejor por una condición médica). Si, por alguna razón, se mantiene la idea de que existe una enfermedad grave, por ejemplo, por no haber obtenido un reaseguro adecuado de los síntomas por parte del médico, el paciente podría comenzar a ponerse ansioso por las consecuencias que la enfermedad pudiera tener. La ansiedad sirve en estos casos como un motivador para la selección perceptiva y provoca cambios en el sistema de percepción: los pacientes comienzan a notar los latidos del corazón, las sensaciones abdominales y las sensaciones asociadas a la respiración y a otras funciones. En algunos pacientes, estas sensaciones pueden llegar a dominar el campo perceptivo del paciente. Así, una reacción que en principio es inocua empieza a convertirse en una neurosis hipocondríaca, un trastorno angustiante que puede convertirse en crónico.

El paciente entonces comienza a interpretar erróneamente la naturaleza de sus síntomas. Las explicaciones médicas que afirman que no hay nada que funcione mal o que solo son imaginaciones del paciente, resultan fallidas para convencer al paciente, ya que está plenamente convencido de que sus síntomas y su malestar son reales; estas explicaciones únicamente pueden llevar al paciente a pensar que tiene una enfermedad no diagnosticada. Cuando el paciente cree que tiene tal enfermedad, todos los síntomas y sensaciones que antes habían sido ignorados adquieren significado. A través de estas experiencias se produce el aprendizaje y mejoran las habilidades para percibir los síntomas somáticos. Una persona que anteriormente no había prestado atención a su cuerpo, se concentrará en las sensaciones corporales que provengan de la parte del cuerpo de la que está preocupado, y esta focalización de la atención puede convertirse en un hábito. A partir de este momento, la ocurrencia de los síntomas dará lugar a ataques de ansiedad, y puede ocurrir que la ansiedad se condicione, a su vez, a la aparición de los síntomas somáticos o los pensamientos sobre la enfermedad. Estos ataques de pánico conducen a experimentar más síntomas somáticos que, al mismo tiempo, llevan al paciente a experimentar más ansiedad, y a una atención selectiva, dando lugar finalmente a un círculo vicioso.

Figura 1. Esquema de la reacción hipocondríaca y la neurosis hipocondríaca.



Fuente. Kellner (1985, p. 825)

6.1.6.2. La formación de creencias o supuestos disfuncionales sobre la salud y la enfermedad: las aportaciones de Salkovskis y Warwick

Estos autores proponen conceptualizar la hipocondría como un problema de ansiedad en lugar de como un trastorno somatomorfo, como se ha venido haciendo hasta ahora. Para estos autores, la característica principal de la hipocondría es la interpretación errónea de los signos y síntomas corporales inocuos como evidencias de una enfermedad grave, incluso en ausencia de una enfermedad médica (Salkovskis, 1989, 1996; Salkovskis y Clark, 1993; Salkovskis y Warwick, 1986, 2001; Warwick y Salkovskis 1989, 1990). Los autores plantean un esquema procesal a través del cual ilustran cómo se desarrolla la hipocondría (Figura 2), y sugieren que la interpretación que hace una persona de sus sensaciones físicas depende del peligro percibido, que, a su vez, se desarrolla en función de cuatro factores cognitivos (i.e., la percepción de la probabilidad de enfermedad, la percepción del coste, lo horrible y la carga de la enfermedad, la percepción de la habilidad para hacer frente a la enfermedad y la percepción de la medida en que los factores externos nos ayudan). El primer factor y más importante es la percepción de la probabilidad de desarrollar o padecer una enfermedad grave, que interactúa con el segundo factor, la percepción de lo «terrible» que sería sufrir esa enfermedad. La percepción de lo horrible que sería padecer la enfermedad hace referencia tanto al dolor y el sufrimiento que acompañan al/la enfermo/a como a consecuencias más generales, tales como perder un rol que se está desempeñando (p.ej., ser madre soltera)

o la preocupación por la tristeza y el desconcierto que puedan sentir los seres queridos. El tercer factor relevante es en qué medida la persona se considera capaz de interferir en el empeoramiento del curso de la enfermedad, esto es, si la persona considera que tiene las estrategias de afrontamiento adecuadas para hacer frente a la amenaza percibida -la enfermedad-. El último factor se refiere a la posibilidad de contar con factores externos que puedan intervenir en caso de necesitar ayuda, tales como el acceso a los servicios de salud y la ayuda médica.

Figura 2. Factores cognitivos implicados en la ansiedad.

$$\text{Ansiedad} = \frac{\text{Percepción de la probabilidad de enfermedad} \times \text{Percepción del coste, lo horrible y la carga de la enfermedad}}{\text{Percepción de la habilidad para hacer frente a la enfermedad} + \text{Percepción de la medida en que los factores externos nos ayudarán}}$$

Fuente. Salkovskis (1996, p. 51) y Salkovskis y Warwick (2001, p. 205).

Un aspecto relevante de este análisis es que una persona puede experimentar una elevada ansiedad por la salud sin que exista una alta probabilidad de enfermar, por el simple de hecho de considerar que estar enfermo sería algo horrible, terrible y triste, o lo que es lo mismo, porque se temen los costes asociados a la enfermedad, como, por ejemplo, que esta esté acompañada de dolor y molestia, de perder un puesto de trabajo o sentirse una carga para los familiares. Si, además, la persona piensa que va a desarrollar una enfermedad o tiene una alta probabilidad de padecerla en un futuro, la ansiedad por la salud aumentará. Estos factores cognitivos juegan un papel determinante en la génesis del trastorno, puesto que los pacientes perciben las

sensaciones y síntomas corporales como más peligrosos de lo que realmente son y suelen considerar una enfermedad particular más probable de lo que realmente es. Además, se perciben a sí mismos como incapaces de prevenir la enfermedad o afectar al curso de la misma, en definitiva, consideran que no disponen de los recursos necesarios para lidiar con la enfermedad.

6.1.6.2.1. Factores implicados en el desarrollo de la ansiedad por la salud y la hipocondría

La formulación cognitivo-conductual de la hipocondría ofrecida por Salkovskis y Warwick (1986, 1989, 1990) afirma que las experiencias tempranas relacionadas con la enfermedad (propias o ajenas) y las experiencias negativas con los servicios de salud conducen a la formación de supuestos disfuncionales sobre los síntomas, la enfermedad y las conductas de salud. Tales supuestos son aprendidos a través de diferentes situaciones, incluyendo las experiencias previas con enfermedades físicas o una experiencia médica insatisfactoria, eventos tales como la inesperada o desagradable enfermedad de un ser querido y la información que aparece en los medios de comunicación. Un ejemplo de supuesto disfuncional sería pensar que todos los cambios corporales tienen una causa justificada, o que se debe acudir al médico ante la mínima sospecha de enfermedad para evitar un desenlace fatídico. Otras creencias pueden estar más relacionadas con enfermedades específicas y debilidades personales, tales como considerar que se es más vulnerable a una enfermedad determinada, o que una parte específica del cuerpo no funciona como corresponde (p.ej., «mi capacidad pulmonar no es buena»).

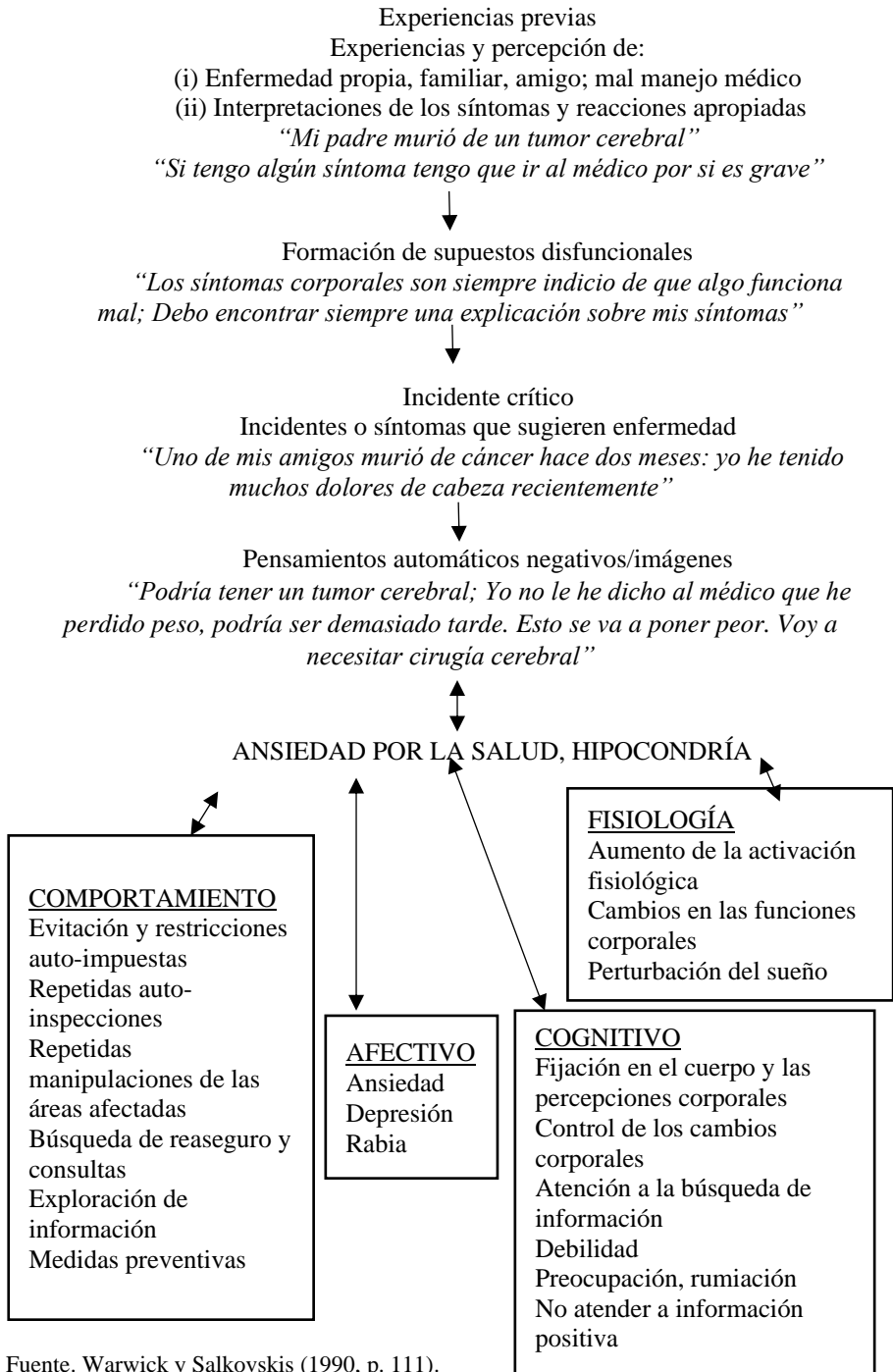
Tales creencias pueden llevar a la persona a prestar atención a los cambios corporales que son indicativos de enfermedad y a ignorar los signos de buena salud. Estos supuestos pueden permanecer latentes hasta que un incidente crítico los activa (p.ej., aparición de un síntoma, muerte de un familiar, nueva información acerca de una enfermedad), lo que provoca la intrusión de pensamientos automáticos negativos e imágenes desagradables que implican una interpretación catastrófica de las sensaciones y signos corporales. Se produce, asimismo, un aumento de la vigilancia corporal y la persona puede observar más fácilmente otras sensaciones corporales.

La Figura 3 ilustra el modelo cognitivo del desarrollo de la hipocondría, que puede resumirse así: la ocurrencia de un incidente crítico (p. ej., la muerte de un amigo) puede activar los supuestos disfuncionales sobre la enfermedad que mantiene la persona. Esto dará lugar a una interpretación catastrófica de sus sensaciones y cambios corporales, lo que provocará un aumento de la ansiedad, que va acompañada de una serie de manifestaciones a nivel fisiológico, cognitivo y conductual. En primer lugar, como consecuencia del arousal autonómico, la persona experimentará más sensaciones físicas, que podrá interpretar como indicadores de enfermedad. En segundo lugar, el aumento de la vigilancia corporal puede hacer que la persona sea más consciente de sus funciones y cambios normales y los interprete como anómalos. Por último, las conductas encaminadas a determinar si la enfermedad está o no presente, tales como la comprobación de diferentes partes del cuerpo o la búsqueda de información tranquilizadora, también contribuirán a mantener el problema mediante el incremento de la sintomatología y la preocupación por la salud. Los

tres mecanismos descritos (arousal fisiológico, focalización de la atención y conductas de comprobación y reaseguro) conducen a la persona a preocuparse por las sensaciones físicas percibidas como patológicas y a valorarlas como señales de la presencia de una enfermedad grave, lo que a su vez aumenta la percepción de peligroso, estableciéndose de este modo un círculo vicioso que prolonga la hipocondría.

Las interpretaciones catastróficas pueden, a su vez, conducir a uno de los dos patrones de ansiedad (o a una combinación de ambos). Si las sensaciones y signos corporales no aumentan como consecuencia directa de la activación autonómica producida por la ansiedad, o los pacientes no se encuentran preocupados por las consecuencias inmediatas de la enfermedad que temen, entonces se producirá una reacción típica de los pacientes con hipocondría (p.ej., «Mi dolor de cabeza significa que tengo un tumor cerebral»). Por el contrario, si los síntomas que se interpretan erróneamente son aquellos que ocurren por la activación autonómica producida por la ansiedad y se interpretan como una evidencia de catástrofe inmediata, se producirá un incremento de los síntomas (p.ej., «Estas palpitaciones significan que me está dando un infarto»). Si este proceso continuo sin resolverse, el ataque de pánico será la respuesta más probable (Clark, 1988; Salkovskis, 1988; Salkovskis y Clark, 1993).

Figura 3. Modelo cognitivo del desarrollo de la ansiedad por la salud.



Fuente. Warwick y Salkovskis (1990, p. 111).

6.1.6.2.2. Factores mantenedores de la ansiedad por la salud y la hipocondría

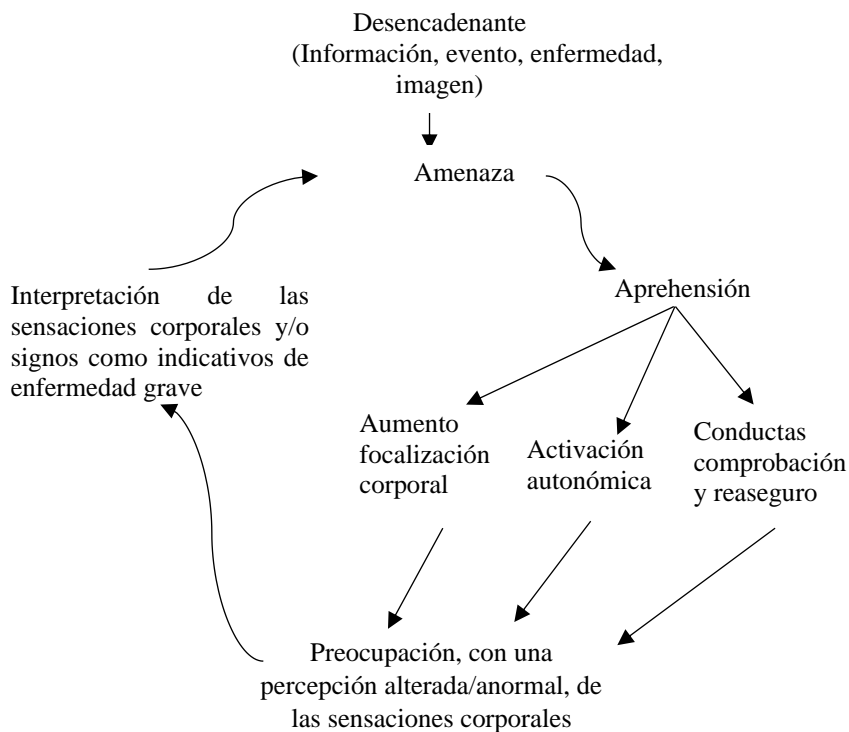
La teoría cognitiva de Warwick y Salkovskis (1990) afirma que, una vez desarrollada la ansiedad por la salud, existen ciertos mecanismos implicados en su persistencia y mantenimiento. La Figura 4 ilustra los mecanismos que pueden mantener la preocupación por la salud y exacerbar los síntomas hipocondríacos.

- 1) *Sesgos cognitivos relacionados con el procesamiento de información.* Si el paciente contempla activamente la posibilidad de padecer una enfermedad grave, entonces, su atención se focalizará en la información que es consistente con la enfermedad y la que es inconsistente se considera insuficiente o irrelevante. Este fenómeno se conoce como sesgo de confirmación y está reforzado por otros supuestos relevantes en la ansiedad por la salud, tales como «si no me preocupo por mi salud, probablemente me pondré enfermo».
- 2) *Interpretaciones erróneas de las sensaciones corporales.* La interpretación catastrófica de los síntomas corporales como indicadores de enfermedad grave conducirá al paciente a experimentar una intensa ansiedad, que se acompaña de activación fisiológica (p.ej., sudoración, palpitaciones, mareos, etc.). El paciente puede interpretar este aumento de la sintomatología como una confirmación de que realmente «le ocurre algo malo», lo que aumentará su ansiedad y los síntomas asociados a la misma, dando lugar a o un círculo vicioso de síntomas, interpretaciones catastróficas y ansiedad.
- 3) *Conductas dirigidas a evitar o reducir la probabilidad y el impacto de la amenaza.* Las conductas dirigidas a evitar (p. ej., no visitar a

un familiar que está ingresado en el hospital), comprobar (p.ej., tocarse un bulto en el pecho para ver si ha crecido), o descartar la enfermedad (p. ej., realizarse diferentes pruebas y exámenes médicos) pueden mantener la preocupación por la salud y exacerbar los síntomas hipocondríacos.

- 4) *Alteraciones emocionales.* Las alteraciones emocionales, particularmente la ansiedad y la depresión, incrementan los pensamientos negativos, lo que provoca a su vez más alteraciones emocionales (Butlet y Mathews, 1983; Teadasle, 1983). Este proceso probablemente también desencadena pensamientos rumiativos sobre las consecuencias de sufrir una enfermedad grave. Por ejemplo, si una persona está preocupada por sufrir una enfermedad terminal, se sentirá muy triste y ansiosa. Este bajo estado de ánimo le puede llevar a rumiar sobre cómo sus familiares lidiarán con su enfermedad y su muerte, lo que le conducirá a experimentar cada vez emociones más negativas.

Figura 4. Factores de mantenimiento de la ansiedad por la salud grave o hipocondría.



Fuente. Warwick y Salkovskis (1990, p. 112).

6.1.6.2.3. La ansiedad y sus tres componentes en la ansiedad por la salud y la hipocondría

Warwick y Salkovskis (1990) indican que la ansiedad por la salud, al igual que otras afecciones relacionadas con la ansiedad, incluye un componente cognitivo, un componente conductual y uno fisiológico.

El componente cognitivo de la ansiedad. La valoración de ciertos aspectos relacionados con la salud como amenazantes, tales como las sensaciones corporales o los pensamientos intrusos sobre la

enfermedad, y el sentimiento de no ser capaz de hacer frente a la amenaza pueden llevar a sufrir ansiedad por la salud. Los pacientes con ansiedad por la salud grave o hipocondría, frecuentemente experimentan pensamientos intrusos sobre las causas de sus síntomas, que les llevan a poner en marcha una serie de conductas para evitar o disminuir el impacto de la amenaza. Por ejemplo, si un paciente piensa que un lunar que cambia de color es un cáncer de piel, buscará consejo y ayuda antes que una persona que lo atribuya a un problema temporal e inofensivo. Estos pacientes también pueden experimentar imágenes relacionadas con la enfermedad y la muerte (Muse et al., 2010; Wells y Hackmann, 1993), que aumentan la accesibilidad y la elaboración de pensamientos sobre la gravedad y la probabilidad de una catástrofe temida.

Asimismo, se han identificado diferentes factores cognitivos que pueden afectar a la búsqueda de ayuda médica como son: las experiencias previas con algún diagnóstico («Mi abuela murió de un cáncer de colon»); la elevada ansiedad y percepción de peligro («Cuando tengo jaqueca en seguida pienso que estoy sufriendo un derrame cerebral»), o la interpretación errónea del diagnóstico médico («El médico dice que hay que hacerse mamografías anuales, y la paciente piensa que es porque tiene riesgo de desarrollar un cáncer de mama»). Esta interpretación puede deberse al sesgo confirmatorio que hace que el paciente solo atienda a la información que está relacionada con la enfermedad que él/ella cree tener e ignore aquella información que indique que goza de buena salud. Otros sesgos cognitivos pueden estar relacionados con la ineffectividad del tratamiento («No me encuentro mejor después de haber tomado el medicamento que me

recetó el médico»), y la previsión de un fallo en la comunicación («No me siento bien cuando voy al médico porque no me deja explicar bien mis síntomas»).

El componente conductual de la ansiedad. Los pacientes con hipocondría rastrean cuidadosamente todos sus síntomas y se mantienen alerta ante los mínimos cambios de su cuerpo. Del mismo modo, estos pacientes no suelen estar satisfechos con el diagnóstico médico y buscan reaseguro médico una y otra vez. Sin embargo, los esfuerzos reiterados para asegurarse de que no están enfermos, tendrán los mismos efectos que las compulsiones en el trastorno obsesivo-compulsivo, es decir, el alivio inmediato de la ansiedad, seguido por su retorno a largo plazo, y una mayor frecuencia de tales conductas de reaseguro. Otras conductas pueden incluir actividades que hagan sentir a los pacientes protegidos de la enfermedad, o que puedan interrumpir el curso de la misma, por ejemplo, dejar de fumar. Todas estas conductas aumentan los pensamientos y las preocupaciones por su salud.

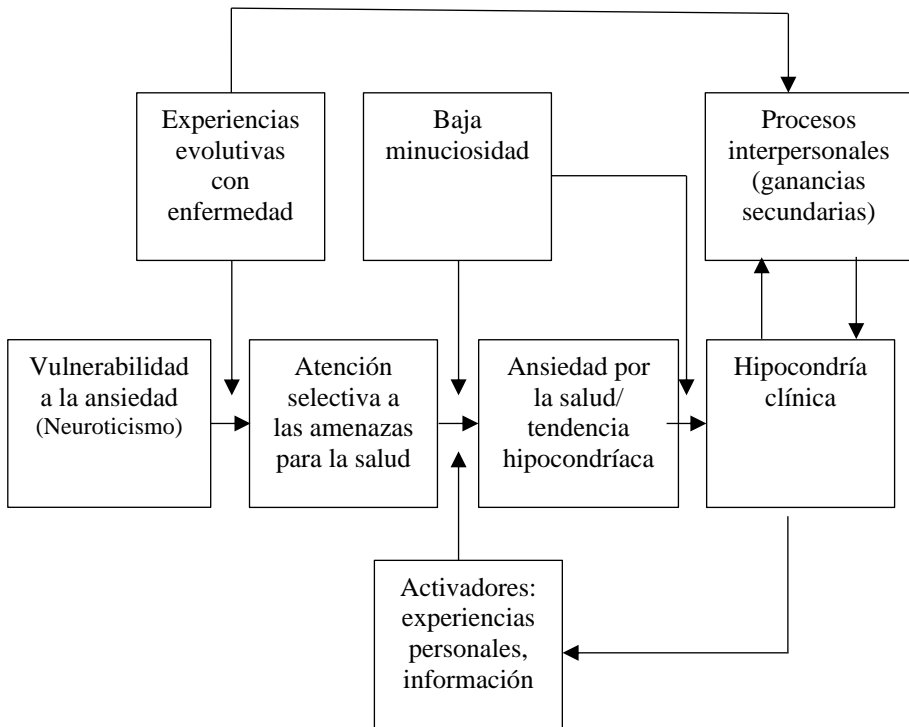
El componente fisiológico de la ansiedad. Los cambios corporales provocarán en el paciente pensamientos catastróficos sobre la posibilidad de tener una enfermedad grave. Por ejemplo, si el paciente pierde el apetito y se siente saciado puede pensar que tiene un tumor en el estómago. Los sistemas orgánicos más comúnmente implicados son el gastrointestinal, el músculo-esquelético y el sistema nervioso; y las regiones que desencadenan más pensamientos sobre la enfermedad son el cuello, la cabeza, el abdomen y el pecho. El síntoma

que desencadena la preocupación por la enfermedad más frecuentemente es el dolor.

6.1.6.3. El modelo cognitivo-evolutivo de Williams

Esta autora recoge e integra en un modelo evolutivo (Williams, 2004), las principales variables señaladas por los modelos cognitivo-conductuales como relevantes en el desarrollo y mantenimiento de la hipocondría.

Figura 5. Modelo evolutivo cognitivo sobre la etiología y el mantenimiento de la ansiedad por la salud y la hipocondría.



Fuente. Williams (2004, p. 693).

La Figura 5 describe el proceso evolutivo que lleva al desarrollo de la hipocondría y los mecanismos que actúan como mantenedores y agravantes del proceso. En primer lugar, se encontraría la posesión de una vulnerabilidad personal a experimentar ansiedad, a través del rasgo de neuroticismo, que se caracteriza por la tendencia a atender de manera preferente y selectiva a las amenazas. Esta disposición personal, junto con experiencias tempranas relacionadas con la enfermedad (que incluyen aprendizajes y procesos de socialización en el entorno familiar y social), inducirían en el caso de la hipocondría, a atender de manera selectiva a cualquier amenaza a la propia salud y a las sensaciones físicas. Una vez establecido este estado atencional, entrarían a jugar un papel relevante dos factores adicionales que actuarían como activadores o instigadores finales de la ansiedad por la salud: uno de tipo constitucional, que sería el rasgo de baja minuciosidad o perseverancia, y otro de tipo externo o ambiental, que sería la experimentación personal o vicaria de una amenaza hacia la salud y/o la información sobre enfermedades que proporcionan otros significativos, los medios de comunicación, o los profesionales de la salud.

La combinación de esos tres elementos (atención selectiva, activadores, y personalidad) podría dar lugar a la aparición de ansiedad por la salud y/o tendencias hipocondríacas. El paso de estas tendencias a la hipocondría clínicamente significativa (o la ansiedad por la salud grave) se produciría por la intervención de nuevo del rasgo de personalidad de baja minuciosidad/perseverancia, al que podrían unirse ciertos procesos de relación interpersonal como los propuestos en los modelos psicosociales (la conducta anormal de enfermedad y el estilo

de comunicación interpersonal), que reforzarían y mantendrían el trastorno en un proceso constante de retroalimentación, proceso que a su vez aumentaría el valor y significado de los factores activadores de experiencia personal y obtención de información. Además, los procesos de relación interpersonal se verían, a su vez, influidos por las experiencias y aprendizajes evolutivos sobre la enfermedad que, de algún modo, están presentes desde el inicio del proceso.

6.1.6.4. El modelo metacognitivo de Bailey y Wells

Este modelo propone que la ansiedad por la salud es consecuencia de los pensamientos negativos recurrentes y difíciles de controlar, y de la utilización de estrategias mentales para suprimirlos, que incrementan su recurrencia. Esta clase de pensamientos son el de metacogniciones inadecuadas, es decir, de creencias desadaptativas sobre la naturaleza y el contenido de los propios pensamientos. Por ejemplo, «pensar en la enfermedad puede hacer que enferme». Desde esta perspectiva y, en relación al desarrollo de la hipocondría, las creencias (disfuncionales) sobre el pensamiento repetitivo son más importantes que las creencias sobre la enfermedad y la salud. Según los autores, en el ámbito del tratamiento, el terapeuta debe explorar con el paciente otras formas de relacionarse con la interpretación catastrofista, dirigidas a que el paciente disminuya el tiempo que dedica a sus pensamientos como un medio para demostrarle que reducir el tiempo de pensar modifica las creencias sobre la incontrolabilidad de sus preocupaciones sobre la salud. Para ello, puede plantearle que posponga cualquier intento de buscarle un significado a los pensamientos para otro momento. Algunos estudios, llevados a cabo por los propios autores del modelo, sugieren

que las creencias metacognitivas moderan o intervienen en la relación entre ansiedad por la salud y las interpretaciones (creencias) catastrofistas sobre los síntomas corporales, lo que pone en cuestión, según los autores, la importancia que se otorga a las creencias disfuncionales en los modelos cognitivos tradicionales (Bailey y Wells, 2015a, 2016b). No obstante, los estudios publicados sobre este aspecto se han llevado a cabo con personas sin diagnóstico formal de hipocondría.

El enfoque metacognitivo es interesante y puede ayudar a entender mejor la importancia de los procesos de pensamiento en la génesis y mantenimiento de la hipocondría; no obstante, su excesiva reducción a un proceso mental (la metacognición) no parece suficiente para explicar la complejidad del trastorno hipocondríaco. Como hemos mencionado anteriormente, en la hipocondría intervienen no solo procesos de pensamiento disfuncionales, sino además comportamientos, emociones, características de personalidad, estilos de procesamiento de la información (i.e., atención selectiva, hipervigilancia, etc.), creencias disfuncionales sobre el significado de los signos y síntomas físicos, problemas en los modos de establecer relaciones interpersonales, etcétera.

MARCO EMPÍRICO

CAPÍTULO 2
JUSTIFICACIÓN Y OBJETIVOS
GENERALES

Como se ha visto a lo largo del marco teórico, el concepto de hipocondría ha sido objeto de discusión y controversia durante décadas. Y, aún en la actualidad, existen numerosos debates en torno a su conceptualización y diagnóstico (Starcevic, 2014; Tyrer y Tyrer, 2014). De hecho, el término se ha puesto en entredicho por su naturaleza estigmatizante y las clasificaciones psiquiátricas han optado por eliminar de la nomenclatura el término hipocondría. No obstante, y a pesar de los diferentes trabajos realizados con el objetivo de clarificar estas cuestiones, aún persisten, en nuestra opinión, un buen número de preguntas que requieren respuesta.

En primer lugar, y tal como se ha señalado a lo largo de la revisión teórica, los modelos cognitivo-conductuales postulan que los pacientes con hipocondría pueden experimentar pensamientos intrusos sobre las causas de sus síntomas e interpretarlos como amenazas para la salud, lo que les puede llevar a poner en marcha diferentes conductas de reaseguro (Warwick y Salkovskis 1989, 1990), como, por ejemplo, comprobar alguna parte de su cuerpo cuando les asalta el pensamiento, o preguntar la opinión a sus seres queridos, como una manera de evitar o escapar de aquello que temen. Pese a que se ha considerado estos pensamientos intrusos como un factor cognitivo de riesgo para el desarrollo y mantenimiento del trastorno, no existen apenas estudios que evalúen las características esenciales de los mismos. Asimismo, tampoco hay instrumentos cuyo propósito sea evaluar la presencia de estos pensamientos y sus consecuencias funcionales (respuesta emocional, interferencia, valoraciones, y estrategias de control) en relación a la hipocondría. Es por ello que nos parece muy relevante

poder responder a las siguientes tres preguntas en relación a los pensamientos intrusos sobre la enfermedad (PIEs):

(1) ¿son un fenómeno universal? o, por el contrario, ¿solo están presentes en el cuadro clínico de la hipocondría?

(2) ¿se pueden considerar estos pensamientos desde una perspectiva dimensional, incluyendo su frecuencia, la intensidad de reacciones emocionales que generan, el grado de interferencia que provocan, la intensidad de las creencias y valoraciones que suscitan, así como la intensidad y diversidad de las estrategias con que se intentan controlar? Por último, dada la importancia que otorgan los modelos cognitivo-conductuales de la hipocondría a los PIEs y a los supuestos disfuncionales sobre la enfermedad, nos planteamos la siguiente pregunta:

(3) la forma en que se interpretan o valoran estos pensamientos, ¿podría explicar, al menos en parte, la exacerbación de los síntomas hipocondríacos?

Los Estudios 1 y 2 se diseñaron con la finalidad de hallar respuestas a estas preguntas.

En segundo lugar, durante los últimos años se han publicado bastantes trabajos sobre las similitudes y diferencias fenomenológicas entre la hipocondría y el TOC (por ej., Abramowitz y Braddock, 2006; Hollander et al., 2005; Reuman et al., 2017), debido en parte a la propuesta realizada por diversos expertos, entre ellos la Organización Mundial de la Salud (CIE-11), de incluir a la hipocondría dentro del espectro obsesivo-compulsivo. Los estudios realizados han puesto de manifiesto, entre otras cosas, que ciertas distorsiones cognitivas

características del TOC, como las creencias (disfuncionales sobre los propios pensamientos), también están presentes en la hipocondría. En este sentido, y con el propósito de avanzar en el conocimiento y comprensión del papel que las creencias típicas del TOC juegan en la hipocondría, parece necesario responder a la siguiente pregunta: ¿tales creencias (disfuncionales) podrían actuar como mecanismos potenciales de cambio entre los pensamientos intrusos sobre la enfermedad y los síntomas de hipocondría? En este trabajo trataremos de responder a estas cuestiones mediante el Estudio 3.

En tercer lugar, y siguiendo el planteamiento cognitivo-conductual (Kellner, 1985; Warwick y Salkovskis 1989, 1990), las experiencias tempranas negativas relacionadas con la salud y la enfermedad, tales como enfermedades físicas previas, enfermedad y/o muerte de un allegado o familiar, o un ambiente familiar muy centrado en la enfermedad, con marcadas actitudes hipocondríacas por parte de los padres, conducen a la formación de supuestos o creencias disfuncionales sobre la enfermedad y a atender a los síntomas físicos, lo que pueden constituir factores predisponentes para desarrollar ansiedad por la salud o hipocondría. Dada la importancia que tienen estas experiencias tempranas, así como el entorno familiar en el desarrollo del trastorno, se han llevado a cabo diversos estudios familiares con el fin de evaluar la presencia de síntomas hipocondríacos en familiares de pacientes con hipocondría (p.ej., Noyes, Happel y Yagla, 1999), y otros en los que se han evaluado las experiencias tempranas relacionadas con la enfermedad de los pacientes con hipocondría (p.ej., Noyes et al., 2002). No obstante, resulta llamativo que, a pesar de la importancia que se otorga a las creencias

disfuncionales en estos modelos, hasta la fecha no se han realizado estudios que evalúen si existe relación entre las creencias que mantienen los padres y sus hijos. Así pues, consideramos que sería necesario responder a las siguientes preguntas: ¿en qué medida los padres y sus hijos comparten o mantienen creencias disfuncionales sobre la enfermedad?, y ¿en qué medida comparten otras creencias generales relevantes en la hipocondría como las creencias obsesivas o creencias disfuncionales sobre los pensamientos? El Estudio 4 pretende ofrecer respuestas a estas preguntas.

En suma, con la finalidad de encontrar respuestas a algunos de los interrogantes que aún hoy persisten en torno a la hipocondría, nos planteamos cinco **objetivos** de investigación, que trataremos de alcanzar mediante la realización de cuatro estudios. Además, para cumplir con estos objetivos que a continuación detallamos, nos planteamos realizar un estudio preliminar en el que examinamos las propiedades psicométricas de la versión española de un instrumento que evalúa ansiedad por la salud: el Inventario Breve de Ansiedad por la Salud (SHAI) (*The Spanish validation of the Short Health Anxiety Inventory: psychometric properties and clinical utility*). La finalidad fundamental de este estudio ha sido disponer de un instrumento de evaluación adecuado y apropiado para evaluar ansiedad por la salud en la población española adulta, tanto general como clínica, puesto que esta constituye una de las variables objeto de estudio de algunas de las investigaciones incluidas en este trabajo (Estudios 3 y 4).

Los objetivos de este trabajo son:

Objetivo 1: Examinar la universalidad de los PIEs y sus características funcionales. Concretamente:

1.1. Examinar si los PIEs se experimentan de forma universal en la población no clínica.

1.2. Analizar las consecuencias funcionales que se asocian a la experimentación de distintos PIEs: respuesta emocional, interferencia, valoraciones, y estrategias de control.

Sub-objetivos específicos:

- a) Diseñar un instrumento que evalúe de forma sensible y fiable la presencia, frecuencia y contenido de los PIEs, y las respuestas emocionales, interferencia, valoraciones y estrategias de control asociadas a los mismos.
- b) Analizar la estructura factorial del instrumento, así como su consistencia interna.
- c) Examinar la asociación entre los distintos contenidos de PIEs, las respuestas emocionales, interferencia, valoraciones disfuncionales y estrategias de control de los PIEs con medidas de sintomatología ansiosa, depresiva, y obsesivo-compulsiva.

Este objetivo queda recogido en el Estudio 1 (*Hypochondriasis and illness-related intrusive thoughts: development and validation of an assessment instrument*)

Objetivo 2: Valorar la dimensionalidad de los PIEs y de sus consecuencias funcionales. Específicamente, explorar las diferencias entre población no clínica y pacientes con hipocondría en la frecuencia con la que se experimentan los PIEs, su impacto emocional, interferencia, valoraciones y estrategias para resistir o controlarlo.

Objetivo 3: Explorar el papel de las valoraciones disfuncionales asociadas a los PIEs en su escalada a síntomas clínicamente significativos. Concretamente nos planteamos analizar si las valoraciones disfuncionales asociadas a los PIEs actúan como mediadoras entre la frecuencia con la que se experimentan los PIEs y los síntomas de ansiedad por la salud.

Estos dos objetivos quedan recogidos en el Estudio 2 (*Illness-related intrusive thoughts and hypochondriasis*)

Objetivo 4: Examinar el papel que juegan las creencias disfuncionales sobre los pensamientos en la hipocondría/ ansiedad por la salud. Es decir, evaluar si estas creencias median la relación entre la frecuencia general de los PIEs y los síntomas de hipocondría/ansiedad por la salud.

Este objetivo queda recogido en el Estudio 3 (*Dysfunctional beliefs as mediators between illness-related intrusive thoughts and health anxiety symptoms*)

Objetivo 5: Explorar el papel que juegan los supuestos o creencias disfuncionales sobre la enfermedad y las creencias obsesivas en el seno familiar. Este objetivo se concreta en los siguientes dos sub-objetivos:

- a) Explorar la relación entre los supuestos o creencias disfuncionales sobre la enfermedad y las creencias obsesivas de los padres y las de sus hijos.
- b) Analizar las relaciones entre los supuestos o creencias disfuncionales sobre la enfermedad y las creencias obsesivas de los padres y sus hijos, y los síntomas de ansiedad por la salud y sintomatología depresiva.

Este objetivo queda recogido en el Estudio 4 (*Dysfunctional beliefs about health/illness and thoughts: A family study*)

CHAPTER 3

PRELIMINARY STUDY

The Spanish validation of the Short Health Anxiety Inventory: psychometric properties and clinical utility¹

¹ The main results of this study have been published in: Arnáez, S., García-Soriano, G., López-Santiago, J. y Belloch. A. The Spanish validation of the Short Health Anxiety Inventory: Psychometric properties and clinical utility. *International Journal of Clinical and Health Psychology* (2019),<https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2019.05.003>

1. INTRODUCTION

Health anxiety is conceptualized as a continuum that ranges from mild non-clinical health concerns to severe or hypochondriacal concerns (Bailer et al., 2016; Bobevski et al., 2016; Warwick & Salkovskis, 1990). Individuals with health anxiety will vary in their resistance to medical reassurance, and in their distress level, functional impairment, and use of health care services. The cognitive-behavioral approach proposes that individuals with health anxiety tend to catastrophically misinterpret ambiguous illness-related information, medical information, and bodily signs or symptoms. Moreover, this misinterpretation could lead individuals with severe health anxiety to believe that they are suffering from a serious illness (Warwick & Salkovskis, 1990). In order to measure the aforementioned continuum from non-clinical to clinical health anxiety, Salkovskis and colleagues (2002) developed a self-rated questionnaire, the Health Anxiety Inventory (HAI), containing 64 items. Each item consists of a group of four statements, and respondents are asked to indicate the single statement in each group that best applies to them (e.g., from ‘I do not worry about my health’ to ‘I spend most of my time worrying about my health’). The HAI demonstrated excellent internal consistency and satisfactory test-retest reliability, was sensitive to treatment effects, and differentiated between patients with hypochondriasis, patients with anxiety disorders, and community participants (Salkovskis et al., 2002). The authors also developed a shortened version with 18 items, the Short Health Anxiety Inventory (SHAI), as a screening instrument to assess health anxiety independently of the person’s physical health status, thus

providing a brief and quick instrument to differentiate between disabling and normal health anxiety in both medical and non-medical samples. The 18 items were distributed in two factors: the first included 14 items and assessed the likelihood of becoming ill, whereas the second factor (4 items) evaluated the negative consequences or 'awfulness' of illness (Salkovskis et al., 2002).

Since its development and publication, the SHAI has been widely used to assess health anxiety, and several studies in different countries have supported its reliability and validity in both clinical and non-clinical samples (see Alberts, Hadjistavropoulos, Jones, & Sharpe, 2013 for a review). For example, the SHAI internal consistency ranged from $\alpha = .82$ (Morales, Reis, Espada, & Orgilés, 2016) to $\alpha = .96$ (Abramowitz, Olatunji, & Deacon, 2007), and test-retest reliability ranged from $r = .56$ (Zhang, Liu, Li, Mao, & Yuan, 2015) to $r = .90$ (Salkovskis et al., 2002). Moreover, the questionnaire showed high associations with hypochondriacal symptoms, but the associations were only moderate with worry, anxiety sensitivity, obsessive-compulsive, or depressive symptoms (Abramowitz, Deacon, & Valentiner, 2007; Abramowitz, Olatunji, & Deacon, 2007; Wheaton, Berman et al., 2010). However, the original two-factor structure (Salkovskis et al., 2002) has been questioned. Abramowitz, Deacon and Valentiner (2007) obtained a three-factor structure -Illness likelihood, Illness severity, and Body vigilance- in a sample of medically healthy university students. The first and third factors or subscales differed from those proposed by Salkovskis and colleagues (2002), whereas the Illness severity subscale overlapped with the Negative consequences of illness subscale originally described by Salkovskis and colleagues (2002). In addition,

Abramowitz, Olatunji and Deacon (2007) compared the original two-factor structure to the three-factor structure (Abramowitz, Deacon, & Valentiner, 2007) in two clinical samples of patients with hypochondriasis and patients with anxiety disorders. The results showed a similar fit for both models. Thus, following the parsimony principle, they selected the original two-factor model. Later, Wheaton, Berman and colleagues (2010) proposed a two-factor model similar to Salkovskis and colleagues (2002), but removing item 13 because it loaded in both factors. The subscales were labelled Illness likelihood and Illness severity. Finally, Alberts, Sharpe, Kehler, and Hadjistavropoulos (2011) analyzed the factor structure of the original scale of Likelihood of becoming ill (comprising items 1 to 14) in two different samples: a not seriously ill sample and a sample with multiple sclerosis. They derived a model with two factors labelled Thought intrusion and Fear of illness. Item 14 was not included because it did not load in any factor. The authors did not include the Negative consequences of illness factor proposed by Salkovskis and colleagues (2002) in their analyses because they thought it did not directly assess health anxiety and was not suitable for medical samples with a diagnosed illness. Although the discrepancies about the SHAI's structure are evident, the original two-factor model has received further support from research (i.e., Morales, Espada, Carballo, Piqueras, & Órgiles, 2015; te Poel, Hartmann, Baumgartner, & Tanis, (2017). The SHAI has been translated and validated in a wide range of countries and languages, such as Chinese (Zhang et al., 2015), Dutch (te Poel et al., 2017), Polish (Kocjan, 2016), Portuguese (Morales et al., 2016), or Spanish (Morales et al., 2015). This latter study used a sample of

adolescents ($M_{\text{age}} = 15.72$ years, $SD = .72$). Nonetheless, no studies have analyzed the psychometric properties and structure of the SHAI in Spanish non-clinical adults (> 18 years) and compared their scores to those of patients with a clinical diagnosis of hypochondriasis in order to establish a cutoff score.

With all this in mind, the current study has three objectives. The first objective is to examine the factor structure (factor validity) that best fits the SHAI Spanish version in an adult community sample, compared to the different proposals reported in the literature. The second objective is to investigate the psychometric properties (internal consistency and associations among the subscales) and convergent and divergent validity of the SHAI Spanish version and its subscales. The third objective is to compare the scores of non-clinical participants and patients with hypochondriasis on the SHAI and determine its diagnostic utility by examining the accuracy of different cutoff scores in differentiating patients with a primary diagnosis of hypochondriasis from non-clinical individuals.

2. METHOD

2.1. Participants

Two groups of Spanish participants were included in the study. The first group consisted of 342 community participants, and the second group consisted of 31 individuals who met the diagnostic criteria for hypochondriasis according to the Diagnostic Statistical Manual of Mental Disorders Fourth Edition (DSM-IV) text revision (American Psychiatric Association [APA], 2000) and the International

Classification of Diseases, 11th (World Health Organization [WHO], 2018). Descriptive data for both groups is included in Table 1.

Patients were diagnosed by experienced clinicians using the Structured Diagnostic Interview for Hypochondriasis (SDIH) (SDIH; Barsky, Cleary, Wyshak, Spitzer, Williams, & Klerman, 1992) and comorbidity was assessed using the International Neuropsychiatric Interview (MINI) (MINI; Sheehan et al., 1998). At the time of the study, none of the patients met the criteria for a mental disorder other than hypochondriasis, and one of them had a lifetime history of Generalized Anxiety Disorder. Disorder severity was assessed with the Hypochondriasis-YBOCS-M (Skritskaya et al., 2012), with scores ranging from 15 to 58 ($M = 46.12$, $SD = 9.41$). The inclusion criteria were as follows: a primary diagnosis of hypochondriasis (DSM-IV-TR criteria), age range between 18 and 65 years, a duration of hypochondriasis of at least one year, absence of any organic mental disorder, mental retardation, psychotic disorder, Cluster A personality disorder, or current history of substance abuse disorders, and having an adequate level of reading ability.

Table 1. Descriptive statistics of the samples.

	Community participants	Patients with hypochondriasis ²
<i>n</i>	342	31
Female, % (<i>n</i>):	61.60 (210)	51.60 (16)
Age, <i>M</i> (<i>SD</i>)	34.60 (14.91)	32.74 (9.69)
Age range	18-64	18-65
Socioeconomic level ¹ , % (<i>n</i>):		
Low	3.50 (12)	0
Medium-low	21.10 (72)	4 (1)
Medium	65.10 (228)	80 (20)
Medium-high	10.30 (5)	16 (4)
Marital Status, % (<i>n</i>):		
Single	52.20 (178)	38.50 (10)

	Community participants	Patients with hypochondriasis ²
Divorced	7 (24)	0
Married	30.20 (103)	61.50 (146)
In union	10.60 (36)	0
Education level, % (<i>n</i>):		
Primary school	16.10 (55)	12 (3)
High school	18.40 (63)	24 (6)
University level education	65.50 (224)	64 (16)

Note. ¹Socioeconomic level described following the parameters of the Spanish National Institute of Statistics. ²In the clinical sample, socioeconomic and educational level was calculated based on 25 participants, and marital status based on 26 participants.

2.2. Instruments

Socio-demographic data sheet. The data required were the following: age, gender, years of education or maximum level of studies reached, marital status, and socio-economic level.

Short Health Anxiety Inventory (SHAI; Salkovskis et al., 2002. Spanish translation: Caballo, 2006). As described above, the SHAI is a self-report instrument that evaluates health anxiety in medical and non-medical contexts. Each item consists of a group of four statements that are scored from 1 to 4. Because this is the target measure in the current study, its psychometric properties in the two samples will be described in the results section.

Whiteley Index (WI; Pilowsky, 1967. Spanish version: Avia, 2017). A 14-item self-report questionnaire measures hypochondriasis using a dichotomous yes/no format. It has demonstrated good validity and reliability. The internal consistency in the non-clinical sample of the current study was $\alpha = .70$.

Beck Depression Inventory (BDI-II; Beck, Steer, & Brown, 1996. Spanish version: Sanz, Perdigón, & Vázquez, 2003). It is a 21-item self-

report measure of depressive symptoms ranging from 0 (symptom not present) to 3 (symptom very intense). It has demonstrated stability over time and across countries (Schürmann & Margraf, 2018). The BDI-II showed adequate internal consistency in this study ($\alpha = .89$).

Anxiety Sensitivity Index-3 (ASI-3; Taylor et al., 2007. Spanish version: Sandín, Valiente, Chorot, & Santed, 2007). It is an 18-item measure that assesses the tendency to fear anxiety symptoms based on the belief that they could have harmful consequences. Items are rated from 0 = very little to 4 = very much. The ASI-3 has three subscales related to fears of social concerns, fears of physical symptoms, and fears of cognitive decontrol. In the current study, internal consistency for the total score in the non-clinical sample was good ($\alpha = .80$).

Penn State Worry Questionnaire (PSWQ; Meyer, Miller, Metzger, & Borkovek, 1990. Spanish version: Sandín, Chorot, Valiente, & Lostao, 2009). It is a 16-item self-report questionnaire rated on a 5-point Likert scale and designed to evaluate the tendency to worry excessively without regard to the specific content. Internal consistency in the present study was $\alpha = .87$ (non-clinical sample).

Obsessive-Compulsive Inventory-Revised (OCI-R; Foa et al., 2002. Spanish version: Belloch et al., 2013). It is an 18-item self-report instrument to measure OCD symptoms. Respondents rate the distress caused by OCD symptoms in the past month from 0 (not at all) to 4 (extremely). The OCI-R consists of six subscales, and its total score, used in the current study, provides a general index of OCD severity. In the current study, an $\alpha = .80$ was obtained for the total score in the non-clinical sample.

Hypochondriasis Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale - Modified version (H-YBOCS-M; Skritskaya et al., 2012). The H-YBOCS-M is a 19-item semi-structured, clinician-administered interview designed to evaluate the presence and severity of hypochondriacal symptoms during the previous two weeks. The interview contains three subscales: illness worries, illness-related behaviors, and unhealthy avoidance, with six items each, rated on a scale ranging from “0” (no symptoms) to “4” (extreme symptoms). The H-YBOCS-M was only completed by the clinical sample and demonstrated adequate internal consistency (total score: $\alpha = .90$).

2.3. Procedure

Community participants were recruited by undergraduate psychology students, under the supervision of three of the authors. In order to ensure the quality of the data, students were chosen due to their interest in research. Prior to their participation in the research, all the students voluntarily attended a seminar where the aim of the study and the administration of the questionnaires to future participants were explained, emphasizing aspects such as the relevance of privacy, sincerity of participants' responses, etc. Students received academic credits for their collaboration. Each student administered the questionnaires individually to at least three friends or relatives. Inclusion criteria were age ranging from 18 to 65 years, good reading level, and not having a recent history of mental disorders or disabling medical disease in the preceding year. All the participants were previously informed of the purpose of the study, and they gave their formal written consent to participate. Then, they were given a booklet

containing the questionnaires described above, which were presented in a randomized order to avoid response biases. Clinical participants were recruited from outpatient mental health clinics pertaining to the University and to the Spanish National Health System. All potential participants were individually screened with a full history and examination by one of the authors. As mentioned above, the intake assessment included the SDIH and the MINI diagnostic interviews, a full history, and the Hypochondriasis-YBOCS-M. Then, patients were informed about the purpose and assessment procedure of the study and asked for their explicit consent to participate. After the patient had given his or her explicit consent, he or she completed the SHAI. The study was approved by the ethics committees of the University and the outpatient mental health clinic.

2.4. Data analyses

This study was carried out using an instrumental, transversal design (Montero & León, 2007). To examine the factorial structure of the SHAI we conducted an exploratory factor analysis (EFA) and a confirmatory factor analyses (CFA) using the SPSS statistical package (version 22.0) and the EQS 6.1, respectively. First, we explored the factorial structure of the SHAI using EFA in community participants ($n= 219$), and second, through CFA, we studied whether the factorial structure obtained (including a single-factor model) and the structures proposed in the literature fit our data. Specifically, the following six CFA models were examined: Model 1 was a single-factor model representing the possibility of including all the health concern contents in a single homogenous dimension of health anxiety. This model is used

as a baseline (or default) model for the data. Model 2 tested the factorial structure obtained in the EFA. Model 3 included the original two-factor solution proposed by Salkovskis and colleagues (2002), that is, the Likelihood of becoming ill (items 1 to 14) and Negative consequences of illness (items 15 to 18). Model 4 tested the almost identical two-factor solution proposed by Wheaton, Berman and colleagues (2010) (subscale 1: Illness likelihood including items 1 to 12 and 14 [item 13 was removed], and subscale 2: Illness severity, items 15 to 18). Model 5 consisted of the three-factor model proposed by Abramowitz, Deacon and Valentiner (2007): Illness likelihood (items 1, 4-9, 11, 12, and 14), Illness severity (items 15 to 18), and Body vigilance (items 2, 3, and 10). Finally, Model 6 included the two-factor solution proposed by Alberts, Sharpe, Kehler and Hadjistavropoulos (2011): Thought intrusion (items 1-4, 6- 7, 10, and 13) and Fear of illness (items 5, 8, 9, 11, and 12). To avoid distribution problems in the data set, the Maximum Likelihood (ML) method with robust correction was applied. To assess the fit of the factor structure, we used the chi-square (X^2), Akaike's information criterion (AIC), as well as the Comparative Fit Index (CFI), Goodness of Fit Index (GFI), Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA), with a 90% confidence interval. The following criteria indicate a good fit of the models to the data: CFI and GFI $\geq .90$, RMSEA $\leq .06$, and a non-significant chi-square (Hu & Bentler, 1999). Moreover, CFI values $\geq .90$ and RMSEA values $\leq .08$ are considered acceptable, and CFI $\geq .95$ and RMSEA $\leq .06$ are considered optimal (Marsh, Hau, & Wen, 2004). Smaller chi-square and AIC values indicate better fit. Pearson's correlation coefficients were used to examine the relationships between the SHAI and other

measures. Differences between groups (clinical vs. non-clinical) were examined by using *t* tests. Cohen *d* values were calculated to estimate the effect size of comparisons. Receiver operating characteristic (ROC) analysis was conducted to examine the accuracy of the SHAI-total score in differentiating patients with hypochondriasis from non-patients. The ROC analysis uses the association between sensitivity and specificity to estimate the area under the curve (AUC), with a 95% CI, in order to indicate how well a measure distinguishes between positive (i.e., a diagnosis of hypochondriasis) and negative (i.e., absence of psychopathology) cases. To determine the appropriate cutoff-point for severe health anxiety, the Youden index (sensitivity + specificity– 1) was calculated, and the corresponding cutoff value for the highest Youden index was considered as the optimal cutoff value.

3. RESULTS

Factor structure of the SHAI: Exploratory factor analysis

First, the suitability of the data for the factor analysis was tested. The Kaiser-Meyer-Olkin measure of sampling adequacy was .89, above the recommended cut-off point of .60, and Bartlett's Test of Sphericity was significant ($X^2 [153] = 1673.35, p < .001$), indicating that factor analysis was appropriate. Factor analysis was carried out using principal axis factoring with promax (oblique) rotation because it was anticipated that the factors would be correlated. The eigenvalues greater than one suggested three factors that explained 36.75% of the variance after rotation. The first factor accounted for 27.58% of the total variance, the second accounted for 5.76%, and the third accounted for

3.41%. Significant loadings were set at .40 or higher. Table 2 shows the factor loadings and communalities for the three-factor solution.

Table 2. Exploratory factor analysis of the SHAI: Factor loadings and communalities (h^2).

	Factor			h^2
	1	2	3	
1. Worry about health	.48	.25	.49	.27
2. Noticing aches/pains	.33	.17	.49	.25
3. Awareness of bodily sensations or changes	.24	.15	.48	.24
4. Resisting thought of illness	.68	.38	.43	.46
5. Fear of having a serious illness	.63	.31	.44	.40
6. Images of myself being ill	.41	.22	.34	.18
7. Difficulty in taking my mind off thoughts about health	.68	.43	.53	.47
8. Relief if doctor says nothing is wrong	.40	.35	.49	.26
9. Hearing about an illness	.54	.34	.44	.30
10. Wondering about what bodily sensations may mean	.44	.25	.64	.41
11. Risk of developing a serious illness	.72	.39	.44	.52
12. Belief of being seriously ill	.74	.35	.43	.56
13. Thinking about other things when I feel bodily sensations	.46	.46	.55	.36
14. Perception of family and friends about my health concerns	.48	.30	.52	.30
15. Ability to enjoy life if I had a serious illness	.36	.69	.25	.49
16. The probability of a cure if I had a serious illness	.29	.49	.18	.25
17. A serious illness could ruin many aspects of my life	.32	.72	.31	.53
18. Loss of dignity due to having a serious illness	.29	.52	.28	.27

Factor structure of the SHAI: Confirmatory factor analyses

Following our previous exploratory analysis of the questionnaire, as well as the findings reported in the existing literature, we tested six CFA at the item level, using the data obtained from the community participants. Table 3 shows the fit indexes for the six tested models. Following Hu and Bentler's (1999) criteria, the models that most closely matched the criteria were models 3 (Salkovskis et al., 2002), 4 (Wheaton, Berman et al., 2010), and 5 (Abramowitz, Deacon, & Valentiner, 2007) because the index rates of these models were slightly closer to the established criteria, CFI and GFI $\geq .90$ and RMSEA $\leq .06$, and the chi-square and AIC values were smaller. Moreover, as proposed by Marsh et al. (2004), GFI values were acceptable, and RMSEA values were optimal. The fit indexes of the three models were fairly equivalent, but slightly higher for Model 4. However, because Model 3 and 4 are fairly similar (with model 4 deleting one item from the original scale), but Model 3 parallels the original factor solution of the Spanish adolescent version (Morales et al., 2015) and most validations of the SHAI (e.g., Kocjan, 2016; Morales et al., 2015; te Poel et al., 2017; Zhang et al., 2015), this structure was selected. Factor loadings for each item in its corresponding factor are shown in Table 4.

Item descriptives and internal consistency of SHAI in the non-clinical sample

The descriptive data for the items is presented in Table 4. In general, the items showed low means ($M_{mean} = 1.65$, range: 1.23-2.31) and low standard deviations ($M_{SD} = 0.63$, range: 0.47-0.77). Moreover, the items showed a trend toward positive skewness ($M_{Sk} = 1.01$, range [0.05-2.79]) and kurtosis ($M_K = 1.5$, range [-0.17-8.52]). The SHAI total score and subscales demonstrated adequate internal consistency for the total score ($\alpha = .86$) and subscales (Illness likelihood: $\alpha = .85$; Negative consequences of illness: $\alpha = .70$). The items on the Illness likelihood subscale (1-14) obtained an acceptable corrected item-total correlation (range $r = .34$ to $.62$), as did the items on the Negative consequences' subscale (15-18) (range $r = .44$ to $.56$).

Table 3. Goodness-of-fit indices of the SHAI factor models analyzed ($n= 342$; community participants).

Model	Model description	Proposed by	$_{SB}X^2$	df	p	CFI	GFI	RMSEA (CI)	AIC
1	Single factor		317.61	135	<.001	.78	.87	.06 (.05-.07)	136.61
2	Three-factor (EFA)		336.37	135	<.001	.76	.87	.06 (.05-.07)	704.66
3	Two-factor	Salkovskis et al. (2002)	263.45	135	<.001	.85	.90	.05 (.04-.06)	704.66
4	Two-factor, without item 13	Wheaton, Berman et al. (2010)	209.89	119	<.001	.88	.91	.04 (.03-.05)	623.37
5	Three-factor	Abramowitz, Deacon et al. (2007)	261.24	119	<.001	.84	.90	.05 (.04-.06)	623.37
6	Two-factor, without items 14 to 18	Alberts et al. (2011)	299.28	65	<.001	.69	.88	.10 (.09-.11)	1031.87

Notes. $_{SB}X^2$ = Satorra-Bentler Scaled Chi-Square; CFI= Comparative Fit Index; GFI= Goodness of Fit Index; RMSEA= Root Mean-Square Error of Approximation.

Table. 4 Item description and factor loadings of the Sort Health Anxiety Inventory ($n = 342$; community participants).

	Descriptives					Loadings	
	<i>M</i>	<i>SD</i>	CIT-C	<i>Sk</i>	<i>K</i>	Factor 1	Factor 2
1. Worry about health	2.01	0.47	.49	0.52	3.67	.52	-
2. Noticing aches/pains	1.92	0.78	.40	0.84	0.73	.40	-
3. Awareness of bodily sensations or changes	2.31	0.67	.34	0.05	-0.17	.33	-
4. Resisting thought of illness	1.65	0.65	.58	0.62	-0.01	.66	-
5. Fear of having a serious illness	1.61	0.71	.56	1.17	1.52	.62	-
6. Images of myself being ill	1.31	0.50	.40	1.42	1.94	.43	-
7. Difficulty in taking my mind off thoughts about health	1.46	0.58	.62	0.96	0.45	.69	-
8. Relief if doctor says nothing is wrong	1.28	0.47	.44	1.40	0.88	.46	-
9. Hearing about an illness	1.46	0.56	.51	0.83	0.28	.56	-
10. Wondering about what bodily sensations may mean	1.77	0.69	.52	0.87	1.28	.52	-
11. Risk of developing a serious illness	1.67	0.77	.61	0.87	-0.02	.69	-
12. Belief of being seriously ill	1.40	0.57	.61	1.30	1.77	.70	-
13. Thinking about other things when I feel bodily sensations	1.73	0.64	.51	0.58	0.71	.53	-
14. Perception of family and friends about my health concerns	1.86	0.63	.50	0.82	2.30	.52	-
15. Ability to enjoy life if I had a serious illness	1.88	0.75	.55	0.68	0.35	-	.70
16. The probability of a cure if I had a serious illness	1.56	0.64	.43	1.06	1.43	-	.50
17. A serious illness could ruin many aspects of my life	1.57	0.77	.56	1.35	1.37	-	.73
18. Loss of dignity due to having a serious illness	1.23	0.54	.44	2.79	8.52	-	.52

Note. *M* = mean; *SD* = standard deviation; CIT-C: corrected item total correlations; *Sk* = skewness; *K* = kurtosis; Factor 1= Illness likelihood; Factor 2= Negative consequences of illness. Only saturations $\geq .30$ are included.

Correlations between the SHAI and the study measures

Table 5 presents the relationships among the SHAI, the other self-report measures, and the demographic data. Regarding the intercorrelations, high and significant correlations were obtained between the SHAI total score and its subscales with the other study measures, but only moderate relationships were found between the two SHAI-subscales, which indicates that they were assessing different but related aspects of health anxiety. The SHAI total score and the Illness likelihood subscale showed significant and high correlations with the Whiteley Index, which assesses hypochondriacal symptoms, and medium associations with the other psychopathological measures. The Negative consequences of illness subscale correlate moderately with the WI, as well as with the other measures, with the exception of the ASI-3, which showed a small association. The sizes of the correlations among the Illness likelihood subscale, hypochondriacal symptoms, and anxiety sensitivity were significantly higher than between the WI and ASI-3 and the Negative consequences of illness subscale (WI: $z = 6.45$, $p < .001$; ASI-3: $z = 2.27$, $p = .01$). Age was significantly and negatively correlated with the SHAI total scale and the Illness likelihood subscale, although the size of the coefficient was small. No significant correlations were found between the SHAI scores and gender.

Table 5. Pearson correlations and descriptive statistics (community participants).

<i>Measures</i>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	<i>Correlations</i>									
1. SHAI Total	-									
2. SHAI-Illness likelihood	.96	-								
3. SHAI-Negative consequences	.67	.43	-							
4. Whiteley Index	.70	.71	.37	-						
5. PSWQ	.42	.39	.33	.32	-					
6. OCI-R	.39	.35	.34	.34	.38	-				
7. Anxiety Sensitivity Index-3	.47	.46	.28	.47	.42	.41	-			
8. Beck Depression Inventory-II	.42	.39	.32	.41	.44	.42	.42	-		
9. Age	-.18	-.19	-.01	-.07	-.11	-.04	-.07	-.14	-	
10. Sex (<i>men</i> = 1)	.06	.07	-.02	.03	-.13	.03	.12	-.05	-.17	-
	<i>Descriptives</i>									
<i>n</i>	335	337	337	339	327	323	338	330		
<i>M</i>	29.67	23.42	6.25	3.07	39.99	13.58	0.76	8.13		
<i>SD</i>	6.34	5.20	2.01	2.22	8.98	11.07	.58	7.31		

Note. Bold values correspond to statistically significant correlations ($p \leq .05$). Sex was coded with a dummy variable, where 0 = *women* and 1 = *men*. SHAI= Short Health Anxiety Inventory; PSWQ= Penn State Worry Questionnaire; OCI-R= Obsessive-Compulsive Inventory-Revised.

Differences in the SHAI between community participants and patients with hypochondriasis

Community participants and patients with hypochondriasis obtained significantly different scores on the SHAI, with patients showing higher total scores ($M = 29.67$, $SD = 6.35$ vs. $M = 54.26$, $SD = 5.51$; $t(366) = 20.60$, $p < .001$, Cohen' $d = 4.13$) and higher scores on the subscales: Likelihood of becoming ill ($M = 23.42$, $SD = 5.20$ vs. $M = 43.45$, $SD = 5.25$; $t(366) = 20.49$, $p < .001$, Cohen' $d = 3.82$) and Negative consequences of illness ($M = 6.25$, $SD = 2.03$ vs. $M = 10.81$, $SD = 1.88$; $t(366) = 12.12$, $p < .001$, Cohen' $d = 2.33$).

Diagnostic accuracy of the SHAI

The SHAI total score revealed a high AUC, indicating excellent discriminatory power (AUC = .99; 95% confidence interval = .98 to .99). As Table 6 shows, a SHAI total cut-off score of 40.5 resulted in the highest Youden index, with values of 100% and 95% for sensitivity and specificity, respectively. This score corresponded to the 95th percentile obtained in the non-clinical sample.

Table 6. Sensitivity, specificity, and Youden Index for the Short Health Anxiety Inventory cutoff scores: Differentiating hypochondriacal concerns from normal concerns about health.

Cutoff score	Sensitivity	Specificity	Youden Index
18.00	1.00	1.00	0
19.50	1.00	0.99	0.01
20.50	1.00	0.97	0.03
21.50	1.00	0.94	0.06
22.50	1.00	0.89	0.11

23.50	1.00	0.85	0.15
24.50	1.00	0.81	0.19
25.50	1.00	0.72	0.28
26.50	1.00	0.66	0.34
27.50	1.00	0.58	0.42
28.50	1.00	0.51	0.49
29.50	1.00	0.45	0.55
30.50	1.00	0.40	0.60
31.50	1.00	0.35	0.65
32.50	1.00	0.29	0.71
33.50	1.00	0.25	0.76
34.50	1.00	0.19	0.81
35.50	1.00	0.15	0.85
36.50	1.00	0.12	0.88
37.50	1.00	0.11	0.89
38.50	1.00	0.08	0.92
39.50	1.00	0.08	0.93
40.50	1.00	0.05	0.95
41.50	0.97	0.04	0.93
42.50	0.97	0.03	0.94
43.50	0.90	0.02	0.88
44.50	0.90	0.02	0.89
45.50	0.87	0.02	0.86
47.00	0.84	0.01	0.83
48.50	0.81	0.01	0.80
50.00	0.74	0.01	0.73
52.00	0.65	0.01	0.64
53.50	0.58	0.01	0.57

54.50	0.48	0.01	0.48
55.50	0.45	0.01	0.45
56.50	0.42	0.01	0.41
57.50	0.42	0.00	0.42
58.50	0.29	0.00	0.29
60.00	0.23	0.00	0.22
61.50	0.16	0.00	0.168
62.50	0.13	0.00	0.13
64.00	0.00	0.00	-0.00
66.00	0.00	0.00	0

4. DISCUSSION

The present study aimed to analyze the factor structure of the SHAI and its psychometric properties in a healthy adult Spanish sample and calculate the optimal cutoff point to identify clinically significant health anxiety symptoms. Confirmatory factor analysis indicated that the two-factor model described in the original version of the scale (Salkovskis et al., 2002), the two-factor model proposed by Wheaton, Berman et al. (2010), and the three-factor model suggested by Abramowitz, Deacon and Valentiner (2007) provided an adequate data fit. In light of the results obtained, we decided to maintain the two-factor model proposed originally by Salkovskis and colleagues (2002), based on parsimony and the greater support found in the literature for this structure, as was indicated in the Introduction section. The two-factor model includes 14 items that evaluate the perceived likelihood of becoming ill (Illness likelihood) and 4 items that assess the perception

of the negative consequences of an illness (Negative consequences of illness).

Overall, our findings suggest good internal consistency of the Spanish version of the SHAI. The internal consistency of the SHAI total scale was similar to what was found in other studies (Morales et al., 2016), although some studies have reported slightly higher internal consistency (α range: .91-.96) (Abramowitz, Olatunji, & Deacon 2007; Kocjan, 2016). Furthermore, the Illness likelihood subscale demonstrated adequate internal consistency, whereas the Negative consequences of illness subscale only showed acceptable internal consistency. Overall, these results are congruent with those reported in the original study by Salkovskis and colleagues (2002) and other studies (e.g., Morales et al., 2015; te Poel et al., 2017; Zhang et al., 2015) that have consistently reported that the Negative consequences of illness subscale shows a lower internal consistency. This result might be due, at least in part, to the reduced number of items on the subscale. In addition, the SHAI subscales were relatively independent, which means that each of them assesses a related but distinct dimension of health anxiety.

Our findings support the convergent and divergent validity of the SHAI and its subscales. Specifically, the SHAI total score and the Illness likelihood subscale were strongly associated with a widely used measure of hypochondriacal symptoms, the Whiteley Index, but they were only moderately associated with other psychological constructs different from health anxiety (i.e., obsessive-compulsive symptoms, worry, anxiety sensitivity, and depression).

Similarly, Abramowitz, Olatunji and Deacon (2007) found significant associations (strong to moderate) between the SHAI subscales and theoretically related constructs (e.g., body vigilance, worry), and low associations with other psychopathology measures. The Negative consequences of illness subscale was moderately associated with all the symptom measures. These results are also congruent with other studies that have shown moderate associations between the SHAI total score and Illness likelihood and Negative consequences of illness subscales and anxious and depressive symptoms (Kocjan, 2016; Zhang et al., 2015). The evidence of construct validity is more convincing for the SHAI-total score and the Illness likelihood subscale because the associations with hypochondriacal symptoms are clearly higher than with the other measures. However, the Negative consequences of illness subscale maintained similar correlations with all the other measures, which supports its discriminant validity, but not its convergent validity.

Regarding the demographic variables, our data indicate that younger people scored higher on the SHAI total scale and the Illness likelihood subscale, thus showing higher health anxiety symptoms. Nonetheless, it should be noted that the size of the association was weak, as in the Abramowitz, Deacon and Valentiner (2007) study. By contrast, the Dutch study of the SHAI found a negative association between age and the Negative consequences of illness subscale (te Poel et al., 2017), and other studies in adult samples (Abramowitz, Olatunji, & Deacon, 2007; Wheaton, Berman et al., 2010) and adolescents (Morales et al., 2015, 2016) did not find differences between the SHAI scores and age. Overall, the results for the relationships between age

and the SHAI scores are not consistent across studies. Something similar occurs in the case of gender, with some studies reporting higher scores in women, but with small effect sizes (Abramowitz, Deacon, & Valentiner, 2007; Morales et al., 2015, 2016; te Poel et al., 2017), whereas other studies (Abramowitz, Olatunji, & Deacon, 2007; Wheaton, Berman et al., 2010), as in the current one, did not find gender differences.

An important aspect of the usefulness of a self-report that assesses clinical vs non-clinical symptoms is its potential ability to differentiate patients from non-patients. Our results showed that hypochondriacal patients obtained higher scores on the SHAI and its subscales than healthy participants, which indicates that the questionnaire has significant divergent and construct validity. Salkovskis and colleagues (2002) found a similar result when comparing the hypochondriacal patients' scores in their study to the scores of a community sample.

As for the accuracy of the SHAI-total score in differentiating patients with hypochondriasis from non-patients, we found that a cutoff point of 40.5 differentiates between those who are strongly concerned about their health status and those with a normal concern for their health. This score was similar to the reported in the Abramowitz, Olatunji and Deacon (2007) study to differentiate patients with hypochondriasis from patients with anxiety disorders, but it is lower than the cutoff scores reported in other studies. For example, Kocjan (2016) suggested a total score of 45 to identify problematic health anxiety. Other authors reported lower cutoff scores, from 33 to 26 to identify people with excessive concerns about health (Zhang et al.,

2015). Nonetheless, as different authors stated (Alberts et al., 2013; Hedman et al., 2015), although the aforementioned cutoff scores are widely used, there are not enough data supporting them. The different studies used diverse samples (e.g., from undergraduate students to cardiovascular patients), or they did not even specify the population in which the cutoff score was obtained or the rationale applied to calculate it. In our study, the cutoff score obtained is very similar to the one obtained by Abramowitz, Olatunji and Deacon (2007), which, as far as we know, is the only published study that used a sample of patients with hypochondriasis in their analyses, as in the current study.

This study has some limitations. The retrospective and cross-sectional design could be influential in introducing some respondent biases when faced with a self-report, thus preventing us from drawing causal inferences about the relationships between health anxiety and other symptoms apart from hypochondriacal ones. The limited sample size of patients with hypochondriasis is another limitation, which means that caution should be used in generalizing the findings to broader and more representative samples. Moreover, the absence of a control group of patients with a disorder different from hypochondriasis keeps us from making suggestions about the specificity of health anxiety to patients with hypochondriasis. Despite the aforementioned limitations, the present study provides support for the two-factor structure of the SHAI, as proposed by its original authors (Salkovskis et al., 2002).

Moreover, the Spanish version of the SHAI has been shown to be sensitive in assessing the range of health concerns from normality to severity, and it offers a cutoff point to reliably differentiate between

non-clinical and clinically significant health anxiety symptoms. This cutoff score can be used not only in clinical practice for screening purposes, but also in epidemiological studies. Taken together, our findings support the SHAI's adequacy for use in Spanish adult community samples.

CHAPTER 4

STUDY 1

Hypochondriasis and illness-related intrusive thoughts:
development and validation of an assessment instrument²

² The main results of this study have been published in: Arnáez, S., García-Soriano, G., y Belloch, A. (2017). Hipocondría y pensamientos intrusos sobre la enfermedad: desarrollo y validación de un instrumento de evaluación. *Psicología Conductual*, 25(1), 165.

1. INTRODUCTION

Unpleasant and unwanted intrusive thoughts are cognitive products experienced as images, impulses, sensations and/or thoughts that involuntarily interrupt the normal flow of thought. These intrusive thoughts are attributed to an internal origin and experienced in a recurrent and repetitive manner. In addition, they are considered unacceptable or unwanted and difficult to control (Rachman & Hodgson, 1980; Rachman, 1981). Most studies of intrusive thoughts have focused on analyzing their role in the development of obsessions that occur in obsessive-compulsive disorder (OCD). Cognitive models of OCD (Rachman, 1997; Salkovskis, 1985) propose that intrusive thoughts become obsessions because they are appraised in a dysfunctional way, which leads individuals to implement different strategies to control them, reduce their emotional impact, or suppress them. These strategies initially reduce discomfort and increase the sense of control, but, paradoxically, they lead to a later increase in the frequency of the intrusive thought, which becomes more noteworthy. Thus, the reappearance of the intrusive thought in the normal flow of thoughts causes an increase in the initial discomfort, establishing a vicious cycle that culminates in the recurrent reappearance of the intrusive thought, which already has the characteristics of a clinically significant symptom (i.e. obsession).

In 1978, Rachman and de Silva published a study in which they stated that the general population experiences intrusive thoughts similar in form and content to the obsessions of OCD patients. These results have been widely corroborated in different cultures and populations,

both clinical and non-clinical (Clark et al., 2014; García-Soriano & Belloch, 2013; Keeley & Storch, 2008; Molding et al., 2014; Radomsky et al., 2014).

Although the study of intrusive thoughts has developed mainly in OCD, they have also been proposed as a transdiagnostic variable (Belloch, 2012; Blom, Hagestein-de Brujin, de Graaf, ten Have and Denys, 2011) present in different disorders, such as insomnia (e.g., Harvey & Payne, 2002; Schubert & Coles, 2013), eating disorders (e.g., García-Soriano, Roncero, Perpiñá, & Belloch, 2014), post-traumatic stress disorder (e.g., Ehlers et al., 2002; Engelhard, van den Hout, Arntz, & McNally, 2002), body dysmorphic disorder (e.g., Kollei, Bruhoeber, Rauh, de Zwaan, & Martin, 2012; Wilhelm, Phillips, & Steketee, 2013), and hypochondriasis.

Hypochondriasis was recently divided into two distinct disorders (illness anxiety disorder and somatic symptom disorder) in the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (*DSM-5*; American Psychiatric Association [APA], 2013). However, in both cases, the diagnostic criteria refer to cognitive products, that is, preoccupations (in illness anxiety disorder) and thoughts or feelings (in somatic symptom disorder) associated with health and/or illness. Despite their importance in the diagnosis of hypochondriasis, research on these cognitive products is quite scarce. As far as we know, few studies have examined the role of these products and their intrusive nature. Wells and Hackman (1993), in a truly pioneering study in this field, evaluated the intrusive imagery in patients with hypochondriasis and showed that the most frequent contents were related to issues of

death and serious illness. More recently, Muse and colleagues (2010) reproduced these results in patients with hypochondriasis, finding that 78% of the participants experienced intrusive imagery related to the same contents. In a non-clinical sample of university students, Langlois and colleagues (2014) investigated whether hypochondriacal fears had more psychopathological similarity with intrusive thoughts with obsessive content or with concerns characteristic of generalized anxiety (worry). Their results indicated that hypochondriacal fears remained in an intermediate space between obsessions and worries because they shared characteristics of both cognitive products. They also found that illness-related intrusive thoughts occurred in the form of both images and thoughts. However, because only intrusive thoughts related to specific diseases were evaluated in this study, the complexity of contents/symptoms characteristic of hypochondriasis, going beyond specific fears to equally specific diseases, was not addressed (López-Santiago & Belloch, 2012).

Due to the few empirical studies on the possibility that preoccupations, thoughts, and/or fears about illness can be conceptualized as intrusive thoughts, we examine this specific possibility. In doing so, the first necessary step was to elaborate an assessment instrument that would allow us to capture the extent to which people experience intrusive thoughts related to illness content. At the conceptual core of an “intrusive thought” is the idea of dimensionality between normality and psychopathology. This idea, widely noted in the study of intrusive thoughts with obsessive contents and OCD, implies two additional assumptions: first, that unpleasant intrusive thoughts occur in both non-clinical populations and people

with psychopathology; and second, that the escalation from a "normal" intrusive thought to a pathological (i.e., clinically significant) intrusive thought is due to the way the intrusive thought is appraised, its emotional impact, and the possible dysfunctional behaviors it produces. From this point of view, the assessment instrument should also have the capacity to evaluate these aspects.

This study aims to answer the following questions: Do people without psychopathology experience intrusive thoughts about illness? How are these intrusive thoughts appraised? Are strategies used to neutralize and/or control them? Is the frequency of these intrusive thoughts related to hypochondriacal, obsessive, generalized anxiety, or emotional distress symptoms?

To answer these questions, we have divided the present study into two different parts, each of which includes its method, results, and discussion. To summarize, we will present a general conclusion of the study.

2. PART 1

The objectives of the first part of the study were: (1) to develop a self-report instrument to assess the presence of intrusive thoughts related to illness contents in the non-clinical population, as well as the emotional impact and appraisals they provoke and the strategies used to control them; and (2) to examine the factorial structure and internal consistency of the instrument.

2.1. METHOD

2.1.1. Participants

A total of 330 undergraduate students (242 women and 88 men) participated in the study, with a mean age of 20.96 years ($SD = 4.85$). The majority of the participants were single (89.6%) and had a medium socioeconomic level, based on the parameters of the Spanish National Institute of Statistics (75.4%). Only people who did not suffer from any physical illness and/or mental disorder and students who were not undergoing any type of pharmacological or psychological treatment were included in the study.

2.1.2. Instruments

Ad hoc questionnaire for demographic and clinical data. Information was collected on sex, age, marital status, socioeconomic level, and the educational level attained, as well as on the existence of current or past illnesses and treatments received.

Illness Intrusive Thoughts Inventory (INPIE). The purpose of this instrument is to evaluate the presence of intrusive and unwanted thoughts, images, sensations, or impulses related to illness contents (illness-ITs), as well as the emotional impact, appraisals, and control strategies associated with them. It is based on the structure of the Obsessional Intrusive Thoughts Inventory (INPIOS; García-Soriano, 2008) and consists of two distinct parts. The first part (INPIE-1st part) includes 45 items that evaluate, using a Likert scale (from 0 = “never” to 6 = “always”), the frequency with which people experience illness-related intrusive thoughts. The items are grouped into scenarios with the aim of having an activating and contextualizing effect on the

appearance of intrusive thoughts (e.g. When I read, hear, or see some information about a disease in a magazine, on the news, or when listening to someone talk about an illness, I have a sudden, uninvited thought or doubt, such as...). In the second part (INPIE-2nd part), the individual is first asked to select, from the items in the first part, the most unpleasant intrusive thought experienced in the past three months, and then rate it on a five-point Likert scale with regard to the following aspects: a) the emotional impact; b) the difficulty in controlling the intrusive thought, the perceived success in controlling it and the interference it causes; b) the dysfunctional appraisals related to the thought, and c) the control strategies the individual uses to reduce the discomfort produced by the thought.

2.1.3. Procedure

To construct the instrument, first, prior to the development of the items, a review of the scientific literature on hypochondriasis was carried out, especially the analysis of the instruments used for its diagnosis and evaluation. In the analysis of these instruments, special attention was paid to the contents of the thoughts, dysfunctional appraisals, and control strategies evaluated. In addition, a review was carried out of the characteristics of intrusive thoughts and, especially, of the instruments developed to evaluate them. Finally, a new instrument was developed following the structure of the Obsessional Intrusive Thoughts Inventory (INPIOS; García-Soriano, 2008), which has been shown to be a useful instrument for evaluating intrusive thoughts with obsessive content. It also has good psychometric properties and is useful for the investigation of intrusive thoughts, both

in the general population and in clinical populations (García-Soriano & Belloch 2013; García-Soriano et al., 2014; García-Soriano, Belloch, Morillo, & Clark, 2011). However, given that the INPIOS evaluates intrusive thoughts with obsessive content, we based the elaboration of the INPIE items on different instruments that evaluate hypochondriacal symptomatology, and we wrote the new items to capture the presence of intrusive thoughts (e.g., When I feel some physical symptom, no matter how small, such as minor painful sensation, itching, tiredness, dry skin, etc., I have a sudden, uninvited thought or doubt, such as: “This symptom isn't normal”.)

To develop the first part of the instrument (INPIE-1st part), an initial list of 49 statements was developed, all referring to possible intrusive thoughts related to illness content. The items from the first part were grouped by scenarios, in order to produce an activating and contextualizing effect before the thought's possible appearance. The scenarios were elaborated based on the literature review, which showed the areas where intrusive thoughts about illness frequently appeared.

The list of intrusive thoughts was evaluated and discussed by members of the Obsessive-Compulsive Disorder Research Group at the University of Valencia. This group consisted of five doctors in psychology (university professors and/or clinical psychologists), three clinical psychologists with a PhD degree, three resident internal psychologists, and two research fellows. This group assessed, individually, the relevance and wording of each item on the questionnaire using an 11-point scale where 0 = “nothing pertinent/wrongly written” and 11 = “very pertinent/well written”, and

they indicated the modifications they considered necessary. After the items had been evaluated by the members of the group and the initial wording had been corrected, the list was reduced to 45 items that were considered for analysis in this study. This last version was evaluated individually by another group of experts, different from the initial one, composed of three Doctors in Psychology (university professors and/or clinical psychologists) who were experts in hypochondriasis with scientific publications (including their Theses) on hypochondriasis and other somatoform disorders. This group of experts valued the clarity and degree of understanding of the instructions and the wording of the items and their fit to hypochondriasis (scale 0-10). Based on their recommendations, the wording of the items was modified, and some of the initial items were replaced by more relevant ones agreed on by the three expert evaluators.

The second part of the INPIE (INPIE-2nd part) includes the same items as the second part of the INPIOS, although one item was added to assess the emotion of disgust because it might be relevant in the experience of illness-related intrusive thoughts (e.g., Arnáez, García-Soriano, & Belloch, 2015; Davey & Bond, 2006; Thorpe, Barnett, Friend, & Nottingham, 2011). In addition, six new items were included to evaluate control strategies relevant to hypochondriasis (e.g., “Look for information about the content of intrusion on the Internet or TV, in books, newspapers, etc.” or “Make an appointment with a doctor or consult a pharmacist”) (López-Santiago & Belloch, 2012).

To collect the data, students from different university degree programs at two different campuses were invited to voluntary

participate in the research. Interested students completed the INPIE, a sociodemographic data sheet, and an informed consent to participate in the research in the classroom. The instrument took twenty minutes to administer, and all the data were collected in two months. INPIE was administered by the authors.

2.1.4. Data analysis

All statistical analyses were performed with the statistical program SPSS for Windows v. 20 (IBM Corp. Released, 2011). In order to analyze the factorial structure of the INPIE, several exploratory factorial analyses were carried out (EFA). First, we verified that the requirements were met to perform the EFA, using the Kaiser-Meyer-Olkin measure of sampling adequacy (KMO) (which considers KMO values $> .70$ to be desirable) and Bartlett's Test of Sphericity (BTS), with $p < .05$ being desirable. The principal components method was used for factorial extraction, with orthogonal (varimax) rotation.

To determine the number of factors, several criteria were used. In addition, the sedimentation graph was observed, as well as the percentage of explained variance to determine the appropriate number of factors. Finally, the factorial saturation of each item in the factor was taken into account, considering only those items with saturations $\geq .40$ to be relevant.

The internal consistency was calculated using Cronbach's alpha, and values close to $.70$ were considered acceptable (Garson, 2009).

Pearson's correlation coefficient was used to analyze the size and direction of the relationship between the items and the scales of the

instrument, and Cohen's (1988) criterion was used to estimate the size of r . Therefore, low correlations between .10 and .29, medium correlations between .30 and .49, and high correlations greater than .50 were considered.

2.2. RESULTS

Content validity of INPIE: analysis of factorial structure

Differentiated factor analyses were carried out for each part of the INPIE. For the INPIE-1st part (content and frequency of illness-related intrusive thoughts), with 45 items, several factorial analyses with orthogonal rotation (varimax; KMO = .94) were performed. Eight factors obtained initial values greater than 1, explaining 68.92% of the variance. However, the sedimentation graph suggested between 1 and 5 possible factors. Factorial solutions were forced from 1 to 8 factors. After examining the different factorial solutions, it was observed that three items (7, 17, and 20) were saturated in several factors, and so they were eliminated in the following exploratory factorial analyses due to their incapacity to discriminate between the different factors.

After eliminating the three items mentioned above, the factor analyses were repeated with 42 items. Orthogonal rotation was applied (varimax; KMO = .94), and eight factors obtained initial values greater than 1, explaining 61.61% of the variance. However, the sedimentation graph again suggested between one and five possible factors. Solutions were forced from one to five factors, and it was observed that the three solutions with the simplest, clearest, and most interpretable structures were those with one, two, and five factors, explaining 40.66%, 47.30% and 62.62% of the common variance, respectively. The five-factor

solution was the clearest and most interpretable (Table 1): the first factor (15.03% of the explained variance, EV) included items referring to illness-ITs that arise spontaneously and illness-ITs that arise when there is mild physical discomfort; the second factor (13.82% of the EV) included items referring to illness-ITs about distrust of medical explanations and tests; the third factor, with 12.86% of the EV, included items about illness-ITs about a loved one's health; the fourth factor (10.27% of EV) included items referring to illness-ITs triggered by physical symptoms (e.g., a prolonged headache) and information related to illness; and the fifth factor (9.73% of the EV) included items about illness-ITs related to death.

Table 1. Completely standardized factor loadings of items from the Illness Intrusive Thoughts Inventory (INPIE-1st part).

Items	Factors				
	1	2	3	4	5
I have a serious illness	.73				
I get sicker than anyone else	.50				
I am getting a serious illness without realizing it	.77				
I have little time left to live	.54				
I worry about my health more than other people do	.52				
I can get sick suddenly	.53				
I can die from a serious illness	.65				
This symptom isn't normal	.54				
I have to go to the doctor	.48		.46		
I have a serious illness	.68				
I have to monitor this closely	.48		.50		
Am I developing something serious without realizing it?	.65				
Something is wrong! This is very strange!	.55				
The doctor isn't telling me the truth				.40	
My illness doesn't show up on those tests				.78	
They must have made a mistake on the results				.79	
Medical tests are unreliable				.79	

They should perform some better tests (e.g., CAT, Scanner, MRI, etc.)		.72
The doctor made a mistake		.83
This discomfort isn't normal		.76
We have to go to the doctor		.73
He/she has a serious illness		.66
I have to monitor this closely		.72
Is he/she getting something serious without realizing it?		.64
Something is wrong! This is very strange!		.69
I have similar symptoms	.69	
I need to look for more information about this illness	.59	
I could have this illness	.64	
I will be getting this illness in the future	.67	
That's what is happening to me	.70	
This is a symptom of a serious illness	.47	.62
I have to go to the doctor	.56	
This symptom isn't normal	.57	
I have to monitor this closely	.56	.44
Am I developing something serious without realizing it?	.47	.57
Something is wrong! This is very strange!	.62	
My own funeral		.53
Being buried alive		.59
Dying alone, in the middle of the street		.70
My name written on a tombstone		.69
Dying alone in a hospital		.70
<u>Suffering and being in pain while dying</u>		<u>.62</u>

Note. Only saturations $\geq .40$ are included.

For the INPIE-2nd part (emotional impact, interference, dysfunctional appraisals, and control strategies), several exploratory factor analyses were carried out for each of its three sections. Regarding the first section, which includes items related to emotional impact, difficulty in controlling the intrusive thought, perceived success in controlling the intrusive thought, and interference caused by the intrusive thought, orthogonal factorial analysis (varimax rotation; KMO = .82) yielded two factors with initial values greater than 1; however,

the sedimentation graph suggested between one and three possible factors. Factorial solutions were forced from one to three factors, which explained 40.35%, 55.74%, and 65.87% of the total variance, respectively. The bifactorial solution showed less overlap between factors and was more easily understood (Table 2): the first factor (36.24% of the EV) included items that evaluated unpleasantness, anxiety, sadness, difficulty in controlling the intrusive thought, perceived success in controlling it, and interference caused by it; and the second factor (19.50% of the EV) included the items that evaluated disgust, guilt, and shame produced by the intrusive thought.

Table 2. Completely standardized factor loadings of items from the Illness Intrusive Thoughts Inventory (INPIE-2st part) - Negative emotional impact, Interference and control difficulties.

Negative emotional impact, interference & control difficulties	Factor 1	Factor 2
Unpleasantness	.78	
Anxiety	.79	
Sadness	.64	
Disgust		.68
Guilt		.64
Shame		.85
Difficulty of controlling illness-IT	.75	
Success in controlling/suppressing illness-IT	-.68	
Interference produced by the illness-IT	.71	

Note. Only saturations $\geq .40$ are included.

With regard to the second section, an orthogonal analysis (varimax rotation; KMO = .80) was applied to determine the factor structure underlying the items referring to dysfunctional appraisals. Both the self-value analysis and the sedimentation graph suggested one- and two-factor solutions. The unifactorial solution explained 38.96%, and the bifactorial solution explained 51.66% of the total variance. We decided to keep the unifactorial structure, which was simpler and easier

to understand, including all the dysfunctional appraisals in the same factor (Table 3).

Table 3. Completely standardized factor loadings of items from the Illness Intrusive Thoughts Inventory (INPIE-2st part) – Dysfunctional appraisals.

Dysfunctional appraisals	Factor 1
Overimportance of thoughts	.67
Personal significance	.49
Responsibility	.61
Importance of control	.51
Overestimation of threat	.70
Intolerance to uncertainty	.72
Thought-action fusion-likelihood	.70
Thought-action fusion-moral	.51

Finally, the factor structure of the control strategies included in the third section (varimax rotation; KMO = .78) was analyzed. Six factors obtained initial values greater than 1, explaining 63.91% of the variance, although the sedimentation graph suggested between one and three possible factors. Factorial solutions of one and six factors were forced. It was observed that the two solutions with a simpler, clearer, and more interpretable structure were those with two and three factors, which explained 38.32% and 45.64% of the total variance, respectively. The three-factor solution was the clearest and most interpretable (Table 4). The first factor (EV = 20.35%) collected items on general thought control strategies, such as thought stopping or distraction; the second factor (EV = 16.63%) included items that referred to hypochondriacal-related strategies; and the third factor (EV = 8.66%) included items that referred to OCD-related strategies. Item 8 (“Do nothing”) did not significantly saturate in any factor, which is why it was analyzed independently in successive analyses.

Table 4. Completely standardized factor loadings of items from Illness Intrusive Thoughts Inventory (INPIE-2st part) –Control strategies.

Control strategies	Factor 1	Factor 2	Factor 3
Distraction (cognitive and behavioural)	.51		
Mental Compulsion	.66		
Overt Compulsion- Washing			.70
Repeatedly checking body for signs of illness		.56	
Overt Compulsion- Repeating			.43
Overt Compulsion- Ordering			.75
Focus on bodily functions		.55	
Reassurance from others I trust		.69	
Health information seeking behavior		.78	
Reassurance from medical professionals		.80	
Doing something to improve my health		.73	
Cognitive restructuring	.60		
Reassurance from others	.51		
Self-Reassurance	.76		
Thought stopping	.76		
Doing nothing			
Relaxation	.59		
Avoidance	.40		
Thought suppression efforts	.75		

Note. Only saturations $\geq .40$ are included.

Internal consistency

The internal consistency of the INPIE-1st part total score was high ($\alpha = .96$). INPIE-1st part factors showed high reliability indices with values between $\alpha = .80$ (illness-ITs related to death) and $\alpha = .94$ (illness-ITs related to physical symptoms/information) (Table 5). The internal consistency of the INPIE- 2nd part factors ranged from values of $\alpha = .45$ (OCD- related strategies) to $\alpha = .81$ (Dysphoria/interference) for the subscales. The factor of OCD-related strategies showed poor internal consistency, which increased to $\alpha = .62$ by eliminating the item that evaluates repetition behaviors.

Table 5. Internal consistency and interrelationships between the scales of Illness Intrusive Thoughts Inventory ($n= 330$).

INPIE-1st part	α	F1	F2	F3	F4	F5	Total
Factor 1. Illness-ITs spontaneous/ minor discomforts	.92	-	.59**	.57**	.77**	.53**	.92**
Factor 2. Illness-ITs mistrust medical explanations and tests	.90		-	.40**	.55**	.30**	.66**
Factor 3. Illness-ITs loved one's health	.92			-	.68**	.50**	.77**
Factor 4. Illness-ITs physical symptoms and illness information	.94				-	.54**	.92**
Factor 5. Illness-ITs death	.80					-	.69**
<hr/>							
INPIE-2nd part							
Factor 1. Dysphoria/interference	.81	-	.34**	.66**	.49**	.28*	.31*
Factor 2. Emotional impact	.65		-	.58**	.19*	.09	.29**
Factor 3. Dysfunctional appraisals	.78			-	.40**	.33**	.30**
Factor 4. General thought control strategies	.76				-	.35**	.30*
Factor 5. Hypochondriacal-related strategies	.78					-	.23**
Factor 6. OCD-related strategies	.45						-

Note. Illness-ITs= Illness-related intrusive thoughts. * $p \leq .05$; ** $p \leq .01$; *** $p \leq .001$.

Interrelationships between factors

The INPIE-1st part factors (Table 5) showed significant and moderate/high associations with each other, as well as between the total score and all the subscales. With regard to the INPIE-2nd part factors, significant associations were observed, but in general between low and moderate.

2.3. DISCUSSION

The factorial structure of the INPIE-1st part is represented by five factors that evaluate the typical contents of hypochondriacal preoccupations and fears. These contents refer to aspects such as fear of suffering or developing a serious illness in the presence of mild discomfort, a physical symptom, or new information about the illness, mistrust of medical explanations and tests, worry about a loved one's health, and fear of death.

The first part shows excellent internal consistency rates and high associations between its factors, indicating that these factors are quite related. This is to be expected, given that some items are repeated in different factors. For example, the frequency of the item "Something is wrong! This is very strange!" is evaluated in different scenarios: spontaneous appearance, when a loved one feels a discomfort in his/her body, and in the presence of some physical discomfort or symptom.

The second part presents a factorial structure with six factors that evaluate the way illness-related intrusive thoughts are experienced and the strategies used to control them. As for the emotional impact provoked by the intrusive thought, the factors obtained show that unpleasantness, sadness, and anxiety are grouped together with the

difficulty of controlling the intrusive thought, the perceived success in controlling it, and the interference it causes, whereas the emotions of disgust, shame, and guilt form an independent factor. The dysfunctional appraisals associated with the intrusive thought are grouped in a single factor, which might be due to the fact that only one item is included for each appraisal, and that, because it is a non-clinical sample, there is not as much discrimination between these dysfunctional appraisals. The control strategies used to deal with the intrusive thought are grouped in three dimensions: general thought control strategies (e.g., distraction from thought), hypochondriacal-related strategies (e.g., making an appointment with a doctor), and OCD-related strategies (e.g., ordering). The item “do nothing” was analyzed individually because in previous studies with similar evaluation instruments, it was found to be an independent variable (García-Soriano & Belloch, 2013; Perpiñá, Roncero & Belloch, 2008).

The analysis of internal consistency indicated that, in general, the factors in the second part also have good internal consistency. However, the factor that groups OCD-related strategies (i.e., wash, order, repeat) presented poor internal consistency, which increased by eliminating the item that refers to repetition behaviors. This low consistency may be due to the floor effect of the scores on these items, given that it collects behaviors that are unlikely in the general population and, specifically, in the sample of undergraduate students evaluated. However, this item was maintained because it could be relevant in the study of patients with hypochondriasis.

Finally, the associations between factors in the second part make it possible to identify two differentiated aspects: on the one hand, the factors that refer to how the intrusive thought is appraised and the emotional response; on the other hand, factors related to how to respond to the intrusive thought (control strategies).

3. PART 2

The second part of this study has the following objectives: (1) to analyze the presence of illness-related intrusive thoughts in a sample of undergraduate students, as well as the emotional impact, appraisals, and control strategies associated with them; and (2) to study the associations between these variables and measures of psychopathological symptoms.

3.1. METHOD

3.1.1. Participants

The sample consisted of 56 undergraduate students (39 women and 17 men), with a mean age of 19.36 ($SD = 3.47$) years. The majority were single (96.4%) and had a medium socioeconomic level, based on the parameters of the Spanish National Institute of Statistics (66.1%). Inclusion criteria took into account that the participants did not suffer from and had not suffered from a physical illness and/or history of mental disorder and were not receiving pharmacological or psychological treatment.

3.1.2. Instruments

Final version of *Illness Intrusive Thoughts Inventory (INPIE)*. This instrument is the result of the purification of the INPIE presented in the first part of this study. As described above, the INPIE is a self-report. After describing intrusive thoughts as disturbing events that interrupt thoughts and are common in the general population, it includes two distinct parts. The INPIE-1st part includes 42 items grouped in five factors and responded to on a Likert scale from 0 ("never") to 6 ("all day") that evaluates the frequency of illness-ITs: 1) that appear spontaneously or in the presence of mild discomfort; 2) that are related to distrust of the physician and medical explanations; 3) that are about a loved one's health; 4) that appear in the presence of physical symptoms (e.g., a prolonged headache) or information about illness; and 5) that have to do with death. In the INPIE-2nd part, the participant chooses his/her most unpleasant illness-related intrusive thought from the above list and assesses the following dimensions on a five-point Likert scale: a) the unpleasantness, anxiety, sadness, and interference caused by the thought; b) the disgust, guilt, and shame associated with the thought; c) the way the thought is appraised (dysfunctional appraisals); d) the frequency with which general control strategies are employed to reduce the discomfort it produces; e) hypochondriacal-related strategies; and f) OCD-related strategies (e.g., clean, check, tidy). In the present study, the internal consistency of the first part was excellent ($\alpha = .96$), with the five subscales ranging from $\alpha = .77$ (illness-ITs about death) to $\alpha = .96$ (illness-ITs related to physical symptoms/information). The internal consistency of the second part of the instrument was also adequate, with values ranging from $\alpha = .46$

(emotional impact and interference) to $\alpha = .86$ (appraisal and general control strategies).

Whiteley Index (WI); Pilowsky, 1967; Spanish version: Avia, 2017). The WI consists of 14 items included in three factors that assess the severity of hypochondriacal attitudes (bodily concern, fear of illness, and conviction of illness) and are responded to on a dichotomous scale (yes/no). The WI has shown acceptable internal consistency in the present study ($\alpha = .73$).

Penn State Worry Questionnaire (PSWQ); Meyer et al., 1990; Spanish version: Sandín et al., 2009). It is a self-report questionnaire that assesses worry. It is composed of 16 items rated on a five-point self-adscription scale (1 = “not at all typical of me” to 5 = “very typical of me”). The PSWQ has shown high internal consistency in this study (total score: $\alpha = .85$).

Obsessive-Compulsive Inventory-Revised (OCI-R); Foa et al., 2002; Spanish version: Belloch et al., 2013). The OCI-R is an inventory that evaluates the discomfort associated with obsessive-compulsive symptoms. It is composed of 18 items rated on a five-point Likert response scale. It consists of a total score and 6 factors (washing, obsessions, accumulation, order, verification, and neutralization). The instrument obtained adequate internal consistency in the present study (total score: $\alpha = .76$).

Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS-21); Lovibond & Lovibond, 1995; Spanish version: Bados, Solana, & Andrés, 2005). This scale was designed to assess the severity of the main symptoms of depression, anxiety, and stress. It is composed of 21 items rated on a

Likert scale (0 = “never/never felt it” to 3 = “almost all the time”). The DASS-21 has shown good internal consistency in this sample, with values between $\alpha = .87$ (depression scale) and $\alpha = .74$ (anxiety scale). Only depression and anxiety scales will be used.

3.1.3. Procedure

In order to recruit the sample for the second part of this study, undergraduate students from University were invited to participate in a research study. Interested students completed a protocol of instruments, in counterbalanced order, which included the self-reports described above (INPIE-R, IW, PSWQ, OCI-R, and DASS-21), along with a personal data sheet and informed consent to participate in the research. The protocol and procedure were approved by the University's Commission on Ethics in Experimental Research because the study is part of a larger research project.

3.1.4. Data analysis

The statistical analysis was performed using the statistical program SPSS for Windows v. 20 (IBM Corp. Released, 2011). Measures of central tendency (mean) and dispersion (standard deviation) were analyzed at the item level. In some cases, the data were explored by means of frequencies and percentages.

Correlation analysis with Pearson's correlation coefficient was carried out to analyze whether there were associations between different variables. Fisher's *Z* transformation was used to examine differences between correlated pairs.

3.2. RESULTS

Descriptive statistics

The INPIE-1st part analysis shows that all the items and, therefore, all the illness-ITs were experienced by someone at some time in life. In addition, all the participants reported having experienced illness-ITs during their lives. Namely, they reported having experienced an average of 32.71 ($SD = 27.41$) different illness-ITs throughout their lives. The frequency with which these illness-ITs were experienced was low (Table 6), between once or twice in life and several times a year, with spontaneous illness-ITs or those triggered by small discomfort being the most frequent (Factor 1).

Of all the participants, 51.79% indicated having experienced an unpleasant illness-IT in the past three months; therefore, only these participants completed the INPIE-2nd part. The average frequency of the items selected as the most unpleasant was 2.24 ($SD = 1.38$). The most unpleasant illness-IT generated low interference, low emotional impact, and few dysfunctional appraisals. On the other hand, the most frequently employed control strategies for coping with the most unpleasant illness-IT were the general thought control strategies (Table 6).

Convergent and divergent validity of INPIE

Pearson's correlations were computed between the frequency of illness-ITs (INPIE-1st part) and measures of hypochondriasis, worry, obsessive-compulsive symptoms, stress, depression, and anxiety (table 6). The total frequency of illness-ITs, as well as the frequency of illness-ITs triggered spontaneously/small discomfort (Factor 1) or in the

presence of physical symptoms or information about illness (Factor 4), showed significant and positive correlations with all the psychopathology measures, except obsessive-compulsive symptomatology. The frequency of the illness-ITs about distrust of medical explanations/testing (Factor 2) and about a loved one's health (Factor 3) was associated with symptoms of anxiety and depression (DASS-21), although only the associations with depressive symptomatology were statistically significant. Finally, the frequency of illness-ITs about death (Factor 5) showed a significant relationship with hypochondriacal symptomatology (Whiteley Index).

The size of the correlations obtained was then compared statistically. Specifically, both the total frequency of the INPIE-1st part ($p = .03$) and the frequency of the illness-ITs triggered by the presence of physical symptoms or information about illness (Factor 4) ($p = .02$) had significantly higher associations with hypochondriacal symptoms (IW) than with worry (PSWQ).

In terms of emotional impact, interference, and dysfunctional appraisals of the most unpleasant illness-IT (INPIE-2nd part), the three factors in this part showed significant and high correlations with worry and anxious and depressive symptomatology. Only dysfunctional appraisals were significantly associated with hypochondriacal symptoms. Regarding the control strategies used for the most unpleasant illness-IT, significant and high correlations were observed between general thought control strategies and worry. Hypochondriacal-related strategies showed moderate to high correlations with all the psychopathological variables, except obsessive-compulsive symptomatology.

Table 6. Descriptive data from Illness Intrusive Thoughts Inventory and Pearson's correlations with other psychopathological measures.

INPIE	Other psychopathology measures					
	<i>M (DT)</i>	WI	PSQW	OCI-R	DASS- 21 depression	DASS-21 anxiety
INPIE-1st part (<i>n</i>= 56)						
Factor 1. Illness-ITs spontaneous/ minor discomforts	1.66 (0.89)	.55 ^{***}	.31 [*]	.2	.35 [*]	.40 ^{**}
Factor 2. Illness-ITs mistrust medical explanations	1.11 (0.27)	.15	.25	-.01	.57 ^{**}	.36
Factor 3. Illness-ITs loved one's health	1.32 (0.43)	.18	.05	.24	.40 ^{**}	.3
Factor 4. Illness-ITs physical symptoms/ information	1.55 (0.85)	.60 ^{***}	.28 [*]	.12	.36 ^{**}	.50 ^{***}
Factor 5. Illness-ITs death	1.44 (0.74)	.47 ^{**}	.21	.26	.08	.13
Total	1.53 (0.74)	.59 ^{***}	.29 ^{**}	.17	.34 ^{**}	.44 ^{**}
INPIE-2nd part (<i>n</i>= 29)						
Factor 1. Dysphoria/interference	1.51 (0.61)	.32	.52 ^{**}	.21	.66 ^{**}	.62 ^{**}
Factor 2. Emotional impact	0.43 (0.62)	.15	.37 [*]	.35	.66 ^{**}	.68 ^{**}
Factor 3. Dysfunctional appraisals	1.00 (0.85)	.41 [*]	.69 ^{**}	.34	.63 ^{**}	.65 ^{**}
Factor 4. General thought control strategies	1.88 (0.88)	.26	.58 ^{**}	.22	.31	.23
Factor 5. Hypochondriacal-related strategies	1.01 (0.90)	.42 [*]	.52 ^{**}	.21	.41 [*]	.53 ^{**}
Factor 6.OCD-related strategies	0.72 (0.90)	.35	.34	.15	.26	.29
“Do nothing”	0.41 (0.91)					

Notes. *M* = mean; *SD* = standard deviation; INPIE = Illness Intrusive Thoughts Inventory; Illness-ITs = Illness-related intrusive thoughts; WI = Whiteley Index; PSWQ = Penn State Worry Questionnaire; OCI-R = Obsessive-Compulsive Inventory-Revised; DASS-21= Depression, Anxiety and Stress Scale. **p* ≤ .05; ***p* ≤ .01; ****p* ≤ .001.

3.3.DISCUSSION

The results of the second part of the study suggest that the typical contents of operative hypochondriacal preoccupations and fears as intrusive thoughts are, in general terms, infrequent among undergraduate students, as would be expected in a young, non-clinical population. However, when analyzing the most unpleasant intrusive thought, that is, the one closest to clinical meaning, the frequency of that thought is greater, between once a year and monthly. These mean frequencies are similar to those observed in the general population for intrusive thoughts with obsessive and eating content (Belloch, Roncero, & Perpiñá, 2016; García-Soriano et al., 2011).

The results also showed that the most upsetting intrusive thought content is related to death and the possibility of suffering or developing a serious illness. This result is consistent with those found by other authors in patients diagnosed with hypochondriasis, who report the presence of intrusive imagery related mainly to topics of death and illness (Muse et al., 2010; Wells et al., 1993).

However, given that we are talking about undergraduate students, although some illness-intrusive thoughts are considered more unpleasant, individuals do not appraise them dysfunctionally, and they do not experience a negative emotional impact due to their presence. In addition, people appraise that they are able to control them and that they do not cause excessive interference. However, in spite of this, it has also been observed that they always employ one or several strategies to control the intrusive thought, with general thought control strategies being employed more frequently. These results are consistent with

those obtained in other studies analyzing the way the general population appraise their obsessive intrusive thoughts (García-Soriano & Belloch, 2013; Moulding et al., 2014; Purdon & Clark, 1994).

Moreover, the analysis of the associations between the INPIE and different psychopathological variables supports the convergent and discriminant validity of the questionnaire and allows us to offer the first data on the role that illness-related intrusive thoughts may play at the psychopathological level. In this regard, the frequency with which intrusive thoughts are experienced is more related to hypochondriacal symptoms than to worries and obsessive-compulsive symptoms. These results suggest that the INPIE is evaluating negative intrusive cognitions about health and illness other than worry and obsessive-compulsive symptoms. We also found that the frequency of intrusive thoughts is especially related to depressive and anxious symptomatology, suggesting that experiencing intrusive thoughts with high frequency may be a vulnerability variable for developing emotional symptoms. In addition, it has been widely documented that general anxious and depressive symptomatology (which is what the study instruments evaluate) is present in many disorders, including hypochondriasis, and thus has transdiagnostic value. However, there are two factors in the first part (Illness-ITs about mistrust of medical diagnoses and Illness-ITs about one's health) that do not have a significant relationship with any of the psychopathological variables evaluated. This may be due to the floor effect in the frequency with which these intrusive thoughts are experienced in the study sample. Our results suggest that when more unpleasantness and interference and worse appraisal are associated with the illness-ITs selected as the most

unpleasant, more psychopathological symptoms are also experienced, specifically, greater worry and emotional symptoms. In addition, the tendency to dysfunctionally appraise the most unpleasant illness-IT is associated with greater hypochondriacal symptoms, which supports the convergent validity of the INPIE.

Furthermore, it is striking that the use of general strategies to control intrusive thoughts is not associated with obsessive-compulsive symptomatology, but it is associated with worry and symptoms of anxiety and depression. On the other hand, the use of strategies more specifically related to hypochondriasis is associated with both the emotional variables mentioned and the hypochondriacal symptomatology. Taken together, these results show that the new instrument is evaluating intrusive thoughts that are closer to hypochondriasis than to OCD.

Finally, there are a number of limitations that need to be taken into account. First, self-report measures were used as the evaluation method in this study, and so the absence of bias in participants' responses cannot be ensured. In addition, future studies should study the temporal stability of the new instrument. Moreover, the sample used was exclusively made up of university students, mostly women, which limits the generalization of the results to the general non-clinical population. Finally, the sample in the second study was small, and so future studies will have to increase the size of the sample and its representativeness when analyzing the relationship between illness-related intrusive thoughts and psychopathological variables, in addition to using a clinical population.

4. CONCLUSION

The INPIE is a self-report instrument that reliably evaluates specific illness-related intrusive thoughts. The data show that these intrusive thoughts are experienced by a large majority of the population studied, albeit with low frequency. It is reasonable to assume that, due to this low frequency and, possibly, the age of the participants, these intrusive thoughts do not produce an excessively negative emotional impact, interfere too much, or receive very dysfunctional appraisals. However, it is important to note that people always “do something” to control thinking, and that the frequency with which illness-related intrusive thoughts are experienced is especially associated with hypochondriacal symptoms. This study supports the role of intrusive thoughts as a transdiagnostic variable and suggests the relevance of illness-related intrusive thoughts as a vulnerability factor for the development of hypochondriasis. Therefore, it is relevant to follow this line of work and extend it in samples from community and clinical populations.

CHAPTER 5

STUDY 2

Illness-related intrusive thoughts and hypochondriasis³

³ Manuscript in preparation and internal revision process.

1. INTRODUCTION

Hypochondriasis is characterized by an overwhelming fear of having or acquiring a serious illness. This fear is based on a catastrophic misinterpretation of bodily signs or symptoms, including normal or commonplace sensations (APA, 2000; WHO, 2018). Individuals with this disorder perform excessive reassurance-seeking, checking, and related behaviors (e.g., medical test to rule out breast cancer) or, conversely, avoidance behaviors (e.g., seeking healthcare with doctor appointments), in order to reduce the anxiety about the possible meaning and/or cause of their body complaints. Their health preoccupations are usually based on physical symptoms that are not serious, varying from a specific function (e.g., cough, sneezes) to mild physical sensations (e.g., numbness or a tingling feeling) or vague and innocuous body sensations (e.g., pressure in the stomach, heartbeat).

As Rachman (2012) proposed, these individuals misinterpret the significance of normal or naturally-occurring intrusive thoughts about medical concerns and/or non-severe symptoms and sensations, which increases their health anxiety and leads them to deploy safety behaviors in an attempt to diminish the perceived threat. A corollary of this approach is that the first step in the process leading to morbid illness-related preoccupations could involve experiencing illness-related distressing and unwanted intrusive thoughts (illness-ITs) about perceived symptoms that are misinterpreted as potentially serious health threats with negative consequences in terms of medical diseases (Fergus, 2013b; Salkovskis & Warwick, 1986; Warwick & Salkovskis, 1989, 1990). Therefore, the difference between patients with

hypochondriasis and non-clinical individuals would not be the presence of illness-ITs, but rather the way patients interpret these naturally-occurring thoughts and how they respond to or manage them. These misinterpretations or faulty appraisals could be based on or instigated by individuals' maladaptive beliefs about bodily signs and symptoms and the subsequent illness-ITs triggered by these symptoms. A large body of research supports the relevance of beliefs such as catastrophic interpretations of bodily sensations and symptoms, dichotomous thinking about health and illness, where health is considered the absolute absence of any physical symptom or bodily sensation, and the tendency to overestimate the frequency of serious illnesses on the basis of minor or innocuous bodily signs and symptoms (for a review see Marcus et al., 2007).

Although the pioneering cognitive models of hypochondriasis, conceptualized as severe health anxiety, identified illness-ITs as relevant cognitive events in the development and maintenance of the disorder (Salkovskis & Warwick, 1986; Warwick & Salkovskis, 1989, 1990), research data on patients with hypochondriasis are scarce or even inexistent. Only two studies conducted in non-clinical undergraduate participants focused on illness-ITs and the maladaptive appraisals they instigate. Freeston et al. (1994) observed that the appraisals of responsibility and disapproval of the thought were significant predictors of the frequency of illness-ITs, the difficulty and efforts in eliminating them, and guilt feelings. These authors concluded that the appraisals associated with illness-ITs are linked to the person's experience of the thoughts; that is, the more extreme the appraisals about an illness-IT, the more problematic this illness-IT will be. More recently, a cross-

cultural study in which illness-ITs were compared with obsessional-ITs has shown that the two intrusive thought contents provoked a similar degree of disturbance across sites, despite the fact that illness-ITs were experienced less frequently than the obsessional-ITs (Pascual-Vera, et al., 2019).

In sum, the few studies that have focused on illness-ITs show that these thought contents are common in healthy undergraduate individuals, and that maladaptive beliefs about symptoms are specific to health anxiety (i.e., Fergus 2014), thus supporting the cognitive approach to illness anxiety disorder. However, as far as we know, there is no information about two core tenets of this approach. First, there is no information about the dimensionality of illness-ITs from normalcy to psychopathology. That is, there are no data showing whether there is a continuum of increasing frequency of these intrusive cognitions and their consequences from non-clinical healthy individuals to patients with severe health anxiety or hypochondriasis, in terms of emotions, interference, faulty appraisals, and thought control strategies. Second, there is no information about the mediating role played by faulty appraisals in hypochondriasis. As mentioned above, although there is a large amount of information about dysfunctional beliefs associated with health anxiety, there is a lack of data about the biased processing of the incoming information provided by the intrusion of an illness-related thought, that is, the appraisal or active “*on-line*” interpretation of the intrusive thought (i.e., Nanney, Constans, Kimbrell, Kramer, & Pine, 2015).

Therefore, the two objectives of the current study were: 1) to ascertain whether illness-ITs and their functional consequences (emotional impact, interference, appraisals and counterproductive behaviors) are experienced by healthy community individuals with a lower frequency than by patients with hypochondriasis; 2) to examine whether the dysfunctional appraisals associated with disturbing illness-ITs mediate between the frequency of illness-ITs and hypochondriasis symptoms in healthy community individuals.

2. METHOD

2.1. Participants and procedures

Two samples participated in this study. The first sample consisted of 446 non-clinical community participants. The mean age was 30.77 years ($SD = 14.23$; ranging from 18 to 65), and the majority were female (65.7%). The majority of the participants were single (64.3%), had a medium socio-economic level (61.4%), following the parameters of the Spanish National Institute of Statistics, had a university education (74%), and were employed (52%). The participants were recruited by advanced psychology students from the University who received academic credit for their recruitment efforts. The students attended a seminar where they received training on how to present the questionnaires to potential participants. Each collaborator administered the assessment instruments individually to other people in their social network. Written informed consent was obtained from all participants. The main inclusion criteria were: age between 18 and 65 years, sufficient knowledge of Spanish to understand and complete the

questionnaires, and the absence of any mental disorders or disabling illnesses in the previous year.

The second sample was composed of 31 patients with hypochondriasis who were being treated at public outpatient mental health clinics pertaining to the University and to the Spanish National Health System. Their mean age was 32.74 years ($SD = 9.69$; range = 18-65), and slightly more than half were female (51.6%). The majority of the patients were married (61.5%), had a medium socioeconomic level (80%), and had a university education (64%). Patients were evaluated using the Structured Diagnostic Interview for Hypochondriasis (SDIH; Barsky et al., 1992).

Comorbidity was explored with the International Neuropsychiatric Interview (MINI; Sheehan et al., 1998) in a session lasting between 60 and 120 minutes. At the time of the study, none of the patients met the criteria for a mental disorder other than hypochondriasis, and one of them had a lifetime history of Generalized Anxiety Disorder. Disorder severity was assessed with the Hypochondriasis-YBOCS-M (Skritskaya et al., 2012), with scores ranging from 15 to 58 ($M = 46.12$, $SD = 9.41$). Information about basic sociodemographic data (age, gender, occupation, educational level, and socioeconomic status), medical conditions, and current/past psychological or pharmacological treatments was also recorded. Before the assessment session, patients were informed about the purpose and assessment procedure, and they were asked for their explicit consent to participate.

The study was approved by the Ethics Committees of the University and the Hospital on which the outpatient mental health clinics depend.

2.2. Measures

Sociodemographic data sheet. The data required were the following: age, gender, maximum level of studies reached, marital status, and socioeconomic level. Two additional questions about the participants' current and past (last year) mental and physical health status were also included.

Illness Intrusive Thoughts Inventory (INPIE; Arnáez, García-Soriano, & Belloch, 2017). This is a self-report instrument designed to assess the frequency of unwanted and distressing illness-related intrusive thoughts, images, and impulses (illness-ITs), and the appraisals and control strategies associated with each participant's most upsetting illness-IT. The INPIE is based on the Obsessional Intrusive Thoughts Inventory (INPIOS; García-Soriano & Belloch, 2013; García-Soriano et al., 2011), and it has two distinct parts. The first part of the INPIE consists of a list of 42 unwanted intrusive thoughts about serious illnesses involving the respondent or a close relative ("When a loved one feels some type of discomfort in his/her body, no matter how small, I have a sudden, uninvited thought or doubt, such as: he/she has a serious illness"), suspicion about a medical explanation or test ("When waiting for the results of a medical test, or when the doctor tells me everything is fine, I have a sudden, uninvited thought or doubt, such as: my illness doesn't show up on those tests"), illness-related information ("When I read, hear, or see some information about a

disease in a magazine, on the news, or when listening to someone talk about an illness, I have a sudden, uninvited thought or doubt, such as: I have similar symptoms”), and death (“When I read, hear, or see something about death, such as funerals, cemeteries, crematoriums, morgues, etc., I have a sudden, uninvited thought, image, or doubt, such as: my own funeral”). The frequency of each item is rated from 0 (never) to 6 (always, constantly). A total frequency score for intrusions is computed as the average frequency of the thoughts actually experienced by the subject at least once in his/her life. In the second part, individuals are asked to select from the first part of the INPIE the most upsetting intrusion they had experienced in the past three months. Then, with this thought in mind, the person is asked to rate from 0 (not at all) to 4 (extreme) the emotional reactions linked to the intrusion (6 items: unpleasantness, anxiety, sadness, guilt, shame, and disgust), the interference caused by the thought and difficulty in controlling it (3 items), the dysfunctional appraisals associated with the intrusion (7 items: personal significance, overimportance of thoughts, responsibility, importance of control, overestimation of threat, thought-action fusion likelihood, intolerance of uncertainty), and how often s/he uses a set of neutralizing or control strategies to get rid of the intrusion (general thought control strategies: 9 items; hypochondriacal-related strategies: 4 items; and OCD-related strategies: 3 items). In the present study, the reliability of the first part of the INPIE (total score) in non-clinical participants ($n = 446$) was $\alpha = .96$, and in the clinical sample ($n = 31$), $\alpha = .85$. The reliability of the second part of the INPIE (composite scores of emotions, interference/control difficulties, appraisals, and

control strategies) in non-clinical participants ranged from $\alpha = .74$ to $\alpha = .80$, and in the clinical sample from $\alpha = .76$ to $\alpha = .84$.

Whiteley Index (WI; Pilowsky, 1967. Spanish version: Avia, 2017). This self-report was one of the first measures developed to assess the dimensions of hypochondriasis, and its items are based on clinicians' experiences of illness characteristics of severe health anxiety or hypochondriasis. It contains 14 true/false items yielding a total score ranging from 0–14. In the current study, the internal consistency of the total score was only acceptable: $\alpha = .70$ in the non-clinical sample, and $\alpha = .60$ in the clinical sample, although it was similar that the reported in other studies with general population (Speckens, Spinhoven, Sloekers, Bolk, & van Hemert, 1996).

Hypochondriasis Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale - Modified version (H-YBOCS-M; Skritskaya et al., 2012). The H-YBOCS-M is a 19-item semi-structured, clinician-administered interview that assesses the presence and severity of hypochondriacal symptoms in the previous 2 weeks. The interview measures illness worries, illness-related behaviors, and unhealthy avoidance, with six items each, ranging from 0 (no symptoms) to 4 (extreme symptoms). To determine the H-YBOCS-M severity from the scores, the clinician asks the patient about the frequency and severity of his/her illness-related thoughts. The H-YBOCS-M was only completed by the clinical sample in this study, and it showed adequate internal consistency (total score: $\alpha = .90$).

2.3. Data analyses

All data were analyzed with the SPSS 22.0 statistical package. An alpha level $\leq .05$ (two-tailed) was used for all statistical tests. Descriptive statistics (M and SD) were calculated to the sociodemographic variables and the INPIE scores. Gender differences were examined by unpaired t test. Sociodemographic data of non-clinical participants and patients with hypochondriasis were compared by unpaired t test for continuous variables and χ^2 test for categorical variables. Differences between non-clinical and clinical participants in the INPIE scores were computed first, by ANOVAs, and then by ANCOVAs with the frequency of the most upsetting illness-IT as covariate. In the whole non-clinical sample, the mediation effect of dysfunctional appraisals (i.e., overimportance of thoughts, responsibility, importance of control, overestimation of threat, thought-action fusion-likelihood, personal significance, intolerance of uncertainty) in the relationship between the frequency of the most upsetting illness-IT (independent variable, IV) and hypochondriacal symptoms (dependent variable, DV) was tested through a multiple parallel mediation analysis using the PROCESS macro for SPSS, version 2.15 (Hayes, 2013). A significance test of the indirect effect was performed through a bootstrapping procedure performed using 5000 samples, and a 95% bias-corrected confidence interval was calculated.

3. RESULTS

Objective 1. Dimensionality of illness-ITs and their functional consequences

As regards non-clinical sample, of the 446 participants evaluated, up to 59% ($n = 264$) reported that they had experienced an upsetting illness-IT in the past three months, and so they completed the second part of the INPIE regarding the functional consequences of their most upsetting illness-IT. Consequently, the following analyses were performed with these 264 non-clinical participants ($M_{age} = 30$, $SD = 13.089$ years; 69% women). The mean frequency of their illness-ITs was low ($M = 1.89$, $SD = 0.668$), that is, between “rarely” and “occasionally”. Nonetheless, when individuals were asked to select their most upsetting illness-IT, its frequency was substantially higher ($M = 3.03$, $SD = 1.324$), which means that the thought was experienced “once or twice a month”. Its content was generally related to the possibility of having a serious (30.8% of participants) or minor (24.3%) illness, followed by contents regarding death (18.6%) or an illness of a relative (17.1%). In general, the most upsetting illness-IT did not provoke very negative emotional reactions ($M = 0.85$, $SD = 0.68$) or very dysfunctional appraisals ($M = 0.97$, $SD = 0.51$), although it caused some interference and control difficulties ($M = 1.40$, $SD = 0.54$). Participants used several modalities of control strategies to get rid of their illness-ITs: general thought control strategies ($M = 1.75$, $SD = 0.75$), hypochondriacal-related strategies ($M = 1.01$, $SD = 0.80$), and OCD-related strategies (i.e., compulsions) ($M = 0.62$, $SD = 0.75$).

Results for gender differences indicated that women used the three modalities of strategies more frequently than men to manage and keep the IT under control, as follows: general thought control strategies: $M = 1.72$, $SD = 0.71$ vs. $M = 1.40$, $SD = 0.75$; $t(252) = -3.320$, $p = .001$, $d = 0.44$; hypochondriacal-related strategies: $M = 1.08$, $SD = 0.84$ vs. $M = 0.86$, $SD = 0.69$; $t(252) = -2.007$, $p = .046$, $d = 0.31$; and OCD-related strategies: $M = 0.69$, $SD = 0.79$ vs. $M = 0.48$, $SD = 0.63$; $t(252) = -2.189$, $p = .030$, $d = 0.29$.

Then, from this sample, a subgroup of 73 participants was extracted, matching their basic sociodemographic features (i.e., sex, age, study level, socioeconomic level) with those of the patients with hypochondriasis. Following this, a subgroup of 31 individuals was randomly selected ($M_{\text{age}} = 32.29$, $SD = 0.19$ years; age range: 18-65 years; 58.1% women) with the purpose to compare their data with those of patients with hypochondriasis. Results are shown on Table 1.

The two established groups (i.e., 31 non-clinical and 31 patients with hypochondriasis) did not differ on sociodemographic variables, with the only exception of marital status $\chi^2(2, n = 51) = 12.51$, $p < .05$, as non-clinical participants were primarily single ($n = 19$), and patients were mainly married ($n = 12$). However, as expected, patients with hypochondriasis obtained significantly higher scores on hypochondriacal symptoms (Whiteley Index) and no one of non-clinical individuals scored above 8 points in this index, which has been established as a reliable cut-off point for a hypochondriasis diagnosis (Hiller, Rief, & Fichter, 2002).

Regarding the overall frequency of the illness-ITs, patients with hypochondriasis experienced them more frequently than non-clinical participants. Moreover, as expected, patients scored higher on the frequency of the most upsetting illness-IT, as well as on its emotional negative impact, interference and control difficulties, dysfunctional appraisals, and the frequency of use of counterproductive behaviors to resist or control the illness-IT. Differences show large effect sizes, except for the frequency of use of thought control and OCD-related strategies. When dysfunctional appraisals were analyzed independently (i.e., at the item level), significant differences were again observed between the non-clinical participants and the patients with hypochondriasis, who scored higher on all of them, with large effect sizes. Results appear in Table 1.

In order to rule out the possibility that the observed differences between patients with hypochondriasis and non-clinical participants were due to the differences in the frequency of the most disturbing illness-IT, comparisons were repeated with the frequency of the most upsetting illness-IT as a covariate (ANCOVA). Differences remained significant, with the exception of OCD-related strategies (Table 1).

Objective 2. Dysfunctional appraisals as mediators between the frequency of illness-ITs and hypochondriacal symptoms in non-clinical individuals ($n = 264$)

The role of dysfunctional appraisals (mediating variable) in the escalation from illness-ITs (IV) to hypochondriacal symptoms (DV, Whiteley Index-total score), using multiple parallel mediation analysis, was examined in the whole non-clinical sample of participants. Results

showed that the total indirect effect was significant, indicating that the dysfunctional appraisals collectively mediate the relationship between the frequency of the most upsetting illness-IT and hypochondriacal symptoms (i.e., total score on the Whiteley Index). Additionally, a further analysis of specific indirect effects indicated that overestimation of threat and thought-action fusion-likelihood were the only mediators of the effect of the frequency of the most upsetting illness-IT on hypochondriacal symptoms. The direct effect of the frequency of the most upsetting illness-IT on hypochondriacal symptoms was also significant. Figure 1 and Table 2 show the results in detail.

Table 1. Differences between clinical and non-clinical participants in study measures without controlling (ANOVA) and controlling (ANCOVA) the frequency of the most upsetting illness-ITs appraised.

Illness Intrusive Thoughts Inventory	Non-clinical participants (<i>n</i> = 31)	Patients with hypochondriasis (<i>n</i> = 31)	ANOVA		ANCOVA	
			<i>F</i> (1, 61)	<i>η</i> ²	<i>F</i> (1, 63)	<i>η</i> ²
Whitely Index	3.1 (2.45)	9.6 (1.71)	124.800***	.722	-	-
Overall frequency of illness-ITs	1.63 (0.47)	3.91 (1.12)	108.090***	.643	-	-
Frequency of most upsetting illness-IT	3.00 (1.31)	5.29 (0.86)	65.581***	.522	-	-
Negative emotional impact	0.91 (0.57)	2.00 (0.70)	43.181***	.423	29.379***	.521
Interference & control difficulties	1.51 (0.52)	2.17(0.57)	22.035***	.269	19.669***	.421
Dysfunctional appraisals (total)	0.96 (0.68)	2.17 (0.73)	49.815***	.462	37.179***	.579
<i>Thought importance</i>	1 (1.06)	2.41 (1.08)	25.913***	.309	24.566***	.463
<i>Responsibility</i>	1 (1.06)	1.93 (0.84)	13.986***	.194	13.834***	.327
<i>Control Importance</i>	1.42 (1.14)	2.86 (1.02)	26.216***	.311	17.246***	.377
<i>Threat overestimation</i>	0.97 (1.08)	2.55 (1.21)	28.637***	.331	17.407***	.379
<i>Thought-action fusion-likelihood</i>	0.74 (0.89)	2.14 (1.27)	24.409***	.296	12.654***	.307
<i>Personal significance</i>	0.68 (1.16)	1.69 (1.25)	10.478**	.153	5.609**	.164
<i>Intolerance of uncertainty</i>	1.32 (1.00)	2.71 (0.86)	34.957***	.368	16.171***	.215
Thought control strategies	1.95 (0.76)	2.50 (0.59)	9.717**	.139	4.982*	.156
Health-related strategies	0.93 (0.71)	2.37 (0.87)	43.206***	.427	25.009***	.481
OCD-related strategies	0.76 (0.82)	1.31 (0.96)	5.498*	.087	2.743	.092

Note. Data are offered as mean (SD). Illness-ITs =Illness related intrusive thoughts; OCD= Obsessive-Compulsive Disorder. **p* < .05; ***p* < .01; ****p* < .001.

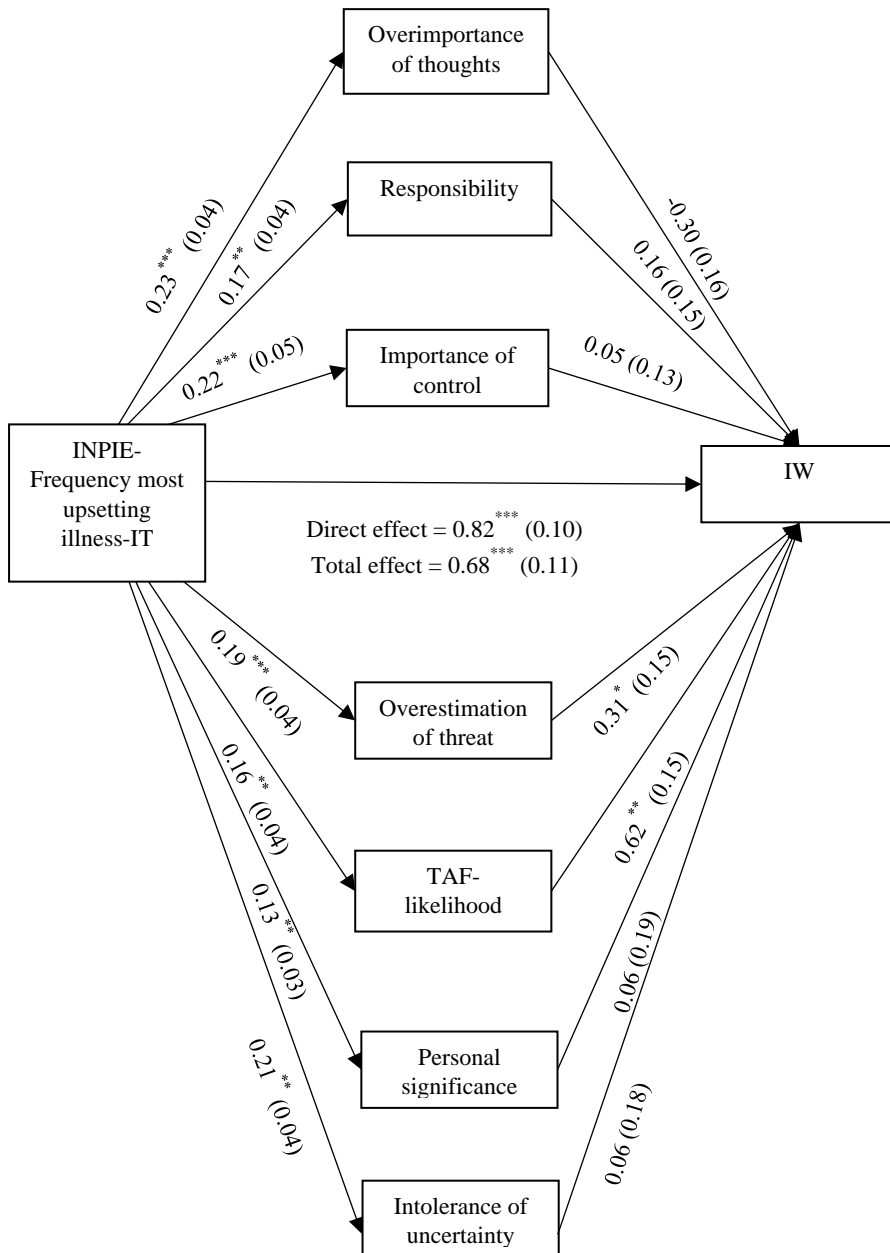
Table 2. Coefficients, Standard errors (*SE*) and Confidence intervals (*CI*) of the Parallel Multiple Mediation for dysfunctional appraisals associated with a highly upsetting illness-IT, its frequency, and hypochondriacal symptoms.

	Coefficients (<i>SE</i>)	95% <i>CI</i>
<i>Indirect effects</i>		
Total indirect effect	0.14 (0.07)	[0.02, 0.30]
Overimportance of thoughts	-0.07 (0.04)	[-0.17, 0.00]
Responsibility	0.03 (0.03)	[-0.02, 0.10]
Importance of control	0.01 (0.03)	[-0.06, 0.06]
Overestimation of threat	0.06 (0.03)	[0.04, 0.15]
TAF-likelihood	0.10 (0.04)	[0.03, 0.21]
Personal significance	0.01 (0.03)	[-0.04, 0.08]
Intolerance of uncertainty	0.01(0.03)	[-0.05, 0.10]
<i>Contrasts</i>		
Overimportance of thoughts- Responsibility	-0.09 (0.06)	[-0.25, 0.06]
Overimportance of thoughts- Importance of control	-0.71 (0.05)	[-0.19, 0.01]
Overimportance of thoughts- Overestimation of threat	-0.13 (0.06)	[-0.28, -0.02]
Overimportance of thoughts- TAF-likelihood	-0.17 (0.71)	[-0.34, -0.05]
Overimportance of thoughts- Personal significance	-0.07 (0.04)	[-0.19, 0.00]
Overimportance of thoughts- Intolerance of uncertainty	-0.08 (0.06)	[-0.23, 0.03]
Responsibility- Importance of control	0.02 (0.04)	[-0.05, 0.12]
Responsibility- Overestimation of threat	-0.03 (0.04)	[-0.13, 0.05]
Responsibility- TAF-likelihood	-0.07 (0.05)	[-0.18,0.01]
Responsibility- Personal significance	0.01 (0.05)	[-0.08,0.12]
Responsibility- Intolerance of uncertainty	-0.01 (0.04)	[-0.07, 0.11]

Importance of control- Overestimation of threat	-0.06 (0.51)	[-0.17, 0.02]
Importance of control- TAF-likelihood	-0.10 (0.05)	[-0.22, -0.01]
Importance of control- Personal significance	-0.00 (0.04)	[-0.10, 0.07]
Importance of control- Intolerance of uncertainty	-0.01 (0.05)	[-0.13, 0.09]
Overestimation of threat- TAF-likelihood	-0.04 (0.04)	[-0.14, 0.05]
Overestimation of threat- Personal significance	0.05 (0.05)	[-0.04, 0.16]
Overestimation of threat- Intolerance of uncertainty	0.04 (0.05)	[-0.04, 0.16]
TAF-likelihood- Personal significance	0.09 (0.05)	[-0.05, 0.21]
TAF-likelihood- Intolerance of uncertainty	0.09 (0.05)	[-0.01, 0.20]
Personal significance - Intolerance of uncertainty	-0.00 (0.05)	[-0.11, 0.09]

Note: TAF-likelihood= Thought-action fusion-likelihood

Figure 1. Dysfunctional appraisals about illness-ITs as mediators in the relationship between the frequency of the most upsetting illness-IT and hypochondriacal symptoms (Whiteley Index).



Note. All coefficients represent unstandardized regression coefficients (and standard error in parentheses). * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$. Due to missing values, mediation analyses were carried out with $n = 187$ non-clinical participants. INPIE= Illness Intrusive Thoughts Inventory; TAF-likelihood=Thought-action fusion- likelihood.

4. DISCUSSION

The cognitive models of hypochondriasis hold that intrusive thoughts about possible hazards to health play an important role in the origin and development of the disorder. However, there are no empirical studies that explore this cognitive phenomenon in patients with hypochondriasis and in the community individuals. Therefore, to the best of our knowledge, the present study is the largest and most detailed investigation of unwanted intrusive thoughts with illness contents and their associated functional consequences in non-clinical community individuals and in patients with hypochondriasis.

Our first objective was to obtain data about the hypothesized dimensionality of illness-ITs, in terms of their frequency or recurrence from normalcy to hypochondriasis. The findings showed, first, that more than half of the non-clinical community participants had experienced illness-ITs in the past three months, although their frequency was generally low (“occasionally”). However, when they selected the thought that most disturbed them, the recurrence of that thought was considerably higher (“once or twice a month”). The most common content of this disturbing thought was the possibility of having a serious or minor illness. This result is consistent with what was observed in studies on intrusive imagery in patients with hypochondriasis (Muse et al., 2017; Wells & Hackmann, 1993), and it supports the idea that disturbing intrusive cognitions about medical concerns and/or non-severe symptoms and sensations are common or, in the words of Rachman (2012), naturally-occurring. Second, the intrusion of the thought was not innocuous in non-clinical participants because it caused negative emotions and interference, was

dysfunctionally appraised, and instigated neutralizing behaviors, especially body checking and reassurance. These data coincide with those found in other studies on OCD, eating disorders, and body dysmorphic-related intrusive thoughts in community samples. These studies have observed that, although these intrusions are not extremely annoying, people always do something to alleviate the discomfort they cause (Belloch, Roncero, & Perpiñá, 2012; García-Soriano & Belloch, 2013; Giraldo-O'Meara & Belloch, 2018; Pascual-Vera et al., 2019). All these consequences were more negative for women than for men, a result that coincides with studies reporting that women with hypochondriasis use more reassurance-seeking than men (MacSwain, Sherry, Stewart, Watt, Hadjistavropoulos, & Graham, 2009).

After verifying that having a disturbing illness-IT was a relatively common experience in non-clinical individuals, the next step was to examine whether there was a continuum between patients with hypochondriasis and non-clinical subjects in the recurrence of these illness-ITs and their functional consequences. Our findings show that, as expected, patients experienced these thoughts with greater frequency (between “once or twice a month” and “once or twice a week”) than the group of community individuals who, as mentioned above, have disturbing illness-ITs only occasionally. The differences between patients and non-clinical individuals were maintained when the two groups assessed the frequency of the thought they selected as the most disturbing. It is noteworthy that in the case of the patients with hypochondriasis, the thought they selected as the most disturbing corresponds to their main symptom, which supports the validity of INPIE in the clinical context. Together, these findings provide support

for a continuum of intensity from normalcy to clinical illness anxiety in terms of the frequency of illness-ITs. Moreover, the functional consequences of the illness-IT also fluctuate on a continuum of intensity because the thought produced more negative consequences, in terms of interference in daily life, negative emotions, dysfunctional appraisals, and more neutralizing behaviors, in the patients than in the matched non-clinical controls. Additionally, these results remained stable when thought frequency was partialled-out, which indicates that the frequency of illness-ITs is not a main variable that determines the differences between patients and non-clinical individuals, but instead the interpretation associated with these thoughts.

Overall, our findings coincide with those reported in other studies that evaluated the dimensionality of unwanted and distressing intrusive thoughts with different contents, such as obsessive, dysmorphic, and eating-disorder related thoughts (Belloch et al., 2016; Giraldo-O'Meara & Belloch, 2018; García-Soriano & Belloch, 2013; Pascual-Vera & Belloch, 2018; Pascual-Vera et al., 2019), and they support the dimensionality of illness-ITs on a continuum ranging from normality to pathology. Moreover, the data also show that the distinction between normal and clinically significant unwanted intrusions not only lies in their presence and frequency, but also in the way they are appraised and the strategies, the individual uses to deal with them.

The second objective was to examine whether the impact of illness-ITs on hypochondriacal symptoms is mediated by dysfunctional appraisals, that is, by the active and/or immediate misinterpretation of the thought. Results revealed that the relationship between the thought's frequency and hypochondriacal symptoms was statistically mediated by

a combination of maladaptive appraisals. However, only overestimating the negative consequences of experiencing an illness-IT and the appraisal that having such a thought would increase its likelihood of coming true (i.e., thought-action fusion-likelihood) emerged as potential processes underlying the relationship found. The results are especially relevant because, as far as we know, this is the first study to systematically analyze the mediating role of dysfunctional appraisals in the relationship between the frequency of an upsetting and unwanted intrusive thought and hypochondriacal symptoms in non-clinical individuals. Moreover, they are consistent with other studies showing that overestimation of threat beliefs and metacognitive beliefs that having illness-related thoughts can lead to negative health outcomes are specific to hypochondriasis and, hence, play a key role in its development and/or maintenance (Bailey & Wells, 2015a, 2016a, 2016b; Fergus, 2014; Gellatly & Beck, 2016; Marcus & Church, 2003; Melli, Bailey, Carraresi & Poli, 2018; Reuman et al., 2017; Scarella et al., 2016; Wheaton, Berman, et al., 2010). In addition, these results, and especially with regard to the overestimation of threat, are congruent with other studies that have shown that, in terms of primary appraisals, increased perceptions of threat were consistently associated with increased levels of hypochondriacal symptoms (Ferguson et al., 2000).

Several limitations of the study should be mentioned. First, the study results rely on a self-report questionnaire. We tried to control the possible biases associated with the use of self-report questionnaires by designing the INPIE on the basis of previously validated self-report measures (García-Soriano et al., 2011; Purdon & Clark, 1993, 1994) and by contextualizing the appearance of illness-ITs and establishing a

limited time period (past 3 months) in order to minimize recall bias. A second limitation is related to the generalization of the results obtained from the mediation analyses to clinical samples because they were only conducted with community participants, given that the size of the clinical sample was limited. Moreover, it is not clear whether partial mediation indicates the presence of other intervening variables that were not investigated in this study, or if it merely reflects the variation in measurement properties (i.e., INPIE is a self-report questionnaire, and so it assesses the variables retrospectively).

Limitations notwithstanding, the results of this study support the universality of illness-ITs and point out that, although these intrusions are not particularly upsetting to non-clinical individuals, they trigger negative emotions and maladaptive appraisals, interfere with what the individual is doing, and ultimately instigate strategies to control the thoughts. The data also support the hypotheses of cognitive models about the experience of illness-IT and, especially, the dysfunctional appraisals/interpretations that individuals make of them, as vulnerability factors for the development of hypochondriasis. Concretely, they indicate that the way an illness-IT is appraised is the key to turning a disturbing but normal thought into a clinical problem. Additionally, they highlight the specificity of the overestimation of threat and thought-action fusion-likelihood appraisals in the escalation from normal unwanted illness-ITs to hypochondriacal symptoms.

CHAPTER 6

STUDY 3

Dysfunctional beliefs about thoughts as mediators
between illness-related intrusive thoughts and health anxiety
symptoms⁴

⁴ Manuscript in preparation and internal revision process.

1. INTRODUCTION

Hypochondriasis is characterized by persistent preoccupation with or fear about the possibility of having one or more serious, progressive or life-threatening diseases. The preoccupation is associated with catastrophic misinterpretation of bodily signs or symptoms, including normal or commonplace sensations (APA, 2000; WHO, 2018). This definition is consistent with the health anxiety concept, a cornerstone of the cognitive-behavioral approach to the disorder, that refers to a continuum of severity that ranges from normal concerns about health to severe and clinically significant hypochondriacal symptoms (Warwick & Salkovskis, 1990; Salkovskis et al., 2002).

According to the cognitive-behavioral model of health anxiety and hypochondriasis (Salkovskis & Warwick, 1986; Warwick & Salkovskis, 1990), individuals suffering from this disorder hold dysfunctional beliefs related to illnesses that lead them to misinterpret their bodily changes and sensations as harmful. Research has generally confirmed the role of these beliefs in the development and maintenance of the disorder, showing that there is a continuum of intensity of the attachment to these beliefs, ranging from non-clinical samples with higher scores on health anxiety to patients with hypochondriasis (Marcus et al., 2007).

Two other more general maladaptive beliefs about thoughts that have received support in studies on health anxiety and hypochondriasis are the intolerance of uncertainty (Abramowitz et al., 2002; Boelen & Carleton, 2012; Deacon & Abramowitz, 2008; Fergus & Valentiner,

2011; Reuman et al., 2017), defined as “the belief that uncertainty, newness, and change are intolerable because they are potentially dangerous” (OCCWG, 1997, pp. 669), and the overestimation of threat, namely, a catastrophic estimation of a heightened probability and/or severity of harm (Fergus, 2014; Gellatly & Beck, 2016; Marcus & Church, 2003; Reuman et al., 2017; Scarella et al., 2016; Wheaton, Berman, et al., 2010).

The thought-action fusion-likelihood belief (Shafran, Thordarson, & Rachman, 1996) has received less attention in the research, although it has been a focus of interest in other disorders, such as obsessive-compulsive disorder (OCD) and eating disorders, under the name of thought-shape fusion in the latter (Shafran, Teachman, Kerry, & Rachman, 1999). Regarding health anxiety and hypochondriasis, some authors have suggested that experiencing intrusive images about illness and death could increase the estimation of the likelihood of these events occurring (Muse et al, 2010). More recently, studies have proposed that a relevant belief associated with health anxiety and hypochondriasis is the belief that having thoughts about illness can cause illness (Bailey & Wells, 2015a, 2016a, 2016b; Melli et al., 2018), and Fergus (2015b) found that cognitive fusion is associated with the cognitive and affective dimensions of health anxiety in non-clinical participants. These proposals are close to the meaning of the thought-action fusion-likelihood belief. Nonetheless, whereas cognitive fusion and the Bailey and Wells proposals refer to a degree of conviction close to delusional beliefs, thought-action fusion-likelihood beliefs move into the realm of doubt, which better characterizes hypochondriasis. However, to the best of our knowledge, thought-

action fusion-likelihood has not been specifically investigated in health anxiety and hypochondriasis.

The above-mentioned beliefs can be activated by either external (e.g., a friend's death) or internal (e.g., somatic sensations), triggers with illness-related contents. The pioneering formulation of health anxiety and hypochondriasis (Salkovskis & Warwick, 1986; Warwick & Salkovskis, 1990) posited that patients with severe health anxiety or hypochondriasis might experience intrusive distressing thoughts about the possible causes of their symptoms and/or somatic sensations. Thus, these intrusive thoughts might be an additional internal trigger that activates the aforementioned maladaptive beliefs, namely intolerance of uncertainty about the actual meaning of perceived symptoms and sensations, the overestimation of threat of these symptoms, and the overestimation of the likelihood of having a severe disease on the basis of the perceived symptoms. Thus, similarly to what is proposed for OCD (Clark & Purdon, 1993; Purdon & Clark, 1999; Rachman, 1997, 1998; Salkovskis, 1985, 1989), intrusive cognitions with illness-related contents (illness-ITs) could be interpreted dysfunctionally, then giving rise to preoccupation with having or acquiring an illness, which characterizes hypochondriasis. Nonetheless, this assumption must be empirically supported.

The main objective of the current study was to examine whether, as occurs in OCD, dysfunctional beliefs about thoughts mediate the relationships between illness-ITs and health anxiety symptoms. Specifically, we focus on three dysfunctional beliefs about thoughts: intolerance of uncertainty, overestimation of threat, and thought-action

fusion-likelihood. We hypothesize, first, that there will be significant differences between the non-clinical and clinical samples in all the variables evaluated: the overall frequency of illness-ITs, dysfunctional beliefs about thoughts, and health anxiety symptoms. Second, we hypothesize that there will be significant associations between these three main variables in the two samples, with no significant differences in the correlation sizes between the two samples. And third, we hypothesize that the dysfunctional beliefs will mediate the relationship between illness-ITs and health anxiety symptoms.

1. METHOD

1.1. Participants

Two groups of subjects participated in the study. The first group consisted of 219 community adults. Ages ranged from 18 to 65 years ($M \pm SD = 39.56 \pm 15.20$ years), and a slight majority were women (54.3%). Most participants reported a medium socioeconomic level, following the parameters of the Spanish National Institute of Statistical (61.6%). Almost half (44.3%) of the participants were married and had university education (48.9%).

The second group included 31 (51.65% women) consecutively referred adult patients who received a main diagnosis of hypochondriasis. The mean age of the sample was 32.74 years ($SD = 9.69$; range: 18 to 65 years). The majority of patients were married (61.5%), had medium socioeconomic level (80%) and had university education (64%). All the patients fulfilled the criteria of DSM-IV of hypochondriasis. At the time of the study, none of the patients met the criteria for a mental disorder other than hypochondriasis, and one of

them had a lifetime history of generalized anxiety disorder. The majority of the patients scored low on depression (DASS-depression mean= 5.81 ± 3.27). Disorder severity was assessed with the Hypochondriasis-YBOCS-M (H-YBOCS-M; Skritskaya et al., 2012), with scores ranging from 15 to 50 ($M = 46.33$, $SD = 10.08$).

1.2. Measures

Illness Intrusive Thoughts Inventory (INPIE; Arnáez et al., 2017). This is a self-report questionnaire based on the Obsessional Intrusive Thoughts Inventory (INPIOS; García-Soriano & Belloch, 2013; García-Soriano et al., 2011). The INPIE was specifically designed to assess the frequency of unwanted and distressing illness-related intrusive thoughts, images, and impulses (illness-ITs), as well as the appraisals and control strategies associated with each participant's most upsetting illness-IT. The first part consists of a list of 42 unwanted intrusive thoughts about serious illnesses affecting the respondent or a close relative, suspicion about a medical explanation or test, illness-related information, and death. Respondents rate the frequency of each item from 0 (never) to 6 (always). The second part asks participants to select, from the first part of the INPIE, the most upsetting intrusion they had experienced during the past three months. Next, keeping this intrusion in mind, the person is asked to rate from 0 (not at all) to 4 (extreme) the emotional reactions linked to the intrusion, the difficulty in controlling the intrusion, the interference the intrusion produces, the dysfunctional appraisals associated with the intrusion, and how often s/he uses a set of neutralizing or control strategies to get rid of the intrusion. In this study, only the total score on the first part

was used. The number and frequency of illness-ITs reported by participants were computed as the average frequency of the thoughts actually experienced by the subject at least once in his/her life; that is, the total score was divided by the number of items with a frequency ≥ 1 . The instrument has shown good reliability and validity (Arnáez et al., 2017). In the present study, the reliability of the first part of the INPIE in non-clinical participants ($n= 219$) was $\alpha = .96$ and in the clinical sample ($n= 31$) it was $\alpha = .85$.

Obsessive Beliefs Spanish Inventory-Revised (OBSI-R; Belloch et al., 2010). It is a 50-item self-report questionnaire assessing dysfunctional beliefs about thoughts. It contains eight factor-derived scales: inflated responsibility; overimportance of thoughts; thought-action fusion-likelihood; thought-action fusion-moral; importance of thought control; overestimation of threat; intolerance of uncertainty; and perfectionism. Subjects are asked to indicate their degree of agreement with each statement on a 7-point Likert scale (from 0 = “absolutely disagree” to 7 = “absolutely agree”). This instrument has demonstrated good reliability and validity in both non-clinical and clinical samples (Belloch et al., 2010). In this study, participants in both samples only completed the thought-action fusion-likelihood, overestimation of threat, and intolerance of uncertainty subscales. In the non-clinical sample, reliability ranged from $\alpha = .80$ (thought-action fusion-likelihood) to $\alpha = .86$ (intolerance of uncertainty); and in the clinical sample, from $\alpha = .77$ (intolerance of uncertainty) to $\alpha = .85$ (thought-action fusion-likelihood).

Short Health Anxiety Inventory (SHAI; Salkovskis et al., 2002. Spanish version: Arnáez, García-Soriano, López-Santiago, & Belloch,
220

2019). This 18-item self-report questionnaire evaluates health anxiety, regardless of the actual physical health status. The SHAI demonstrated adequate internal consistency in the present study in both the non-clinical ($\alpha = .85$) and clinical ($\alpha = .86$) samples.

Hypochondriasis Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale - Modified version (H-YBOCS-M; Skritskaya et al., 2012). The H-YBOCS-M is a 19-item semi-structured, clinician-administered interview designed to evaluate the presence and severity of health anxiety symptoms during the previous 2 weeks. The interview contains three subscales: illness worries, illness-related behaviors, and unhealthy avoidance, with six items each ranging from “0” (no symptoms) to “4” (extreme symptoms), and larger numerical scores indicate higher symptom severity. The H-YBOCS-M was only completed by the clinical sample and demonstrated adequate internal consistency (total score: $\alpha = .90$).

1.3. Procedure

Non-clinical participants were recruited by advanced psychology students from the University who received academic credits for their recruitment efforts. Seventy-nine students attended a two-hour seminar in which they received information about the purpose of the study and training in administering the questionnaires to future potential community participants. These 79 students recruited 279 community participants by inviting other people in their social network to participate in a study. Before completing the assessment procedure, all the participants were informed about the purpose of the study and gave their explicit consent to participate. Once the informed consent

had been signed, participants were provided with a booklet containing a socio-demographic data sheet and the self-report questionnaires described above. In all cases, the instruments were completed in a single session lasting approximately 60 minutes in the presence of the trained student. Inclusion criteria were as follows: age between 18 and 65 years, sufficient knowledge of written language to understand and complete the questionnaires, and no history of mental disorders or disabling medical diseases in the preceding year. Sixty participants who reported a current or past history of medical or psychological/psychiatric diagnoses were not included in the study.

The clinical sample was consecutively recruited during a period of 12 months from patients attending an outpatient mental-health clinic specialized in the treatment of somatoform disorders, included in the network of the public National Health System, and a University Research Unit for OCD and related Disorders. Patients were self-referrals or referred by other health professionals for psychological treatment (clinical psychologists, psychiatrists, or GPs), following the usual procedures of the National Health System of our Country. Before being included in the study, all potential participants were individually screened with a full history and examination by a clinical psychologist, who decided to include the patient in the study on the basis of the following criteria: (a) having a main diagnosis of hypochondriasis (DSM-IV) with no current co-morbid conditions; (b) age range from 18 to 65 years; (c) not having a past or current history of psychotic and/or alcohol/drug-related disorders; (d) having an adequate level of reading ability; (e) not being engaged in any form of psychological treatment for their disorder in the two preceding years. Diagnosis was confirmed

with the Structured Diagnostic Interview for Hypochondriasis (SDIH; Barsky et al., 1992) in a session lasting between 60 and 120 min. The Mini international neuropsychiatric interview (MINI; Sheehan et al., 2006) was administered to determine the presence of current comorbid psychiatric disorders and confirm that the health anxiety symptoms were not a direct result of another disorder (especially major depression, generalized anxiety disorder, panic disorder, or a diagnosed medical condition). Once the hypochondriasis diagnosis had been established, the H-YBOCS was used to determine the disorder severity. Information about basic demographic data (age, gender, occupation, educational level, socio-economic status), medical conditions, and current/past psychological or pharmacological treatments was also recorded. If the patient was considered a likely candidate for the study, based on the inclusion criteria, s/he was then asked to participate in a research study. After giving his/her explicit signed consent, the patient was scheduled for a new assessment session (between 7 and 10 days later) where a booklet containing the self-report questionnaires described above was administered individually, face-to-face with the evaluator. All the patients invited to participate in the study agreed to do so. The study design was reviewed and approved by the local institutional ethics committee.

1.4. Statistical analyses

Statistical analyses were performed using the SPSS for Windows program (version 22.0, SPSS Inc., Chicago, Illinois). A number of analyses were conducted. In a first step, we examined descriptive statistics for sociodemographic information and study

variables. Cohen's *d* values were calculated to estimate the effect size of comparisons. Second, differences between groups (clinical vs. non-clinical; male vs. female) were examined by using *t* tests for continuous variables. Differences among correlation coefficients were calculated using the Fisher *r*-to-*z* transformation. Third, to analyze the mediating variables between illness-ITs and health anxiety symptoms, mediation analyses were conducted using "model 4" from the PROCESS macro for SPSS, version 2.15 (Hayes, 2013). PROCESS estimates direct effects, indirect effects, standard errors, and confidence intervals based on the distribution obtained with the bootstrap method. A significant indirect effect indicates that the effect of the independent variable on the outcome is mediated by other variables. Statistically significant results imply that the indirect effect is greater than zero with a 95% bias-corrected bootstrap confidence interval. The confidence intervals were based on 5000 bootstrapped samples. Different pairwise comparisons between specific indirect effects were conducted to assess whether one indirect effect was statistically different from another.

2. RESULTS

Descriptive statistics and preliminary analyses

Means and standard deviations for all the study measures appear in Table 1. As expected, there were significant differences between the non-clinical and clinical samples in all the study measures, since patients with hypochondriasis had higher scores on the study measures compared to controls ($p \leq .001$). No significant gender differences were observed in the non-clinical and clinical sample ($p > .05$).

Associations between the frequency of illness-ITs, dysfunctional beliefs about thoughts, and health anxiety symptoms

As shown in Table 2, in the non-clinical sample, there was a significant although low correlation between the frequency of illness-ITs and the scores on thought-action fusion-likelihood and intolerance of uncertainty beliefs. The frequency of illness-ITs also showed a moderate correlation with overestimation of threat, and health anxiety symptoms. Significant moderate correlations were found between health anxiety symptoms and the dysfunctional beliefs about thoughts assessed. In the clinical sample, there was a large correlation between the frequency of illness-ITs and thought-action fusion-likelihood, and health anxiety symptoms. There was also a significant moderate correlation between the frequency of illness-ITs and overestimation of threat. Health anxiety symptoms were highly correlated with thought-action fusion-likelihood. The size of the correlations was similar in the two samples (all z values $> .05$), except for the associations between the frequency of thought-action fusion-likelihood beliefs and illness-ITs ($z = 1.72, p < .05$), between the thought-action fusion-likelihood and SHAI scores ($z = 1.68, p < .05$), which were higher in the clinical sample, and between the SHAI scores and intolerance of uncertainty ($z = 1.86; p < .01$), where the correlation coefficient was higher in the non-clinical sample.

Table 1. Descriptive statistics and preliminary analyses.

Questionnaire measures	Non-clinical sample (<i>n</i> = 219)		Clinical sample (<i>n</i> = 31)		<i>t</i>	<i>p</i>	Cohen <i>d</i>
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>			
Overall frequency of illness-ITs	1.63	0.59	3.91	1.12	-17.176	< .001	2.55
Thought-action fusion-likelihood	1.84	1.00	2.85	1.40	-4.973	< .001	0.83
Overestimation of threat	2.29	1.04	4.02	1.27	-8.368	< .001	1.42
Intolerance of uncertainty	3.42	1.48	4.45	1.25	-3.615	< .001	0.75
SHAI	29.12	6.26	54.26	6.51	-20.767	< .001	3.93

Note. Illness-ITs: Illness-related intrusive thoughts; SHAI= Short Health Anxiety Inventory.

Table 2. Correlations between the frequency of illness-ITs, general dysfunctional beliefs about thoughts and health anxiety.

Questionnaire measures	Overall frequency of illness-ITs	Thought-action fusion-likelihood	Overestimation of threat	Intolerance of uncertainty	SHAI
Overall frequency of illness-ITs	-	.24*** .53** 1.72*	.33*** .36* .17	.26*** .07 .98	.46*** .55** .60
Thought-action fusion-likelihood		-	.64*** .51** .97	.41*** .25 .90	.30*** .57** 1.68*
Overestimation of threat			-	.62*** .71*** .81	.42*** .24 1.01
Intolerance of uncertainty				-	.33*** .01 1.66*
SHAI					-

Note. Illness-ITs: Illness-related intrusive thoughts; SHAI= Short Health Anxiety Inventory. * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$. The first-row shows the coefficients observed in non-clinical sample ($n = 219$); the second-row show in italics the coefficients in the clinical sample ($n = 31$); the third-row show in bold the z values.

Dysfunctional beliefs about thoughts as a mediator of the relationship between the frequency of illness-ITs and health anxiety symptoms

To examine the relationship between illness-ITs, dysfunctional beliefs and health anxiety symptoms, a model was tested with the total frequency of illness-ITs as independent variable (IV), dysfunctional beliefs about thoughts (i.e., thought-action fusion-likelihood, overestimation of threat, and intolerance of uncertainty) as mediating variables, and health anxiety symptoms (SHAI total score) as the dependent variable (DV). The model was tested in the whole sample of participants, including non-clinical individuals and patients with hypochondriasis.

The results from multiple parallel mediation analyses are shown in Figure 1 and Table 3. The total indirect effect was significant, as was the specific indirect effect of overestimation of threat. The direct effect of frequency of illness-ITs on health anxiety symptoms was also significant.

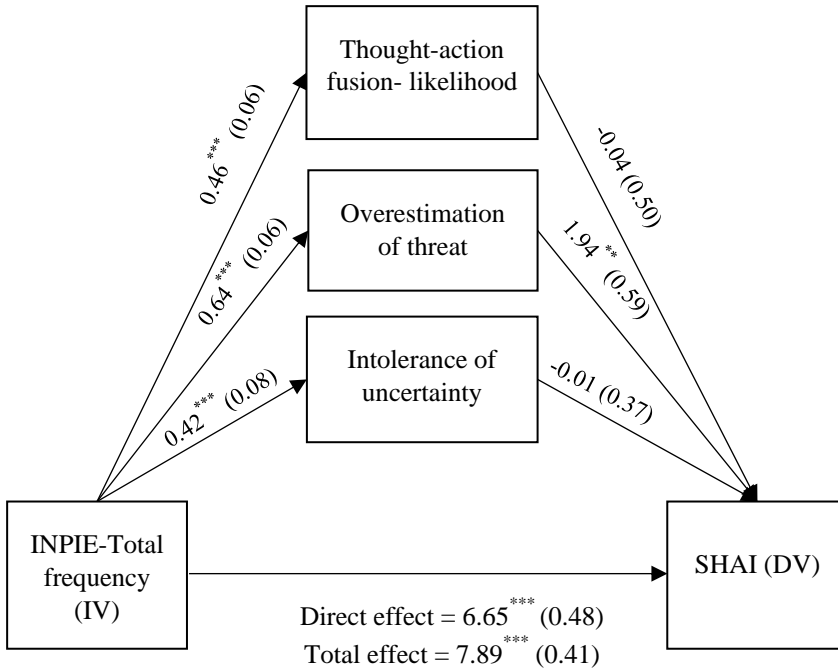
Table 3. Coefficients, Standard errors (*SE*) and Confidence intervals (CI) of the Parallel Multiple Mediation Analysis of the study variables ($n = 224$).

	Coefficients (<i>SE</i>)	95% CI
<i>Indirect effects</i>		
Total indirect effect	1.23 (0.34)	[0.61, 1.96]
Thought-action fusion-likelihood	-0.02 (0.23)	[-0.48, 0.45]
Overestimation of threat	1.25 (0.45)	[0.43, 2.21]
Intolerance of uncertainty	-0.01 (0.16)	[-0.34, 0.30]

Contrasts		
Overestimation of threat- Thought-action fusion-likelihood	-1.27 (0.60)	[-2.47, -0.12]
Overestimation of threat- Intolerance of uncertainty	1.25 (0.55)	[0.24, 2.42]
Thought-action fusion-likelihood- Intolerance of uncertainty	-0.01 (0.27)	[-0.54, 0.56]

Note. Due to missing values in the non-clinical sample, mediation analyses were carried out with $n = 224$ (193 non-clinical and 31 clinical participants).

Figure 1. Dysfunctional beliefs about thoughts (OBSI-R) as mediators in the relationship between total frequency of illness-ITs and health anxiety symptoms (SHAI) in the whole sample (non-clinical and clinical samples).



Note. All coefficients represent unstandardized regression coefficients (and standard error in parenthesis). * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$. Due to missing values in the non-clinical sample, mediation analyses were carried out with $n = 224$ (193 non-clinical and 31 clinical participants). INPIE= Illness Intrusive Thoughts Inventory. INPIE-Total frequency= INPIE-Total frequency of illness-ITs; SHAI= Short Health Anxiety Inventory.

3. DISCUSSION

This study aimed investigate whether the relationship between the frequency of illness-ITs and health anxiety symptoms is mediated by dysfunctional beliefs about thoughts, such as intolerance of uncertainty, overestimation of threat, and thought-action fusion-likelihood.

In order to reach this objective, we first conducted preliminary analyses by examining the differences between a community sample and a group of patients with hypochondriasis in the study variables, and then analyzing the associations between these variables in each sample. As hypothesized, significant differences were found between the two samples in all the evaluated variables. Moreover, illness-IT frequency and health anxiety scores were associated with dysfunctional beliefs in both samples, with similar correlations. However, thought-action fusion-likelihood scores showed higher associations with illness-ITs and with health anxiety symptoms in the clinical sample, whereas intolerance of uncertainty showed higher associations with health anxiety symptoms in the community sample. The higher relevance of thought-action fusion-likelihood beliefs in the patients with hypochondriasis aligns well with the importance of these beliefs in the explanation of other clinical disorders, such as obsessive-compulsive, anxiety, eating, and depressive disorders (Abramowitz, Whiteside, Lynam, & Kalsy, 2003; Belloch et al., 2010; Berle & Starcevic, 2005; Rassin, Merckelbach, Muris, & Schmidt, 2001). These results highlight the potentially transdiagnostic nature of thought-action fusion-likelihood beliefs, especially when they are activated and/or associated

with misinterpretations of distressing intrusive thoughts and images that have been found to be relevant in disorders such as the aforementioned.

In the patient group, the absence of relationships between intolerance of uncertainty and the two main variables of interest, the frequency of intrusive cognitions about illness and health anxiety symptoms, was unexpected because there is considerable empirical support in the literature for the relationship between intolerance of uncertainty and health anxiety or hypochondriasis. For example, Deacon and Abramowitz (2008) found that patients with hypochondriasis showed elevated levels of intolerance of uncertainty about cardiovascular symptoms, and Boelen and Carleton (2012) also found an association between intolerance of uncertainty and hypochondriacal concerns in non-clinical samples. Moreover, research has shown that this construct was relevant in explaining symptoms of generalized anxiety disorder and OCD (i.e., Dugas, Buhr, & Ladouceur, 2004; Holaway, Heimberg, & Coles, 2006; Tolin et al., 2003), two disorders that share some phenomenological characteristics with hypochondriasis. However, our findings coincide with those reported in other studies. For example, intolerance of uncertainty predicted worry and symptoms of generalized anxiety disorder, but not health anxiety symptoms, in non-clinical samples (Sexton, Norton, Walker, & Norton, 2003), and it was a specific risk factor for worry and depression in clinical samples (Norton, Sexton, Walker, & Norton, 2005). Nonetheless, in our community sample, intolerance of uncertainty was associated with health anxiety symptoms, although the size of the coefficients was small. Inconsistencies regarding the role of intolerance of uncertainty in health anxiety symptoms could be due to the different

measures used to assess intolerance of uncertainty, or to the different conceptualizations of intolerance of uncertainty, namely, as a specific thought-related belief (OCCWG, 1997) –as conceptualized in this study- or as a cognitive bias (Dugas, Schwarz, & Francis, 2004).

Regarding the mediational analyses, the results partially supported our third hypothesis because we only found a mediating effect of the overestimation of threat beliefs. Results provided evidence of both direct and total indirect effects of the frequency of illness-ITs on health anxiety symptoms through dysfunctional beliefs. These results suggest that although the three beliefs analyzed seem to be relevant in explaining how a distressing illness-related intrusive thought could escalate to a health anxiety symptom, only overestimation of threat beliefs had indirect effects, which indicates that patients with frequent illness-ITs were more likely to have heightened threat expectancy, which (at least in part) contributed to high scores on health anxiety. This result is coherent with findings that point out the role played by overestimation of threat in the catastrophic misinterpretation of symptoms (Fergus, 2014; Gellatly & Beck, 2016; Reuman et al., 2017; Scarella et al., 2016; Wheaton, Berman et al., 2010). Nonetheless, we cannot ignore that other potential variables might operate alongside overestimation of threat, because only partial mediation was found.

The present study has limitations. First, this is a retrospective study with self-report measures, and so the absence of biases in the participants' responses cannot be guaranteed. Nonetheless, the measures used have shown adequate psychometric properties. Mediational studies with cross-sectional designs (atemporal mediation) do not allow causality relationships between the variables to be

established (Winer et al., 2016), and so future studies should replicate these study findings using a longitudinal design. In summary, although our findings are innovative, they are also exploratory in nature, and more stringent mediational analyses are needed with a larger sample of patients with comorbidities to test the generalizability of these results. Finally, we evaluated the role played by a series of variables as mediators of hypochondriasis, but future studies should develop a broader model that includes other variables potentially involved in the cognitive-behavioral approach to health anxiety, such as maladaptive primary appraisals and/ or other relevant beliefs such as perfectionism and responsibility (Melli et al., 2014; Wheaton, Berman, et al., 2010), or variables such as anxiety sensitivity (Raines et al., 2014; Wheaton et al. 2012).

To conclude, our results are relevant because, to the best of our knowledge, this is the first study to explore concurrently the associations between illness-ITs, dysfunctional beliefs about these thoughts, and health anxiety symptoms. Our mediation findings shed light on key dysfunctional beliefs that could be responsible for the relationship between the frequency of illness-ITs and hypochondriasis, suggesting that overestimation of threat is partially involved in the prediction of hypochondriasis.

CHAPTER 7

STUDY 4

Dysfunctional beliefs about illness and thoughts: A family study⁵

⁵ The main results of this study have been published in: Arnáez, S., García-Soriano, G., & Belloch, A. (2019). Dysfunctional beliefs about health and illness: A family study. *Annals of Psychology*, 35(1), 19-25.

1. INTRODUCTION

Hypochondriasis is characterized by preoccupation and fear of having a serious illness, based on a misinterpretation of bodily sensations. This fear or idea persists despite an adequate medical examination and reassurance (APA, 2000).

Cognitive models of the disorder propose that dysfunctional beliefs about body symptoms and illness are the basis for the development of hypochondriacal concerns (Abramowitz & Braddock, 2008; Rachman, 2012; Warwick & Salkovskis, 1990; Taylor & Asmundson, 2004). Based on these models, it has been hypothesized that such beliefs may lead a person to selectively attend to information that confirms his or her idea that he or she is suffering from a serious disease and, at the same time, ignore information suggesting that his/her state of health is satisfactory (Chorot & Martínez-Narváez, 2012).

Several studies support these hypotheses, showing that individuals with high health anxiety hold dysfunctional beliefs about illness to a greater extent than those who are not concerned about their health status (for a review see Marcus et al., 2007). Other authors have analyzed these beliefs. In an early paper on this topic, Barsky and colleagues (1993) found that people with high health anxiety considered that having good health was comparable to an ideal state with no symptoms or discomfort. In our context, Castañeiras (2001) found a similar result in people with a primary diagnosis of hypochondriasis, as these patients presented overvalued ideas about health. Hadjistavropoulos and colleagues (2012) found that dysfunctional beliefs about illness predicted symptoms of health anxiety and a poor

response to medical reinsurance in both healthy and sick people. It has also been observed that people who hold dysfunctional beliefs about illness also think that serious diseases are more frequent than they actually are (Marcus & Church, 2003), tend to overestimate the likelihood and danger of suffering from them (Fergus, 2014; Gellatly & Beck, 2016; Scarella et al., 2016), and think they have less control over the recurrence of the disease (Ferguson, 2000). In addition, other studies show that these people are highly intolerant of uncertainty (Abramowitz & Moore, 2007; Abramowitz et al., 2002; Boelen & Carleton, 2012; Deacon & Abramowitz, 2008; Fergus & Valentiner, 2011; Reuman et al., 2017), maintain dysfunctional beliefs about medical recommendations and adherence to treatment, and often show a skeptical attitude towards preventive treatments (Christensen, Moran & Wiebe, 1999; Fulton, Marcus & Merkey, 2011). Finally, other research has shown that these dysfunctional beliefs often promote catastrophic interpretations of body symptoms and sensations (e.g., Hadjistavropoulos et al., 1998; Haenen et al., 2000; Marcus, 1999; Rief, Hiller & Margraf, 1998).

A second postulate of cognitive models of hypochondriasis suggests that early illness-related experiences, either their own or others', as well as negative experiences with health services, lead to dysfunctional beliefs about symptoms, illness, and health behaviors. Some studies indirectly support this idea by showing that experiences related to the illness and/or health services, both their own and vicarious, play an important role in the development and maintenance of hypochondriasis (e.g., Noyes, Carney et al., 2005; Noyes et al., 2002;

Noyes et al., 1999; Robbins & Kirmayer, 1996; Weck, Bleichhardt, & Hiller, 2009; Weck, Harms, Neng, & Stangier, 2011).

However, as far as we know, very few studies specifically explore the initial hypothesis, that is, that there is a relationship between early experiences with illness and/or health services and the development of dysfunctional beliefs characteristic of hypochondriasis. In a relatively recent study, Alberts, Hadjistavropoulos, Sherry and Stewart (2016) found that people whose parents had previously or currently suffered from a serious illness had higher levels of health anxiety and held the belief that they were more likely to have an illness than individuals with healthy parents.

Given the paucity of empirical studies on these aspects, we planned to analyze to what extent sharing similar experiences related to illness and health has an effect on the adoption of the dysfunctional beliefs characteristic of hypochondriasis. The immediate family context seemed particularly suitable for analyzing this aspect. The main objective of this paper was to explore whether the parents' dysfunctional beliefs about illness and thoughts are related to their offspring's beliefs about these same aspects. A secondary objective was to analyze the relationships between these beliefs and indicators of emotional distress considered important in relation to hypochondriasis in the specialized literature: health anxiety and depression.

2. METHOD

2.1. Participants and procedure

Fifty undergraduate psychology students (Universitat de València) were invited to participate in a family study of

hypochondriasis in exchange for minor academic compensation. Interested students attended a seminar where the psychopathology and current treatments for hypochondriasis were presented and the purpose of the research was explained. Prior to the seminar, attendees signed an informed consent form and completed a questionnaire on socio-demographic data, along with the self-reports described below. After the seminar, each participant received two envelopes, one for her/his mother and one for his/her father, which included an informed consent form and the same evaluation protocol they had completed. For the evaluation of the relatives, the following instructions were given: (1) students had to evaluate two first-degree relatives, preferably their mother and father; (2) they had to briefly explain the study in terms similar to the following: “this is a study about ideas people have about health and illness, and to what extent these ideas are shared in the family”; (3) they had to emphasize the anonymity of the data, indicating that the participant’s personal identity could not be inferred from the data; (4) they had to briefly explain how to complete each questionnaire and be accessible while the participant filled out the questionnaire in order to solve possible doubts; (5) once the questionnaires were completed, they had to check that there were no unanswered items, and then put the questionnaires in the envelope in front of their relative, who, once the envelope was closed, signed his/her name on the back to ensure anonymity.

Forty students returned questionnaires from at least one of their parents (57% mothers, 43% parents). Forty university students (65% women), 36 mothers, and 27 fathers made up the final sample. The average age of the students was 21.88 ($SD = 4.345$) years. In the case

of the parents, the average age of the mothers was 51.94 years ($SD = 6.334$), and the average age of the fathers was 54.37 ($SD = 5.759$) years. The majority of the students had a medium socioeconomic level (65%) and were single (95%). In the case of the parents, more than a quarter had completed university studies (37% mothers, 26% fathers), their socio-economic level was medium (58% mothers, 48% fathers), and the majority were married (75% mothers 62% fathers).

2.2. Instruments

Beck Depression Inventory-II (BDI-II, Beck et al., 1996, Spanish version: Sanz et al., 2003). This is a 21-item self-report instrument that assesses depressive symptoms. Items are answered on a 5-point response scale ranging from 0 (absence of the mood evaluated) to 3 (intense presence of the mood). The possible range of scores is from 0 to 63. Internal consistency was excellent ($\alpha = .90$) in the sample evaluated.

Short Health Anxiety Inventory (SHAI, Salkovskis et al., Spanish version: Arnáez, et al., 2019). This is an 18-item self-report designed to assess health anxiety, regardless of the current health status. It is composed of two scales (1: Likelihood of becoming ill and 2: Negative consequences of illness). The items are answered on a Likert scale from 0 to 3, and they evaluate aspects such as concern for health, the monitoring of changes and bodily sensations, and/or fear of the consequences of suffering from a serious illness. In this study, the total SHAI score was used. The internal consistency in the sample was satisfactory ($\alpha = .87$).

Obsessive Beliefs Inventory- Revised (ICO-R, Belloch et al., 2010). It is a 50-item self-report that assesses dysfunctional beliefs about one's thoughts that are involved in the development and/or maintenance of obsessive-compulsive disorder and other related disorders. The items are evaluated on a Likert scale ranging from 1 (strongly disagree) to 7 (strongly agree). Items are grouped into 8 scales. In this study, only the two scales most directly linked to health anxiety were considered: intolerance of uncertainty generated by the thoughts (6 items) and overestimation of threat associated with the thoughts (8 items). In the study sample, the internal consistency was satisfactory: $\alpha = .78$ and $\alpha = .83$, for the two scales, respectively.

Irrational Health Belief Scale (IHBS, Christensen et al., 1999, translated and retranslated into Spanish for the present study). This self-report assesses the individual's tendency to value health-related information in an irrational or distorted manner. It includes 20 cartoons that describe different situations or experiences related to health. Participants have to indicate to what degree their thinking would be similar to what is described in the vignette if they were in the same situation, responding on a 5-point Likert scale (1 = It does not look anything like what I would think - 5 = I would think exactly the same thing). In the study sample, the internal consistency was acceptable ($\alpha = .77$).

2.3. Statistical analysis

Statistical analyses were carried out using the statistical package SPSS for Windows v. 22. Central tendency (*M*) and dispersion (*SD*) statistics were analyzed. Student *t* tests with Levene corrections were

used to analyze the differences between two independent groups (e.g., fathers vs. mothers, sons vs. daughters). Effect size was estimated with Cohen's d statistic. To study the associations between the variables included in the study, Spearman's correlation coefficient was calculated because the data did not follow a normal distribution. The minimum level of statistical significance required was $p \leq .05$.

3. RESULTS

Preliminary analysis: differences between groups

First, we analyzed whether fathers and mothers differed significantly on the assessed variables. The results indicated that there were no significant differences between the parents on any of the variables (Table 1). The differences between sons and daughters on the different variables were also analyzed, and daughters scored higher on intolerance of uncertainty (Table 2).

Table 1. Differences in beliefs, health anxiety, and depression between fathers and mothers.

Instruments	Fathers ($n = 27$)	Mothers ($n = 36$)	$t_{(60,38)}$	Cohen d
	$M (SD)$	$M (SD)$		
Irrational Health Belief Scale	31.52 (11.04)	28.77 (5.85)	-1.261	0.311
Intolerance of uncertainty	3.30 (1.27)	3.60 (1.43)	0.864	0.221
Overestimation of threat	2.50 (1.16)	1.89 (0.67)	-0.645	0.643
Health Anxiety Inventory	11.78 (7.98)	10.49 (4.52)	-0.805	0.198
Beck Depression Inventory-II	7.15 (7.13)	9.37 (5.88)	1.329	0.339

Table 2. Differences in beliefs, health anxiety, and depression between sons and daughters.

Instruments	Sons (<i>n</i> = 14)	Daughters (<i>n</i> = 26)	<i>t</i> (23,38)	<i>Cohen d</i>
	<i>M</i> (<i>SD</i>)	<i>M</i> (<i>SD</i>)		
Irrational Health Belief Scale	35.50 (5.98)	33.42 (6.83)	0.955	0.324
Intolerance of uncertainty	2.70 (0.73)	3.40 (1.12)	-2.274*	0.740
Overestimation of threat	2.13 (1.01)	2.47 (1.09)	-0.957	0.323
Health Anxiety Inventory	10.86 (6.53)	13 (6.15)	-1.020	0.337
Beck Depression Inventory-II	6.21 (2.80)	10.12 (11.22)	-1.678	0.478

Note. * $p \leq 0.05$; ** $p \leq 0.01$.

Relationships between the dysfunctional beliefs of parents and offspring about illness and thoughts

Although no significant differences were observed between the parents in the variables evaluated, correlation analyses were carried out separately to analyze the differential contributions of each. Results are shown in Table 3.

In the case of the fathers, a moderate and significant association was found between their dysfunctional beliefs about illness and overestimation of threat and the beliefs hold by their offspring, without differentiating the sex. However, in the case of the mothers, no significant relationship was observed between their beliefs and those of their offspring. Given these results, which suggest a greater influence of fathers on their offspring's beliefs about illness and thoughts, the analyses were again conducted, but differentiating the sex of the parents and their offspring.

Fathers' dysfunctional beliefs about illness were clearly associated with those of their sons. In the case of daughters, a similar trend was observed ($r^2 = .18$), although the association was not statistically significant. Associations were also found between the overestimation of threat of fathers and their sons ($r^2 = .31$) and daughters ($r^2 = .15$), which, although not statistically significant, did share significant rates of variance. A similar result was obtained for intolerance of uncertainty: although the association between the scores of fathers and daughters was not significant, the shared variance was high ($r^2 = .22$).

Table 3. Relationships between parents' and offspring's beliefs about thoughts and illness.

	Fathers ($n = 27$)	Mothers ($n = 36$)
<i>Irrational Health Belief Scale</i>		
Offspring ($n = 40$)	.48*	-.11
Sons ($n = 14$)	.73**	-.24
Daughters ($n = 26$)	0.43	-.15
<i>Intolerance of uncertainty</i>		
Offspring ($n = 40$)	.24	-.20
Sons ($n = 14$)	.10	-.29
Daughters ($n = 26$)	.47	-.23
<i>Overestimation of threat</i>		
Offspring ($n = 40$)	.43*	.10
Sons ($n = 14$)	.56	.15
Daughters ($n = 26$)	.39	.04

Note. * $p \leq 0.05$; ** $p \leq 0.01$.

Regarding mothers, the most relevant data is the absence of significant relationships between their beliefs about illness and those of their sons and daughters.

Associations between dysfunctional beliefs about illness and thoughts and indicators of emotional dis-tress of parents and their offspring.

To meet the second objective, and in line with the previous analyses, independent correlation analyses were carried out taking into account the sex of the parents and their offspring. The results are shown in Table 4.

Significant and high correlations were found between fathers' intolerance of uncertainty and sons' dysfunctional beliefs about illness, and between fathers' overestimation of threat and sons' health anxiety and depressive symptoms.

High correlations were also found between fathers' dysfunctional beliefs about illness and intolerance of uncertainty and daughters' health anxiety. In addition, as in the case of fathers and sons, a significant correlation was observed between fathers' overestimation of threat and daughters' depressive symptoms.

No significant associations were found between mothers and their children on the variables assessed.

Table 4. Correlations between parents' and their offspring's dysfunctional beliefs about thoughts and illness, and indicators of health anxiety and depression.

Fathers (<i>n</i> = 12)	Sons (<i>n</i> = 14)				Fathers (<i>n</i> = 15)	Daughters (<i>n</i> = 26)					
	IU	OT	SHAI	BDI-II		IBHS	IU	OT	SHAI	BDI-II	
IBHS	.73**	-.06	-.04	.51	.46	IBHS	.43	-.15	.14	.56*	.09
IU	.61*	.10	.16	.44	.39	IU	.14	.47	.22	.59*	.28
OT	.33	.03	.56	.72**	.70*	OT	-.08	.24	.39	.30	.64**
SHAI	.18	.21	.48	.37	.28	SHAI	-.07	-.06	.02	-.34	-.25
BDI-II	.21	-.47	-.13	.15	.24	BDI-II	.13	.23	.19	.24	.23

Note: IBHS= Irrational Health Belief Scale; IU= Intolerance of uncertainty; OT= Overestimation of threat; SHAI= Short Health Anxiety Inventory; BDI-II= Beck Depression Inventory-II. * $p \leq .05$; ** $p \leq .01$.

4. DISCUSSION

The first objective of this study was to assess whether parents and their offspring share dysfunctional beliefs about illness and thoughts.

Before addressing this objective, no differences were observed between fathers and mothers on the variables evaluated, although differences were observed in the younger generation (sons vs. daughters), specifically on intolerance of uncertainty, where daughters scored higher than sons. In the past decade, several studies have addressed the role of intolerance to uncertainty in hypochondriasis, given that it is a belief with transdiagnostic value that is present in various anxiety and depressive disorders (Belloch, 2012; McEvoy & Mahoney, 2012). Regarding gender differences in this variable, our data coincide with those of Robichaud, Dugasa and Conway (2003), who found that women scored higher than men on intolerance of uncertainty.

When analyzing the beliefs about illness, intolerance of uncertainty, and overestimation of threat of parents and their offspring, the results showed that fathers' beliefs about illness and overestimation of threat were closely related to those of their offspring. However, these associations were not found for the maternal figure. Cognitive-behavioral theories of hypochondriasis postulate that patients with hypochondriasis hold dysfunctional beliefs about illness (e.g., Kellner, 1985; Warwick & Salkovskis, 1990). In addition, the tendency of patients with hypochondriasis to overestimate the likelihood and danger of disease is particularly important in these theories (e.g., Olatunji, Deacon et al., 2009; Rachman, 2012, Reuman et al., 2017; Wheaton, Berman et al., 2010). Our results seem to indicate that fathers play an

essential role in the transmission of these beliefs to their descendants, at least in our context. Consequently, and according to cognitive-behavioral theories, the beliefs held by fathers, but not mothers, could be a vulnerability factor in the development of hypochondriacal symptoms in their offspring. Similar results were found in studies on obsessive-compulsive disorder, where the relationship between the beliefs of parents and their offspring were analyzed in relation to “not just right” experiences (Sica et al., 2013) or “looming vulnerability” (Riskind, Sica, Bottesi, Ghisi, & Kashdan, 2017). These studies found that fathers' beliefs played a more relevant role than mothers' in predicting their offspring's beliefs.

When associations between the beliefs about illness, intolerance of uncertainty, and overestimation of threat of parents and their offspring were studied taking into account the sex of the offspring, the results followed the same trend as in the total sample. More specifically, an important association was found between the dysfunctional beliefs about illness of fathers and sons, and a similar tendency was observed in the case of daughters. There was also a tendency toward an association between the overestimation of threat beliefs of fathers and their offspring, and between the intolerance of uncertainty of fathers and daughters. In the case of the mothers, no significant associations were found. These results are congruent with those obtained with the total sample, and they reinforce the approach that, in offspring's hypochondriacal symptoms, for both sons and daughters, fathers' beliefs have more weight than mothers.

The second objective of the study was to analyze whether the dysfunctional beliefs assessed (i.e., beliefs about illness, overestimation of threat, and intolerance of uncertainty) were related to indicators of emotional distress associated with hypochondriasis, such as health anxiety and depression. The dysfunctional beliefs about illness held by fathers and sons are related, as the data show. Moreover, fathers' intolerance of uncertainty is related to their sons' beliefs about illness, and fathers' overestimation of threat is not only related to their sons' overestimation of threat, but also to their sons' health anxiety and depressive symptoms. In the case of fathers and daughters, associations have been found between fathers' dysfunctional beliefs about illness and intolerance of uncertainty and their daughters' health anxiety. In addition, as with sons, there is an association between fathers' overestimation of threat and daughters' depressive symptoms. These data are, in general, consistent with those referred to by other authors, and they highlight the important role that both intolerance of uncertainty (e.g., Abramowitz & Moore, 2007; Abramowitz et al., 2002; Boelen & Carleton, 2012; Deacon & Abramowitz, 2008; Fergus & Valentiner, 2011; Reuman et al., 2017) and overestimation of threat (e.g., Fergus, 2014; Gellatly & Beck, 2016; Olatunji, Deacon et al., 2009; Rachman, 2012; Reuman et al., 2017; Scarella et al., 2016; Wheaton, Berman et al., 2010) play in hypochondriacal symptoms. Again, no significant associations were found in the assessed variables between mothers and their offspring. Therefore, our data suggest that fathers' influence would not be limited to beliefs because it would also be present in health anxiety and depression, which are considered fundamental elements of hypochondriasis.

This study has limitations. First, the sample size was small, making it difficult to generalize the data, although an attempt was made to correct this aspect by using a small number of variables in the statistical analyses. Secondly, only correlational analyses were carried out of the variables under study, which makes it impossible to examine potential causal relationships between them.

Finally, it is important to note that, although this is a preliminary study, the results obtained could be particularly useful in initiating a new line of research on the family transmission of dysfunctional beliefs about illness and its influence on the development and maintenance of hypochondriasis. As far as we know, there are no family studies of hypochondriasis that assess these aspects (i.e., beliefs and symptoms shared by parents and their offspring). Family studies have mainly focused on analyzing the presence of hypochondriacal symptoms in relatives of patients diagnosed with hypochondriasis. In fact, Noyes' group (2002, 2005) found a higher frequency of sick family members or friends in patients with hypochondriasis compared to people without the disorder, and they noted that people who reported being very concerned about the illness for at least one month had a family history of severe illness, unlike those who reported not having been concerned about the illness. These studies have also focused on analyzing the family and life history of patients diagnosed with hypochondriasis, primarily assessing the existence of previous traumatic events in childhood or adolescence related to illness or health services (e.g., Noyes et al., 1999, 2002, 2005; Robbins & Kirmayer, 1996; Weck et al., 2009; Weck et al., 2011). Other studies have examined whether the offspring of physically ill parents have increased health anxiety (Alberts

et al., 2016). Therefore, we believe that studies like the one presented here can help to explain the role played by the family in the acquisition of beliefs about illness, which are considered key factors in hypochondriasis vulnerability models.

CAPÍTULO 8

DISCUSIÓN GENERAL

La presente Tesis está formada por cuatro estudios, que han tratado de responder a ciertos interrogantes sobre la relevancia que determinadas variables cognitivas tienen en la génesis y mantenimiento de la hipocondría y la ansiedad por la salud, concretamente los pensamientos intrusos relacionados con contenidos de enfermedad, las creencias obsesivas o creencias disfuncionales sobre los pensamientos, y los supuestos o creencias disfuncionales sobre la salud/enfermedad. Además, este trabajo incluye un estudio preliminar cuyo objetivo ha sido facilitar la realización de los otros trabajos proporcionando un instrumento fiable y válido para evaluar la ansiedad por la salud, el Inventario Breve de Ansiedad por la Salud, un constructo que como hemos descrito tiene una gran relevancia en la conceptualización de la hipocondría desde las propuestas cognitivas como la de Warwick y Salkovskis (1989, 1990). El Estudio 1 ha explorado la presencia y características de los pensamientos intrusos sobre la enfermedad en población general sin trastorno, además a través de este estudio se ha proporcionado un nuevo instrumento de autoinforme, el Inventario de Pensamientos Intrusos sobre la Enfermedad que permite evaluar los pensamientos intrusos sobre enfermedad tanto en población general como clínica. El Estudio 2 ha examinado las diferencias entre los individuos con diagnóstico de hipocondría y la población general sin trastorno en la recurrencia de los pensamientos intrusos sobre la enfermedad y las consecuencias derivadas de su experimentación. Los Estudios 2 y 3 han evaluado también el papel que, dos elementos cruciales de las propuestas cognitivas, juegan en la predicción de los síntomas de hipocondría: las valoraciones y creencias disfuncionales sobre los pensamientos intrusos sobre la enfermedad. El Estudio 4 ha

analizado la importancia del contexto familiar en la adopción de supuestos o creencias disfuncionales sobre la salud/enfermedad y sobre los pensamientos.

A lo largo de cada uno de los estudios, se han discutido de manera detallada los resultados obtenidos. En este capítulo, realizaremos una breve discusión general de los principales resultados obtenidos. Además, describiremos las limitaciones de estos trabajos, así como las direcciones futuras derivadas de los hallazgos presentados y las implicaciones clínicas de los resultados encontrados.

En primer lugar, a pesar de que no ha sido un objetivo prioritario en nuestro trabajo, se realizó un estudio preliminar para verificar la estructura de la versión en castellano del Inventario Breve de Ansiedad por la Salud, un cuestionario de autoinforme utilizado para evaluar la ansiedad por la salud. El objetivo de este estudio fue disponer de los medios necesarios para la consecución de los objetivos principales de este trabajo. Tal y como hemos señalado con anterioridad, diferentes autores han conceptualizado la ansiedad por la salud como un continuo que va desde preocupaciones por la salud leves y transitorias a graves y crónicas; siendo su forma más debilitante y persistente es la hipocondría (p.ej., Salkovskis y Warwick, 1986; Taylor y Asmundson, 2004). Es en este contexto en el que Salkovskis y colaboradores (2002) desarrollaron el Inventario Breve de Ansiedad por la Salud (SHAI), un autoinforme muy empleado y validado, que evalúa la ansiedad por la salud independientemente del estado de salud física.

Con el fin de poder emplear el SHAI en este trabajo, se realizó su validación al castellano. En primer lugar, se realizó un AFE que arrojó

una estructura de tres factores. En segundo lugar, se realizaron diversos AFC aplicando el modelo de Máxima Verosimilitud con la corrección robusta y con correlaciones entre factores, comparando la estructura original de dos factores (Salkovskis et al., 2002), el modelo de tres factores obtenido en el AFE, un modelo unifactorial, y el resto de modelos factoriales propuestos en la literatura (4 modelos). Finalmente, se seleccionó la estructura original de dos factores (Factor 1: Probabilidad de enfermar; Factor 2: Consecuencias negativas de la enfermedad) por su parsimonia y buen ajuste del modelo a los datos siguiendo los criterios de Hu y Bentler (1999) y de Marsh y colaboradores (2004). Asimismo, se seleccionó esta estructura, dado que es la que más apoyo ha recibido en la literatura científica, lo que facilita las comparaciones transculturales. Los índices de consistencia interna han sido buenos y, en general, equivalentes a los obtenidos por Salkovskis y colaboradores (2002). El SHAI demostró un patrón de validez convergente y discriminante específico y teóricamente consistente con las variables evaluadas. Específicamente, mostró una asociación significativa y elevada con otro instrumento que también evalúa sintomatología hipocondríaca, y asociaciones significativas, pero moderadas, con instrumentos que evalúan constructos relacionados con la ansiedad por la salud, aunque diferentes (i.e., sensibilidad a la ansiedad, tendencia a preocuparse y sintomatología obsesivo-compulsiva y depresiva).

Se calculó un punto de corte de 40,5 (rango 0 a 4) para distinguir entre los individuos no clínicos y los pacientes con elevada ansiedad por la salud o hipocondría. Esta puntuación es similar a la obtenida por Abramowitz, Olatunji y Deacon (2007), que es el único estudio, hasta

la fecha, que al igual que el presente trabajo, ha empleado pacientes con diagnóstico de hipocondría para calcular el punto de corte del SHAI.

En conclusión, nuestro estudio apoya la estructura de dos factores del SHAI, tal como lo propusieron sus autores originales (Salkovskis et al., 2002). La versión española del SHAI ha demostrado ser sensible a la hora de evaluar el espectro de preocupaciones por la salud, desde la normalidad hasta la gravedad, y ofrece un punto corte para diferenciar de forma fiable entre los síntomas de ansiedad no clínicos y los clínicamente significativos. En conjunto, nuestros hallazgos respaldan la idoneidad del SHAI para su uso en muestras comunitarias adultas españolas.

Los objetivos 1, 2, 3 y 4 de este trabajo han estado planteados para valorar los pensamientos intrusos sobre la enfermedad, y esto lo hemos hecho a través de los Estudios 1, 2 y 3. La relevancia de estos objetivos viene marcada por las propuestas de los modelos cognitivo-conductuales sobre la hipocondría y la ansiedad por la salud (Salkovskis y Warwick, 1986; Warwick y Salkovskis, 1989, 1990) que señalan que la evaluación de ciertos eventos como potencialmente amenazantes (tales como las sensaciones corporales y los pensamientos intrusos sobre enfermedad), junto con una sensación de incapacidad para hacer frente a dicha amenaza, pueden conducir al desarrollo de ansiedad por la salud. Según estos modelos, los individuos con hipocondría no solo buscarían ayuda ante el sufrimiento, la incomodidad y el malestar físico derivado de los síntomas, sino también ante la presencia de una variedad de eventos cognitivos que provocan ansiedad: los pensamientos intrusos sobre las posibles causas de los síntomas. Son importantes también los pensamientos intrusos sobre las consecuencias

negativas que tendría no adoptar medidas para prevenir el empeoramiento y/o la progresión irreversible de la enfermedad. Más recientemente, Rachman (2012) señaló que los pacientes con hipocondría interpretan de manera errónea el significado de sus pensamientos e imágenes intrusas relacionadas con los síntomas y sensaciones corporales normales o inocuas. Estas interpretaciones provocan un aumento de la ansiedad por la salud y dan lugar a comportamientos de seguridad, que tienen como finalidad disminuir la amenaza para el individuo.

Así pues, a pesar del énfasis puesto en los pensamientos intrusos sobre la enfermedad como punto de partida en el desarrollo del trastorno, no existen apenas estudios que los hayan examinado con claridad y exclusividad. En contraste, este fenómeno ha sido ampliamente abordado en los modelos cognitivo-conductuales del TOC (Rachman, 1997; Salkovskis, 1985), que sostienen que los pensamientos intrusos obsesivos son un fenómeno universal y habitual, y que estos pensamientos se encuentran en la base de las obsesiones, proponiendo una serie de procesos cognitivos implicados en la escalada de los pensamientos intrusos obsesivos hacia las obsesiones clínicas.

Por tanto, y debido, por un lado, al papel primordial que parecen jugar los PIEs en el desarrollo y mantenimiento de la hipocondría y, por otro lado, a la escasez de investigaciones en torno a este tipo de cogniciones, en el presente trabajo hemos tratado de responder a los siguientes interrogantes sobre los PIEs: en primer lugar, hemos tratado de averiguar si los PIEs son una experiencia universal y habitual (Objetivo 1); en segundo lugar, hemos examinado si estos pensamientos

existen a lo largo de un continuo (Objetivo 2) y, en tercer lugar, hemos analizado su relación con otros fenómenos cognitivos, tales como las valoraciones disfuncionales y las creencias obsesivas, que pueden desempeñar un rol crucial en su escalada a síntomas clínicamente significativos (Objetivos 3 y 4).

Para la consecución de estos objetivos, nos planteamos diseñar un instrumento para evaluar la presencia de PIEs en diferentes contextos y las reacciones emocionales, valoraciones y estrategias de control empleadas ante un PIE concreto, y al que denominamos Inventario de Pensamientos Intrusos sobre la Enfermedad (INPIE) (Objetivo 1, Estudio 1).

Los resultados indican que la primera parte del INPIE muestra unas buenas propiedades psicométricas en población general, con una consistencia interna (α) que oscila entre 0,80 y 0,94. La segunda parte tiene una consistencia interna aceptable, entre 0,65 y 0,81, excepto para la escala de compulsiones típicas del TOC, en la que la consistencia es pobre, un resultado que cabía esperar dado que las compulsiones tal y como se evalúan con el INPIE, son claramente identificativas del TOC.

En lo referente a su asociación con otros instrumentos, la primera parte del INPIE ha mostrado, en general, una adecuada validez convergente y divergente, asociándose de manera elevada y significativa con otros instrumentos que evaluaban un constructo teórico similar y de manera significativa, pero baja, o no significativa, con otros constructos que, aunque relacionados, evalúan variables diferentes (p.ej., la tendencia a preocuparse y los síntomas obsesivo-compulsivos). Este resultado pone de manifiesto que, efectivamente, lo

que está evaluando la primera parte del instrumento son pensamientos intrusos y no otra clase de cogniciones como las preocupaciones y/o las obsesiones. Esta primera parte se ha asociado también de manera significativa con la sintomatología ansiosa y depresiva, hecho que no es de sorprender, puesto que las investigaciones clásicas sobre la hipocondría la vinculan frecuentemente a estos trastornos emocionales (p.ej., Gureje et al., 1997; Kellner et al., 1986). La segunda parte del INPIE se ha asociado a una mayor psicopatología y, concretamente, a la tendencia a preocuparse y a los síntomas emocionales. Además, la tendencia a valorar de forma disfuncional el PIE más molesto y el empleo de estrategias relacionadas con la salud y la enfermedad, se asocia a mayores síntomas hipocondríacos, lo que avala la validez convergente del INPIE.

En coherencia con lo enunciado y en relación a la cuestión de la universalidad de los PIEs, nos planteamos averiguar si, como se hipotetiza desde los modelos cognitivo-conductuales, experimentar pensamientos intrusos sobre la enfermedad era un fenómeno cognitivo normal y universal. En el caso de que así fuera, era imperativo analizar, además, las características definitorias de estos pensamientos en personas sin patología (Objetivo 1). Los resultados revelan que, en el momento del estudio, todos los individuos habían experimentado alguno de los PIEs evaluados y, especialmente, los espontáneos o elicitados por pequeñas molestias normales o inocuas. Estos resultados ponen de manifiesto el carácter universal y normativo, de los PIEs; no obstante, la frecuencia con la que se experimentaron los pensamientos no fue elevada (en torno a «alguna vez en la vida» y «anualmente»). Un resultado, por otro lado, esperado, ya que se trataba de una muestra

joven sin psicopatología. Este resultado es similar al obtenido en otros estudios que han evaluado pensamientos intrusos obsesivos (García-Soriano et al., 2011), alimentarios (Perpiñá et al., 2008) y dismórficos (Giraldo-O'Meara y Belloch, 2018) en la población general. Sin embargo, este resultado difirió cuando se analizó el pensamiento intruso más molesto, es decir, el más cercano al significado clínico, siendo la frecuencia del PIE más elevada, entre «alguna vez al año» y «mensualmente». No obstante, esta mayor recurrencia del pensamiento no pareció asociarse a reacciones emocionales negativas, ni a una mayor interferencia, o a valoraciones más disfuncionales. No obstante, hay que destacar que todos los individuos emplearon alguna estrategia para hacer frente al malestar que les generaba el pensamiento intruso. El contenido del PIE más molesto se relacionó principalmente con la muerte y la posibilidad de padecer o desarrollar una enfermedad grave, lo que coincide con lo informado por otros estudios que han evaluado el contenido principal de las imágenes intrusas de pacientes con hipocondría (Muse et al., 2010; Wells et al., 1993).

Como hemos mencionado anteriormente, la mayor parte de la investigación en intrusiones mentales se ha realizado en torno al TOC donde los modelos cognitivos conductuales asumen una continuidad entre los pensamientos intrusos obsesivos normales y las obsesiones. En nuestro trabajo y, una vez constatado que la población general sin trastorno experimenta pensamientos intrusos sobre la enfermedad, aunque con una baja frecuencia y con escasas consecuencias negativas, nos planteamos analizar si, tal y como sucede en el TOC, existe un continuo de gravedad de los pensamientos intrusos sobre la enfermedad (Objetivo 2, Estudio 2), considerando en este caso como indicador de

gravedad la recurrencia (o frecuencia) de los pensamientos y las consecuencias de los mismos, funcionalmente asociadas (emociones, interferencia, interpretaciones, y estrategias de control).

Los resultados de nuestro estudio apoyan la dimensionalidad de los PIEs tanto en relación con su frecuencia como en lo que se refiere a sus consecuencias funcionales. Los individuos con hipocondría experimentaron PIEs de forma más frecuente que los individuos comunitarios. Los pacientes los experimentaron con una frecuencia en torno «a una vez al mes/semana», frente a la población sin trastorno que los tuvo «algunas veces al año». Los pacientes también experimentaron el PIE más molesto (es decir, el que mejor reflejaba su sintomatología hipocondriaca) con mayor frecuencia que los individuos no clínicos: mientras que los pacientes lo experimentaron «diariamente», los individuos sin trastorno lo tuvieron «algunas veces al mes». En los pacientes con hipocondría los PIEs tuvieron un mayor impacto emocional, fueron valorados de una forma más disfuncional, y también generaron mayor interferencia y dificultad de control. Los pacientes también utilizaron más estrategias para controlar el malestar que les generaba el pensamiento, en comparación con los individuos comunitarios. Estos resultados permanecieron significativos cuando se controló el efecto de la frecuencia del PIE más molesto, excepto para las estrategias típicas del TOC (i.e., lavar/limpiar, contar, ordenar). Estos resultados también coinciden con los encontrados en otros estudios sobre pensamientos intrusos de contenido obsesivo (García-Soriano y Belloch, 2013), alimentario (Roncero, 2011) y dismórfico (Giraldo-O'Meara y Belloch, 2018).

El hecho de incluir las estrategias típicas del TOC como posibles modos de neutralizar los PIE puede parecer un error de diseño del INPIE. No obstante, quisimos incluirlas como tales estrategias típicas del TOC precisamente para poder determinar si, como suponíamos, estos comportamientos son exclusivos del TOC y, por tanto, desde un punto de vista clínico, su presencia permitiría establecer un diagnóstico diferencial entre ese trastorno y la hipocondría en aquellos casos en los que, como sucede en no pocas ocasiones en la clínica, los contenidos obsesivos hacen referencia a enfermedades. Nuestros resultados avalan este planteamiento, lo que en nuestra opinión resulta un valor añadido para el INPIE como posible instrumento de diagnóstico diferencial entre el TOC y la hipocondría.

En conjunto, los datos sugieren que los PIE son fenómenos dimensionales que pueden distinguirse en función de los siguientes aspectos: 1) la frecuencia con las que se experimentan; 2) las reacciones emocionales negativas que suscitan; 3) la interferencia que provocan y el grado de control que se puede ejercer sobre ellos; 4) la forma en que se valoran; 5) la frecuencia y modalidad de las estrategias con la que se intentan controlar estos pensamientos. Asimismo, estos resultados subrayan la capacidad del INPIE para distinguir entre los pacientes con diagnóstico de hipocondría y los individuos sin trastorno.

En tercer lugar, nos planteamos analizar el papel de las valoraciones disfuncionales asociadas a los PIE en su escalada hasta síntomas clínicamente significativos (Objetivo 3, Estudio 2). Los modelos cognitivo-conductuales del TOC sostienen que la mera ocurrencia de pensamientos intrusos obsesivos no explica por sí mismo el desarrollo de las obsesiones. Por tanto, ¿qué es lo que determina que

un pensamiento intruso se convierta en una obsesión? Según estos modelos, que un pensamiento intruso se convierta o no en una obsesión, dependerá del significado y, por tanto, de la valoración que las personas hagan de sus pensamientos. Es decir, el origen de las obsesiones no se basa en la aparición de un pensamiento intruso, sino en la interpretación inadecuada que se da del mismo. Así, las valoraciones/interpretaciones disfuncionales conducen a que el pensamiento se viva como algo angustiante y a que se pongan en marcha estrategias para su control.

En relación a la hipocondría, ocurre algo similar, los teóricos cognitivo-conductuales sugieren que los individuos con ansiedad por la salud malinterpretan la importancia de los pensamientos intrusos normales sobre sus preocupaciones médicas, lo que, a su vez, exagera su ansiedad por la salud (Rachman, 2012). Los estudios sobre los pensamientos intrusos relacionados con la enfermedad, aunque escasos, también coinciden en señalar que, la importancia de estos pensamientos para el desarrollo del trastorno, reside en la forma en la que se valoran (Freeston et al., 1994; Langlois et al., 2014; Romero-Sanchiz et al., 2017).

En relación con todo esto, hemos analizado si la valoración/interpretación que hacen los individuos de su PIE más molesto mediaba la relación entre la frecuencia del pensamiento y los síntomas hipocondríacos. En otras palabras, quisimos responder a la siguiente pregunta: ¿el hecho de valorar los pensamientos intrusos normales de manera disfuncional puede hacer que se conviertan en síntomas clínicamente significativos? Entendiendo estos últimos como síntomas que provocan un marcado malestar o deterioro del

funcionamiento social, laboral o en otras esferas importantes de la vida de la persona.

Los resultados de nuestro estudio indican que las valoraciones/interpretaciones disfuncionales que se realizan sobre los PIEs actúan, al menos en parte, como mediadoras entre estos pensamientos y los síntomas hipocondríacos, y en especial destacan el papel de la sobrestimación de la amenaza o catastrofismo y de la fusión pensamiento-acción tipo probabilidad. Así pues, nuestros hallazgos, por un lado, confirman lo que se ha venido defendiendo en la literatura acerca de la tendencia de los individuos con hipocondría a exagerar los peligros potenciales (Fergus, 2014; Gellatly y Beck, 2016; Marcus y Church, 2003; Reuman et al., 2017; Scarella et al., 2017; Wheaton, Berman et al., 2010). Y, por otro lado, incorporan un aspecto, relativamente novedoso, en relación a la hipocondría, que también ha sido defendido recientemente por otros autores (Bailey y Wells, 2015a, 2016a, 2016b; Melli et al., 2018), la relevancia de la fusión pensamiento- acción, que facilita que se tenga la impresión de que hay poca diferencia entre pensar sobre algo y que realmente ocurra.

En resumen, parece que las valoraciones disfuncionales sobre los PIEs, y especialmente la exageración de la probabilidad o gravedad de algún suceso, y la creencia de que por el mero hecho de pensar algo, es muy probable que eso ocurra, favorecen la escalada de los pensamientos intrusos normales a síntomas que provocan malestar clínicamente significativo y que afectan profundamente al funcionamiento de la persona. Estos resultados, junto con los obtenidos en los análisis sobre validez convergente del INPIE, avalan no solo las semejanzas psicopatológicas con el TOC, sino además los modelos cognitivos

actuales sobre la génesis de la hipocondría. Dicho, en otros términos: si bien tener pensamientos intrusos desagradables puede ser una experiencia normativa universal, es el significado que se les otorga y las consecuencias emocionales y conductuales que provocan, lo que explicaría (como sucede en el TOC) la aparición de un trastorno clínico como es la hipocondría.

En cuarto lugar, nos planteamos analizar otro de los constructos que los modelos cognitivo-conductuales del TOC han señalado como relevantes para el desarrollo del trastorno: las creencias disfuncionales, que desde la perspectiva cognitiva clásica (por ej., Beck, Ellis, etc.), son esquemas de conocimiento más elaborados a través de los cuales se procesa la información entrante y, por tanto, están en la base de las valoraciones primarias (en inglés, *appraisals*) que hacemos las personas. Dicho, en otros términos, son las creencias básicas las que promueven las valoraciones disfuncionales sobre los productos cognitivos, como son los pensamientos y, por tanto, predisponen a padecer TOC. En los últimos años se han publicado varios estudios sobre las similitudes fenomenológicas entre la hipocondría y el TOC y, entre otros aspectos, se ha señalado que ciertas distorsiones cognitivas características del TOC (las creencias obsesivas o creencias disfuncionales sobre los pensamientos) también están presentes en la ansiedad por la salud (p.ej., la tendencia a sobreestimar la amenaza o la necesidad de certeza) (p.ej., Reuman et al., 2017), lo que, unido a otros aspectos que ya hemos comentado, se plantea como característica compartida entre ambos trastornos.

Por todo ello, nuestro objetivo fue evaluar en qué medida las creencias obsesivas actuaban como mediadoras entre la frecuencia general con la que se experimentaban PIEs y la ansiedad por la salud (Objetivo 4, Estudio 3). Las creencias que se incluyeron en este estudio, tomando como referencia la literatura empírica sobre la hipocondría y la ansiedad por la salud, fueron: la intolerancia a la incertidumbre, la sobrestimación de la amenaza y, dados nuestros resultados previos sobre las valoraciones primarias, la fusión pensamiento-acción tipo probabilidad. Los resultados mostraron que, de manera similar a lo que sucede con las valoraciones disfuncionales realizadas sobre pensamientos intrusos específicos, las creencias analizadas eran relevantes para explicar cómo los PIE podían escalar a síntomas de ansiedad por la salud, y concretamente destacaron el papel de la sobrestimación de la amenaza o catastrofismo. Estos resultados indican que las personas que experimentaron PIEs más frecuentemente, también eran más propensas a tener una mayor expectativa de amenaza, y fue esta mayor expectativa de amenaza (al menos en parte) lo que contribuyó a elevar sus puntuaciones en ansiedad por salud. Como ya hemos mencionado en el apartado anterior, diferentes estudios han subrayado la tendencia de los pacientes con hipocondría a interpretar de manera catastrófica los síntomas ambiguos (p.ej., Fergus y Valentiner, 2011).

Finalmente, nos planteamos analizar otro de los supuestos centrales en todas las formulaciones cognitivo-conductuales sobre la hipocondría y la ansiedad por la salud (p.ej., Kellner, 1985; Warwick y Salkovskis, 1990), el hecho de que las personas afectadas por este trastorno mantienen supuestos o creencias disfuncionales sobre la

salud/enfermedad, que pueden actuar, o bien como desencadenantes de la hipocondría, o bien como factores que contribuyen a su mantenimiento. Entre estos supuestos o creencias se encontrarían el considerar incompatible la experiencia de molestias corporales y un buen estado de salud (Barsky et al., 1993) o las relativas a una supuesta mayor vulnerabilidad a la enfermedad (Salkovskis y Warwick, 1986, 2001; Warwick y Salkovskis, 1990). Estas creencias pueden desarrollarse a partir de experiencias traumáticas tempranas relacionadas con la enfermedad. Entre estas experiencias podemos citar haber tenido una enfermedad personal, u otros eventos que contribuyan a aumentar la consciencia de vulnerabilidad física, las enfermedades en la familia durante la infancia, haber sido testigo de alguna muerte con gran impacto emocional, o incluso, un ambiente temprano muy interesado en la enfermedad. Estos supuestos o creencias pueden permanecer latentes o inactivos hasta que un incidente crítico los activa, como, por ejemplo, un síntoma ambiguo, o la muerte de un familiar o conocido de la misma edad, lo que provoca la intrusión de pensamientos e imágenes intrusos negativos y desagradables, que suscitan una interpretación catastrofista de las sensaciones y signos corporales. Se produce, asimismo, un aumento de la vigilancia corporal y la persona puede observar más fácilmente otras sensaciones corporales. La interpretación catastrofista de sus sensaciones y cambios corporales provocará un aumento de la ansiedad centrada en el estado de salud (ansiedad por la salud).

La mayoría de los estudios se han centrado en analizar si las personas con diagnóstico de hipocondría habían tenido experiencias traumáticas relacionadas directamente con la enfermedad que hubieran

contribuido al desarrollo de supuestos o creencias disfuncionales (p.ej., Noyes et al., 2005a; Noyes et al., 2002; Weck et al., 2009; Weck et al., 2011); sin embargo, estos estudios no han contemplado otra vía importante para la adquisición de estas creencias como es el entorno familiar y, especialmente, las actitudes hipocondríacas de los padres, o crecer en un entorno familiar muy preocupado por la enfermedad.

Por ello, nuestro objetivo fue determinar en qué medida los padres y sus hijos compartían supuestos o creencias disfuncionales sobre la salud/enfermedad (Objetivo 5, Estudio 4). También analizamos si los padres y sus hijos mantenían creencias obsesivas o disfuncionales sobre los pensamientos, puesto que, como ya hemos mencionado, los diferentes estudios han subrayado el papel de las mismas en la hipocondría y la ansiedad por la salud. Los resultados de nuestro estudio mostraron que los supuestos o creencias disfuncionales sobre la salud/enfermedad y la sobrestimación de la amenaza o catastrofismo que mantenían los padres (varones) guardaban una estrecha relación con las de sus hijos (varones y mujeres). Sin embargo, estas asociaciones no se encontraron en relación a la figura materna. Los supuestos o creencias disfuncionales sobre la salud/enfermedad y las creencias disfuncionales sobre los pensamientos de los padres (varones) y sus hijos también se relacionaron con la ansiedad por la salud y la sintomatología depresiva. Esta mayor influencia de los padres (varones) en la sintomatología de los hijos coincide con un estudio familiar sobre TOC, en el que los autores observaron que las experiencias *not just right* de los padres, pero no las de las madres, predecían los síntomas obsesivo-compulsivos de los hijos (varones y mujeres) (Sica et al., 2013).

Aunque las **limitaciones** de cada uno de los estudios han sido descritas al final de cada uno de ellos, en el siguiente apartado se expondrán las limitaciones en su conjunto. En primer lugar, todos los estudios se han realizado empleado medidas de autoinforme, que como cualquier instrumento de autoinforme no están exentas de distintos errores y sesgos de respuesta, entre los que cabe destacar los siguientes: la tendencia a elegir las respuestas socialmente deseables, o los derivados por la falta o escasa capacidad introspectiva, o comprensión/interpretación de preguntas particulares. No obstante, estos problemas se han intentado corregir animando a los participantes a que fueran sinceros en sus comentarios, asegurándoles que no existían respuestas buenas ni malas, y que estas eran totalmente anónimas. También se han utilizado evaluadores entrenados que han estado presentes en el momento de realización de los cuestionarios, para resolver las dudas concretas que pudieran surgir a los participantes. Otra de las limitaciones del presente trabajo es que todos los estudios han empleado un diseño transversal que dificulta el estudio de la relación de causalidad entre las variables examinadas. Sin embargo, estos estudios constituyen una etapa previa para la realización de estudios posteriores de carácter longitudinal, permitiéndonos delinear las variables que pueden constituir un factor de vulnerabilidad y riesgo para la hipocondría y la ansiedad por la salud. Por otro lado, existe una limitación en cuanto al tamaño de la muestra de pacientes con hipocondría que se ha utilizado en tres de los estudios (Estudio preliminar y Estudio 2 y 3) ya que una muestra más elevada de pacientes nos hubiera permitido obtener resultados más representativos. No obstante, la muestra de pacientes empleada resulta significativa, sobre

todo si tenemos en cuenta la dificultad para que estos pacientes acudan a los servicios de salud mental y consientan realizar una evaluación psicológica. Por último, de manera similar a lo que sucede con la muestra de pacientes, la muestra de familiares empleada en el Estudio 4 fue reducida debido a la dificultad inherente de evaluar a todos los miembros de una unidad familiar. Sin embargo, los resultados de este estudio son exploratorios e innovadores, y suponen un punto de partida para investigaciones futuras con muestras de familiares más amplias.

A partir de los resultados de los diferentes estudios presentados en esta Tesis, se han planteado nuevas **cuestiones de interés** que pueden desarrollarse en un futuro. En primer lugar, sería interesante estudiar la estabilidad temporal del nuevo instrumento, el Inventario de Pensamientos Intrusos sobre la Enfermedad, es decir, analizar si los resultados arrojados por este instrumento permanecen invariables a lo largo del tiempo. Para ello, será necesario llevar a cabo estudios longitudinales en los que se pueda evaluar a los mismos sujetos en diferentes momentos temporales, incluyendo a personas con diagnóstico formal de ansiedad por la salud antes y después de realizar un tratamiento especializado cognitivo-conductual. En segundo lugar, nuestros resultados muestran que tanto la población general sin trastorno como los pacientes con hipocondría experimentan pensamientos intrusos sobre la enfermedad; sin embargo, sería útil conocer si estos pensamientos son específicos de la hipocondría y la ansiedad por la salud, o si, por el contrario, están presentes en otros trastornos mentales. En este sentido, habría que evaluar si otros pacientes, como, por ejemplo, los pacientes con TOC o con trastornos depresivos y/o ansiosos, con los que la hipocondría guarda cierta

relación, presentan también esta clase de pensamientos relacionados con la enfermedad, con qué intensidad lo hacen y cómo los valoran y actúan ante ellos. En tercer lugar, y en relación con las limitaciones planteadas, sería deseable realizar estudios longitudinales, especialmente con los análisis de mediación (i.e., mediación temporal) (Winer et al., 2016), para determinar si realmente las valoraciones disfuncionales y las creencias obsesivas son las responsables del cambio en la relación entre pensamientos intrusos y síntomas de hipocondría y ansiedad por la salud. Finalmente, como se ha mencionado en el apartado anterior, debido al limitado tamaño de algunas de las muestras empleadas en este trabajo (pacientes con hipocondría y familias), sería interesante replicar los resultados obtenidos, que, en esencia, son exploratorios, con muestras más amplias.

Los resultados de la presente Tesis tienen importantes **implicaciones clínicas**, puesto que la comprensión del funcionamiento y las características de algunos de los elementos claves para la génesis y desarrollo de la hipocondría y la ansiedad por la salud, puede favorecer la mejora y actualización de los protocolos de tratamiento dirigidos a estos pacientes. En primer lugar, la validación al castellano del Inventario Breve de Ansiedad por la Salud permite evaluar la ansiedad por la salud en individuos adultos de habla hispana. Además, la obtención de un punto de corte permite utilizarlo en la práctica clínica con fines de cribado, para distinguir entre aquellos individuos que tienen una ansiedad por la salud normal y aquellos con una ansiedad por la salud susceptible de convertirse en un problema clínicamente significativo. En segundo lugar, a pesar de que el Inventario de

Pensamientos Intrusos sobre la Enfermedad fue desarrollado, en un primer momento, para evaluar la presencia de pensamientos intrusos sobre la enfermedad en la población general, su utilidad clínica reside en cuatro aspectos: a) evaluar la presencia de pensamientos intrusos molestos sobre la salud y la enfermedad en pacientes; b) evaluar de un modo preciso y detallado las consecuencias (i.e., emocionales, interferencia, creencias asociadas, y estrategias de control disfuncionales) que tienen estos pensamientos más molestos (y, por tanto, clínicamente significativos), de tal modo que se pueda realizar un análisis funcional exhaustivo de la sintomatología del paciente; c) desde el punto de vista terapéutico permite ayudar a que un paciente comprenda mejor las razones por las que una pensamiento intruso llega a convertirse en un problema clínico, mientras que otra/s, aun siendo molestas, no llegan a ese punto, y d) normalizar la experimentación de este tipo de pensamientos, que son frecuentes en la población general. Una utilidad adicional, como ya hemos mencionado, es su viabilidad como instrumento de diagnóstico diferencial entre el TOC y la hipocondría en pacientes que presentan ideación persistente y recurrente sobre enfermedades, propias o de sus allegados. En tercer lugar, los resultados de nuestros estudios indican que las valoraciones disfuncionales y las creencias sobre los pensamientos recurrentes son variables cognitivas de riesgo para la hipocondría, y que juegan un rol significativo en la escalada de los pensamientos intrusos normales sobre la enfermedad hacia los síntomas clínicamente significativos propios de la hipocondría y la ansiedad por la salud. Así pues, es necesario tenerlas en cuenta en la práctica terapéutica, para comprender y poder intervenir sobre la importancia que los pacientes atribuyen a ciertos pensamientos

y, especialmente, las relativas a la sobreestimación de la amenaza o el catastrofismo y la fusión pensamiento-acción tipo-probabilidad. Por último, nuestros datos también ponen de manifiesto que el medio familiar podría ser relevante en la transmisión de ciertos supuestos o creencias disfuncionales sobre la enfermedad y de creencias obsesivas, específicamente, la sobreestimación de la amenaza o el catastrofismo. Por este motivo, en la práctica clínica es necesario tener en consideración que ciertas creencias disfuncionales que mantienen los pacientes con hipocondría han podido ser transmitidas por sus progenitores y, en especial, por sus padres (varones).

CHAPTER 9
MAIN CONCLUSIONS

The main conclusions that can be drawn from the studies included in this Thesis are:

1. The *Short Health Anxiety Inventory* (SHAI) is an appropriate self-report instrument to measure health anxiety in the Spanish-speaking adult population. A SHAI cut-off point of 40.5 differentiates between individuals with normal health concerns and patients with hypochondriasis (Preliminary study).
2. The *Illness Intrusive Thoughts Inventory* (INPIE, by its Spanish acronym) is a self-report questionnaire designed to assess the frequency of unwanted illness-related intrusive thoughts, as well as the appraisals and control strategies associated with each participant's most upsetting intrusive thought (Objective 1, Study 1).
3. Illness-related intrusive thoughts are universally experienced by all individuals. The general population experiences these thoughts, but infrequently, and they are not associated with a high unpleasantness, negative emotional reactions and dysfunctional appraisals; however, all individuals use neutralizing strategies to handle them (Objective 1, Study 1).
4. Illness-related intrusive thoughts are a dimensional phenomenon. Patients with hypochondriasis have illness-related intrusive thoughts more frequently and with more severe associated functional consequences than the general population. The differences between clinical and non-clinical individuals in their appraisals, emotional reactions and the interference

- produced by their intrusions go beyond the frequency with which those intrusions are experienced (Objective 2, Study 2).
5. Dysfunctional appraisals/interpretations of illness-related intrusive thoughts, and not merely their presence, play a significant role in the escalation from normal intrusive cognitions and their associated consequences to clinical health anxiety-related symptoms (Objective 3, Study 2).
 6. Certain cognitive distortions that have been until now posited as characteristic of OCD (i.e., "obsessive beliefs") are also present in hypochondriasis and health anxiety, including the tendency to overestimate the threat or catastrophism, the need for certainty, the thought-action fusion-likelihood. This is not surprising since those beliefs are best conceived as "beliefs about unpleasant thoughts", and our results supports the universality of unpleasant (and intrusive) thoughts about death and illness. And, more specifically, individuals who experience illness-related intrusive thoughts more frequently also overestimate the likelihood of something bad happening, which contributes to increase their health anxiety (Objective 4, Study 3).
 7. Dysfunctional assumptions or beliefs about the symptoms and illness and thoughts can be acquired within the family. Specifically, problematic assumptions or beliefs about the symptoms and illness and the tendency to overestimate the threat or catastrophism of fathers are associated with these same beliefs in their offsprings (Objective 5, Study 4).

BIBLIOGRAFÍA

- Abramowitz, J. S. y Braddock, A. (2008). *Psychological treatment of health anxiety and hypochondriasis: A biopsychosocial approach*. New York: Hogrefe publishing.
- Abramowitz, J. S. y Braddock, A. E. (2006). Hypochondriasis: conceptualization, treatment, and relationship to obsessive-compulsive disorder. *Psychiatric Clinics*, 29(2), 503-519.
- Abramowitz, J. S., Deacon, J. B. y Valentiner, D. P. (2007). The Short Health Anxiety Inventory: Psychometric properties and construct validity in a non-clinical Sample. *Cognitive Therapy and Research*, 31, 871–883.
- Abramowitz, J. S., Olatunji, B. O. y Deacon, B. J. (2007). Health anxiety, hypochondriasis, and the anxiety disorders. *Behavior Therapy*, 38, 86–94.
- Abramowitz, J. S., Schwartz, S. A. y Whiteside, S. P. (2002). A contemporary conceptual model of hypochondriasis. *Mayo Clinic Proceedings*, 77(12), 1323–1330.
- Abramowitz, J. S., Whiteside, S., Lynam, D. y Kalsy, S. (2003). Is thought–action fusion specific to obsessive–compulsive disorder?: A mediating role of negative affect. *Behaviour Research and Therapy*, 41(9), 1069-1079.
- Abramowitz, J. S., y Moore, E. L. (2007). An experimental analysis of hypochondriasis. *Behaviour Research and Therapy*, 45(3), 413-424.

- Alberts, N. M., Hadjistavropoulos, H. D., Jones, S. L. y Sharpe, D. (2013). The Short Health Anxiety Inventory: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Anxiety Disorders*, 27, 68-78.
- Alberts, N. M., Hadjistavropoulos, H. D., Sherry, S. B., y Stewart, S. H. (2016). Linking illness in parents to health anxiety in offspring: do beliefs about health play a role? *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 44(1), 18-29.
- Alberts, N. M., Sharpe, D., Kehler, M. D. y Hadjistavropoulos, H. D. (2011). Health anxiety: Comparison of the latent structure in medical and non-medical samples. *Journal of Anxiety Disorders*, 25, 612-614.
- Altamura, A. C., Carta, M. G., Tacchini, G., Musazzi, A. y Pioli, M. R. (1998). Prevalence of somatoform disorders in a psychiatric population: an Italian nationwide survey. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 248(6), 267-271.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (text revision) (4th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.

- Arnáez, S., García-Soriano, G. y Belloch, A. (2015). Contenidos obsesivos, miedo a la enfermedad y asco. *Revista de Psicopatología y Psicología clínica*, 20, 33-40.
- Arnáez, S., García-Soriano, G. y Belloch, A. (2017). Hypochondriasis and illness-related intrusive thoughts: development and validation of an evaluation instrument. *Behavioral Psychology*, 25(1), 165.
- Arnáez, S., García-Soriano, G., López-Santiago, J. y Belloch, A. (2019). The Spanish validation of the Short Health Anxiety Inventory: Psychometric properties and clinical utility. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2019.05.003>
- Asmundson, G. J., Abramowitz, J. S., Richter, A. A. y Whedon, M. (2010). Health anxiety: current perspectives and future directions. *Current Psychiatry Reports*, 12(4), 306-312.
- Avia, M. D. (1999). The development of illness beliefs. *Journal of Psychosomatic Research*, 47, 199-204.
- Avia, M. D. (2017). *La hipocondría*. Madrid: Alianza Editorial.
- Bach, M., Nutzinger, D. O. y Hartl, L. (1996). Comorbidity of anxiety disorders and hypochondriasis considering different diagnostic systems. *Comprehensive Psychiatry*, 37(1), 62-67.
- Bados, A., Solanas, A. y Andrés, R. (2005). Psychometric properties of the Spanish version of Depression, Anxiety and Stress Scales (DASS). *Psicothema*, 17, 679-683.

- Bailer, J., Kerstner, T., Witthöft, M., Diener, C., Mier, D. y Rist, F. (2016). Health anxiety and hypochondriasis in the light of DSM-5. *Anxiety, Stress, and Coping*, 29, 219-239.
- Bailey, R. y Wells, A. (2015a). Development and initial validation of a measure of metacognitive beliefs in health anxiety: The MCQ-HA. *Psychiatry Research*, 230(3), 871–877.
- Bailey, R. y Wells, A. (2015b). Metacognitive beliefs moderate the relationship between catastrophic misinterpretation and health anxiety. *Journal of Anxiety Disorders*, 34, 8-14.
- Bailey, R. y Wells, A. (2016a). Is metacognition a causal moderator of the relationship between catastrophic misinterpretation and health anxiety? A prospective study. *Behaviour Research and Therapy*, 78, 43–50.
- Bailey, R. y Wells, A. (2016b). The contribution of metacognitive beliefs and dysfunctional illness beliefs in predicting health anxiety: An evaluation of the metacognitive versus the cognitive models. *Clinical Psychologist*, 20(3), 129–137.
- Barsky, A. J. (1992a). Amplification, somatization, and the somatoform disorders. *Psychosomatics: Journal of Consultation and Liaison Psychiatry*, 33(1), 28-34.
- Barsky, A. J. (1992b). Hypochondriasis and obsessive-compulsive disorder. *Psychiatric Clinics*, 15(4), 791-801.
- Barsky, A. J. y Klerman, G. L. (1983). Overview: hypochondriasis, bodily complaints, and somatic styles. *The American Journal of Psychiatry*, 140, 273-283.

- Barsky, A. J. y Wyshak, G. (1989). Hypochondriasis and related health attitudes. *Psychosomatics*, 30(4), 412-420.
- Barsky, A. J. y Wyshak, G. (1990). Hypochondriasis and somatosensory amplification. *British Journal of Psychiatry*, 157, 404-409.
- Barsky, A. J., Bailey, E. D., Fama, J. M. y Ahern, D. K. (2000). Predictors of remission in DSM hypochondriasis. *Comprehensive Psychiatry*, 41(3), 179-183.
- Barsky, A. J., Barnett, M. C. y Cleary, P. D. (1994). Hypochondriasis and panic disorder: boundary and overlap. *Archives of General Psychiatry*, 51(11), 918-925.
- Barsky, A. J., Cleary, P. D., Wyshak, G., Spitzer, R. L., Williams, J. B. y Klerman, G. L. (1992). A structured diagnostic interview for hypochondriasis: a proposed criterion standard. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 180, 20-27.
- Barsky, A. J., Ettner, S. L., Horsky, J. y Bates, D. W. (2001). Resource utilization of patients with hypochondriacal health anxiety and somatization. *Medical Care*, 39(7), 705-715.
- Barsky, A. J., Fama, J. M., Bailey, E. D. y Ahern, D. K. (1998). A prospective 4-to 5-year study of DSM-III-R hypochondriasis. *Archives of General Psychiatry*, 55(8), 737-744.
- Barsky, A. J., Wyshak, G. y Klerman, G. L. (1990). The Somatosensory Amplification Scale and its relationship to hypochondriasis. *Journal of Psychiatry Research*, 24, 323-334.

Bibliografía

- Barsky, A. J., Wyshak, G. y Klerman, G. L. (1992). Psychiatric comorbidity in DSM-III-R hypochondriasis. *Archives of General Psychiatry*, 49(2), 101-108.
- Barsky, A. J., Wyshak, G., Klerman, G. L. y Latham, K. S. (1990). The prevalence of hypochondriasis in medical outpatients. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 25(2), 89-94.
- Barsky, A. J., y Wyshak, G. (1990). Hypochondriasis and somatosensory amplification. *British Journal of Psychiatry*, 157, 404-409.
- Barsky, A.J. (1979). Patients who amplify bodily sensations. *Annals of International Medicine*, 91, 63-70.
- Barsky, A.J., Coeytaux, R.R., Sarnie, M.K. y Cleary, P.D. (1993). Hypochondriacal patients' beliefs about good health. *The American Journal Psychiatry*, 1(50), 1085.
- Barsky, A.J., Frank, C.B., Cleary, P.D., Wyshak, G. y Klerman, G.L. (1991). The relation between hypochondriasis and age. *The American journal of psychiatry*, 148(7), 923.
- Barsky, A.J., Goodson, J.D., Lañe, R.S., y Cleary, P.D. (1988). The amplification of somatic symptoms. *Psychosomatic Medicine*, 50, 510-519.
- Barsky, A.J., y Klerman, G.L. (1983). Overview: hypochondriasis, bodily complaints, and somatic styles. *American Journal of Psychiatry*, 140, 273-283.

- Beck, A.T., Steer, R.A. y Brown, G.K., (1996). *Beck Depression Inventory-II (BDI-II)*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Belloch, A. (2012). Propuestas para un enfoque transdiagnóstico de los trastornos mentales y del comportamiento: evidencia, utilidad y limitaciones. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 17, 295-311.
- Belloch, A., López-Santiago, J. y Arnáez, S. (2019). *Hipocondría: la ansiedad por la salud*. Madrid, Síntesis.
- Belloch, A., Morillo, C., Luciano, J. V., García-Soriano, G., Cabedo, E. y Carrió, C. (2010). Dysfunctional belief domains related to obsessive-compulsive disorder: A further examination of their dimensionality and specificity. *The Spanish Journal of Psychology*, 13(1), 376-388.
- Belloch, A., Roncero, M. y Perpiñá, C. (2012). Ego-syntonicity and ego-dystonicity associated with upsetting intrusive cognitions. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 34(1), 94-106.
- Belloch, A., Roncero, M. y Perpiñá, C. (2016). Obsessional and eating disorder related intrusive thoughts: differences and similarities within and between individuals vulnerable to OCD or to EDs. *European Eating Disorders Review*, 24, 446-454.
- Belloch, A., Roncero, M., García-Soriano, G., Carrió, C., Cabedo, E. y Fernández-Álvarez, H. (2013). The Spanish version of the Obsessive-Compulsive Inventory-Revised (OCI-R): Reliability,

- validity, diagnostic accuracy, and sensitivity to treatment effects in clinical samples. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 2, 249-256.
- Benedetti, A., Perugi, G., Toni, C., Simonetti, B., Mata, B. y Cassano, G. B. (1997). Hypochondriasis and illness phobia in panic-agoraphobic patients. *Comprehensive Psychiatry*, 38(2), 124-131.
- Berle, D. y Starcevic, V. (2005). Thought–action fusion: Review of the literature and future directions. *Clinical Psychology Review*, 25(3), 263-284.
- Bienvenu, O. J., Samuels, J. F., Riddle, M. A., Hoehn-Saric, R., Liang, K. Y., Cullen, B. A. y Nestadt, G. (2000). The relationship of obsessive–compulsive disorder to possible spectrum disorders: results from a family study. *Biological Psychiatry*, 48(4), 287-293.
- Bleichhardt, G. y Hiller, W. (2007). Hypochondriasis and health anxiety in the German population. *British Journal of Health Psychology*, 12(4), 511-523.
- Blom, R. M., Hagestein de Bruijn, C., de Graaf, R., ten Have, M. y Denys, D. A. (2011). Obsessions in normality and psychopathology. *Depression and Anxiety*, 28, 870-875.
- Bobevski, I., Clarke, D. M. y Meadows, G. (2016). Health anxiety and its relationship to disability and service use: findings from a large epidemiological survey. *Psychosomatic Medicine*, 78(1), 13-25.
- Boelen, P. A. y Carleton, R. N. (2012). Intolerance of uncertainty,

- hypochondriacal concerns, obsessive-compulsive symptoms, and worry. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 200(3), 208–213.
- Bouman, T. K. (2008). Psychotherapy may be beneficial for people with hypochondriasis. *Evidence-Based Mental Health*, 11, 90.
- Bouman, T. K. (2014). Cognitive and behavioral models and cognitive-behavioral and related therapies for health anxiety and hypochondriasis. En V. Starcevic y R. Noyes. (Eds.), *Hypochondriasis and health anxiety: A guide for clinicians* (pp. 149-198). New York, NY, US: Oxford University Press.
- Brakoulias, V. y Starcevic, V. (2011). The characterization of beliefs in obsessive-compulsive disorder. *Psychiatric Quarterly*, 82(2), 151-161.
- Brown, H. B., Kosslyn, S. M., Delamater, B., Fama, J. y Barsky, A. J. (1999). Perceptual and memory biases for health-related words in hypochondriacal individuals. *Journal of Psychosomatic Research*, 47, 67–78.
- Caballo, V. E. (2006). *Manual para la evaluación clínica de los trastornos psicológicos: trastornos de la edad adulta e informes psicológicos* [CD-ROM]. Madrid: Pirámide.
- Castañeiras, C. (2001). *Avances en psicopatología y clínica de la hipocondría* (tesis doctoral). Universidad de Valencia, Valencia, España.
- Chorot y Martínez-Narváez (2012). Trastornos somatoformes. En Belloch, A., Sandín, B., y Ramos, F. (Ed.), *Manual de psicopatología* (pp. 177-212). Madrid, España: McGraw-Hill.

- Christensen, A. J., Moran, P. J., y Wiebe, J. S. (1999). Assessment of irrational health beliefs: relation to health practices and medical regimen adherence. *Health Psychology, 18*(2), 169.
- Clark, D. A. y Purdon, C. (1993). New perspectives for a cognitive theory of obsessions. *Australian Psychologist, 28*(3), 161-167.
- Clark, D. A., Abramowitz, J., Alcolado, G. M., Alonso, P., Belloch, A., Bouvard, M., Coles, M., Doron, G., Fernández-Álvarez, H., García-Soriano, G., Ghisi, M., Gómez, B., Inozu, M., Moulding, R., Radomsky, A., Shams, G., Sica, C., Simos, G. y Wong, W. (2014). Part 3. A question of perspective: the association between intrusive thoughts and obsessionality in 11 countries. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders, 3*, 292-299.
- Clark, D. M. (1988). A cognitive model of panic attacks. En S. Rachman y J. D. Maser. (Eds.), *Panic: Psychological perspectives* (pp. 71-89). Hillsdale, NJ, US: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Clarke, D. M., Piterman, L., Byrne, C. J. y Austin, D. W. (2008). Somatic symptoms, hypochondriasis and psychological distress: a study of somatisation in Australian general practice. *Medical Journal of Australia, 189*(10), 560.
- Claude, J. A. J., Hadjistavropoulos, H. D. y Friesen, L. (2014). Exploration of health anxiety among individuals with diabetes: Prevalence and implications. *Journal of Health Psychology, 19*(2), 312-322.
- Cloninger, C. R. (2001). The origins of DSM and ICD criteria for

- conversion and somatization. En P. Halligan, C. Bass y J. C. Marshall. (Eds.), *Contemporary approaches to the study of hysteria: Clinical and theoretical perspectives* (pp. 49-62). New York, NY, US: Oxford University Press.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Hillsdale, NJ: Lawrence Earlbaum Associates.
- Davey, G. C. L. y Bond, N. (2006). Using controlled comparisons in disgust psychopathology research: the case of disgust, hypochondriasis and health anxiety. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 37(1), 4-15.
- Deacon, B. J. y Abramowitz, J. S. (2008). Is Hypochondriasis Related to Obsessive-Compulsive Disorder, Panic Disorder, or Both? An Empirical Evaluation. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 22(2), 115–127.
- Demopulos, C., Fava, M., McLean, N. E., Alpert, J. E., Nierenberg, A. A. y Rosenbaum, J. F. (1996). Hypochondriacal concerns in depressed outpatients. *Psychosomatic Medicine*, 58(4), 314-320.
- Díez-Quevedo, C., Rangil-Muñoz, T. y Sánchez-Planell, L. (2003). Situación actual de la hipocondría. *Psiquiatría Biológica*, 10(3), 87-95.
- Doherty-Torstrick, E. R., Walton, K. E., Barsky, A. J. y Fallon, B. A. (2016). Avoidance in hypochondriasis. *Journal of Psychosomatic Research*, 89, 46-52.
- du Toit, P. L., van Kradenburg, J., Niehaus, D. y Stein, D. J. (2001). Comparison of obsessive-compulsive disorder patients with and

- without comorbid putative obsessive-compulsive spectrum disorders using a structured clinical interview. *Comprehensive Psychiatry*, 42(4), 291-300.
- Dugas, M. J., Buhr, K. y Ladouceur, R. (2004). The Role of Intolerance of Uncertainty in Etiology and Maintenance. En R. G. Heimberg, C. L. Turk y D. S. Mennin. (Eds.), *Generalized anxiety disorder: advances in research and practice* (pp. 143- 163). New York: Guildford.
- Dugas, M. J., Schwartz, A. y Francis, K. (2004). Brief report: Intolerance of uncertainty, worry, and depression. *Cognitive Therapy and Research*, 28(6), 835-842.
- Ehlers, A., Hackmann, A., Steil, R., Clohessy, S., Wenninger, K. y Winter, H. (2002). The nature of intrusive memories after trauma: the warning signal hypothesis. *Behaviour Research and Therapy*, 40, 995-1002.
- El-Islam, M. F., Malasi, T. A., Suleiman, M. A. y Mirza, I. A. (1989). The correlates of hypochondriasis in depressed patients. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, 18(3), 253-261.
- Engelhard, I. M., van den Hout, M. A., Arntz, A. y McNally, R. J. (2002). A longitudinal study of “intrusion-based reasoning” and posttraumatic stress disorder after exposure to a train disaster. *Behaviour Research and Therapy*, 40, 1415-1424.
- Escobar, J. I., Gara, M., Waitzkin, H., Silver, R. C., Holman, A. y Compton, W. (1998). DSM-IV hypochondriasis in primary care. *General Hospital Psychiatry*, 20(3), 155-159.

- Escobar, J. I., Swartz, M., Rubio-Stipec, M., Manu, P., Silver, R. C. y Gara, M. (1991). Medically unexplained symptoms: distribution, risk factors, and comorbidity. En L. J. Kirmayer y J. M. Robbins. (Eds.), *Current concepts of somatization: research and clinical perspectives* (pp. 63-68). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Fallon, B. A., Harper, K. M., Landa, A., Pavlicova, M., Schneier, F. R., Carson, A., ... y Liebowitz, M. R. (2012). Personality disorders in hypochondriasis: prevalence and comparison with two anxiety disorders. *Psychosomatics*, 53(6), 566-574.
- Fallon, B. A., Qureshi, A. I., Laje, G. y Klein, B. (2000). Hypochondriasis and its relationship to obsessive-compulsive disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 23(3), 605-616.
- Faravelli, C., Salvatori, S., Galassi, F., Aiazzi, L., Drei, C. y Cabras, P. (1997). Epidemiology of somatoform disorders: a community survey in Florence. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 32(1), 24-29.
- Fava, G. A. y Grandi, S. (1991). Differential diagnosis of hypochondriacal fears and beliefs. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 55(2-4), 114-119.
- Fava, G. A. y Magnelli, L. (2001). Hypochondriasis and anxiety disorders. En V. Starcevic y D. R. Lipsitt (Eds.), *Hypochondriasis: Modern perspectives on an ancient malady* (pp. 21-60). New York, NY, US: Oxford University Press.
- Fava, G. A., Cosci, F. y Sonino, N. (2017). Current psychosomatic

- practice. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 86(1), 13-30.
- Fava, G. A., Grandi, S., Rafanelli, C., Fabbri, S. y Cazzaro, M. (2000). Explanatory therapy in hypochondriasis. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 61(4), 317-322.
- Fergus, T. A. (2013a). Cyberchondria and intolerance of uncertainty: examining when individuals experience health anxiety in response to Internet searches for medical information. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 16(10), 735-739
- Fergus, T. A. (2013b). Repetitive thought and health anxiety: Tests of specificity. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 35(3), 366-374.
- Fergus, T. A. (2014). Health-related dysfunctional beliefs and health anxiety: Further evidence of cognitive specificity. *Journal of Clinical Psychology*, 70, 248–259.
- Fergus, T. A. (2015a). Anxiety sensitivity and intolerance of uncertainty as potential risk factors for cyberchondria: A replication and extension examining dimensions of each construct. *Journal of Affective Disorders*, 184, 305-309.
- Fergus, T. A. (2015b). I really believe I suffer from a health problem: Examining an association between cognitive fusion and healthy anxiety. *Journal of clinical psychology*, 71(9), 920-934.
- Fergus, T. A. y Bardeen, J. R. (2013). Anxiety sensitivity and intolerance of uncertainty: Evidence of incremental specificity in relation to health anxiety. *Personality and Individual Differences*,

55(6), 640-644.

- Fergus, T. A. y Valentiner, D. P. (2011). Intolerance of uncertainty moderates the relationship between catastrophic health appraisals and health anxiety. *Cognitive Therapy and Research*, 35(6), 560–565.
- Ferguson, E. (2000). Hypochondriacal concerns and the five-factor model of personality. *Journal of Personality*, 68(4), 705-724.
- Ferguson, E., Moghaddam, N. G. y Bibby, P. A. (2007). Memory bias in health anxiety is related to the emotional valence of health-related words. *Journal of Psychosomatic Research*, 62(3), 263-274.
- Ferguson, E., Swairbrick, R., Clare, S., Robinson, E., Bignell, C. J. y Anderson, C. (2000). Hypochondriacal concerns, somatosensory amplification, and primary and secondary cognitive appraisals. *British Journal of Medical Psychology*, 73(3), 355-369.
- Fetzner, M. G., Asmundson, G. J., Carey, C., Thibodeau, M. A., Brandt, C., Zvolensky, M. J. y Carleton, R. N. (2014). How do elements of a reduced capacity to withstand uncertainty relate to the severity of health anxiety? *Cognitive Behaviour Therapy*, 43(3), 262-274.
- Fink, P., Hansen, M. S. y Oxhøj, M. L. (2004). The prevalence of somatoform disorders among internal medical inpatients. *Journal of Psychosomatic Research*, 56(4), 413-418.

- Foa, E. B., Huppert, J. D., Leiberg, S., Langner, R., Kichic, R., Hajcak, G. y Salkovskis, P. M. (2002). The Obsessive-Compulsive Inventory: development and validation of a short version. *Psychological Assessment, 14*(4), 485.
- Freeston, M. H., Gagnon, F., Ladouceur, R., Thibodeau, N., Letarte, H. y Rhéaume, J. (1994). Health-related intrusive thoughts. *Journal of Psychosomatic Research, 38*(3), 203-215.
- Fulton, J. J., Marcus, D. K., y Merkey, T. (2011). Irrational health beliefs and health anxiety. *Journal of Clinical Psychology, 67*(6), 527-538.
- Furer, P., Walker, J. R., Chartier, M. J. y Stein, M. B. (1997). Hypochondriacal concerns and somatization in panic disorder. *Depression and Anxiety, 6*(2), 78-85.
- García-Soriano, G. (2008). *Pensamientos intrusos obsesivos y obsesiones clínicas: Contenidos y significado personal* (tesis doctoral). Universidad de Valencia, Valencia, España.
- García-Soriano, G. y Belloch, A. (2013). Symptom dimensions in obsessive-compulsive disorder: differences in distress, interference, appraisals and neutralizing strategies. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 44*, 441-448.
- García-Soriano, G., Belloch, A., Morillo, C. y Clark, D.A. (2011). Symptom dimensions in obsessive-compulsive disorder: from normal cognitive intrusions to clinical obsessions. *Journal of Anxiety Disorders, 25*, 474-482.

- García-Soriano, G., Roncero, M., Perpiñá, C. y Belloch, A. (2014). Intrusive thoughts in obsessive-compulsive disorder and eating disorder patients: a differential analysis. *European Eating Disorders Review*, 22, 191-199.
- Garson, G. D. (2009). Reliability analysis. *Statnotes: Topics in multivariate analysis*. <http://www.2.chass.ncsu.edu/garson/pa765/reliab.htm>.
- Garyfallos, G., Adamopoulou, A., Karastergiou, A., Voikli, M., Ikonomidis, N., Donias, S., ... y Dimitriou, E. (1999). Somatoform disorders: comorbidity with other DSM-III-R psychiatric diagnoses in Greece. *Comprehensive Psychiatry*, 40(4), 299-307.
- Gautreau, C. M., Sherry, S. B., Sherry, D. L., Birnie, K. A., Mackinnon, S. P. y Stewart, S. H. (2015). Does catastrophizing of bodily sensations maintain health-related anxiety? A 14-day daily diary study with longitudinal follow-up. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 43(4), 502-512.
- Gellatly, R. y Beck, A. T. (2016). Catastrophic Thinking: A Transdiagnostic Process Across Psychiatric Disorders. *Cognitive Therapy and Research*, 40(4), 441-452.
- Giraldo-O'Meara, M. y Belloch, A. (2018). Escalation from normal appearance related intrusive cognitions to clinical preoccupations in Body Dysmorphic Disorder: A cross-sectional study. *Psychiatry Research*, 265, 137-143.

- Goldberg, D. P., Krueger, R. F., Andrews, G. y Hobbs, M. J. (2009). Emotional disorders: cluster 4 of the proposed meta-structure for DSM-V and ICD-11. *Psychological Medicine*, 39(12), 2043-2059.
- Gray, J.A. (1987). *The psychology of fear and stress*. Nueva York, Cambridge University Press.
- Greeven, J. F., van Balkom, A. J., van Rood, Y. R., Oppen, P. V. y Spinhoven, P. (2006). The boundary between hypochondriasis and obsessive-compulsive disorder: a cross-sectional study from the Netherlands. *Journal of Clinical Psychiatry*, 67, 8.
- Grossi, D., Longarzo, M., Quarantelli, M., Salvatore, E., Cavaliere, C., De Luca, P. y Aiello, M. (2017). Altered functional connectivity of interoception in illness anxiety disorder. *Cortex*, 86, 22-32.
- Gureje, O., Üstün, T. B. y Simon, G. E. (1997). The syndrome of hypochondriasis: a cross-national study in primary care. *Psychological Medicine*, 27(5), 1001-1010.
- Guze, S. B., Cloninger, C. R., Martin, R. L. y Clayton, P. J. (1986). A follow-up and family study of Briquet's syndrome. *The British Journal of Psychiatry*, 149(1), 17-23.
- Hadjistavropoulos, H. D., Craig, K. D. y Hadjistavropoulos, T. (1998). Cognitive and behavioral responses to illness information: The role of health anxiety. *Behaviour Research and Therapy*, 36, 149-164.
- Hadjistavropoulos, H. D., Janzen, J. A., Kehler, M. D., Leclerc, J. A., Sharpe, D., y Bourgault-Fagnou, M. D. (2012). Core cognitions

- related to health anxiety in self-reported medical and non-medical samples. *Journal of Behavioral Medicine*, 35(2), 167-178.
- Haenen, M. A., de Jong, P. J., Schmidt, A. J. M., Stevens, S. y Visser, L. (2000). Hypochondriacs' estimation of negative outcomes: Domain specificity and responsiveness to reassuring and alarming information. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 819–833.
- Haenen, M. A., Schmidt, A. J., Schoenmakers, M. y van den Hout, M. A. (1997). Tactual sensitivity in hypochondriasis. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 66(3), 128-132.
- Harvey, A. G. y Payne, S. (2002). The management of unwanted pre-sleep thoughts in insomnia: distraction with imagery versus general distraction. *Behaviour Research and Therapy*, 40, 267-277.
- Hayes, A. F. (2013). *Introduction to mediation, moderation, and conditional process analysis: A regression-based approach*. Guilford Publications.
- Hedman, E., Lekander, M., Ljótsson, B., Lindfors, N., Rück, C., Andersson, G. y Andersson, E. (2015). Optimal cut-off points on the Health Anxiety Inventory, Illness Attitude Scales and Whiteley Index to identify severe health anxiety. *PLoS ONE*, 10(4). Article ID e0123412.
- Hedman, E., Ljótsson, B., Axelsson, E., Andersson, G., Rück, C. y Andersson, E. (2017). Health anxiety in obsessive compulsive disorder and obsessive-compulsive symptoms in severe health

- anxiety: An investigation of symptom profiles. *Journal of Anxiety Disorders*, 45, 80-86.
- Hiller, W., Leibbrand, R., Rief, W. y Fichter, M. M. (2002). Predictors of course and outcome in hypochondriasis after cognitive-behavioral treatment. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 71(6), 318-325.
- Hiller, W., Rief, W. y Fichter, M. M. (2002). Dimensional and categorical approaches to hypochondriasis. *Psychological medicine*, 32(4), 707-718.
- Hitchcock, P. B. y Mathews, A. (1992). Interpretation of bodily symptoms in hypochondriasis. *Behaviour Research and Therapy*, 30(3), 223-234.
- Holaway, R. M., Heimberg, R. G. y Coles, M. E. (2006). A comparison of intolerance of uncertainty in analogue obsessive-compulsive disorder and generalized anxiety disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 20(2), 158-174.
- Hollander, E., Braun, A. y Simeon, D. (2008). Should OCD leave the anxiety disorders in DSM-V? The case for obsessive compulsive-related disorders. *Depression and Anxiety*, 25(4), 317-329.
- Hollander, E., Friedberg, J. P., Wasserman, S., Yeh, C. C. y Iyengar, R. (2005). The case for the OCD spectrum. En J. S. Abramowitz y A. C. Houts. (Eds.), *Concepts and controversies in obsessive-compulsive disorder* (pp. 95-118). Springer, Boston, MA.

- Hollifield, M., Tuttle, L., Paine, S. y Kellner, R. (1999). Hypochondriasis and somatization related to personality and attitudes toward self. *Psychosomatics*, 40(5), 387-395.
- Hu, L. T. y Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling*, 6, 1-55.
- IBM Corp. Released 2011. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 20.0. Armonk, NY: IBM Corp.
- IBM Corp. Released 2013. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 22.0. Armonk, NY: IBM Corp.
- Jyväsjarvi, S., Joukamaa, M., Väisänen, E., Larivaara, P., Kivelä, S. L. y Keinänen-Kiukaanniemi, S. (1999). Alexithymia, hypochondriacal beliefs, and psychological distress among frequent attenders in primary health care. *Comprehensive Psychiatry*, 40(4), 292-298.
- Keeley, M., y Storch, E. A. (2008). Etiología, evaluación y tratamiento del trastorno obsesivo compulsivo en niños y adolescentes. *Behavioral Psychology*, 16(3), 535-551.
- Kehler, M. D. y Hadjistavropoulos, H. D. (2009). Is health anxiety a significant problem for individuals with multiple sclerosis? *Journal of Behavioral Medicine*, 32(2), 150-161.
- Kellner, R. (1983). Prognosis of treated hypochondriasis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67(2), 69-79.

- Kellner, R. (1985). Functional somatic symptoms and hypochondriasis: a survey of empirical studies. *Archives of General Psychiatry*, 42(8), 821-833.
- Kellner, R. (1989). Hypochondriasis and body dysmorphic disorder. *Treatments of psychiatric disorders: a task force report of the American Psychiatric Association*, 3, 2138-2146.
- Kellner, R., Fava, G. A., Lisansky, J., Perini, G. I. y Zielezny, M. (1986). Hypochondriacal fears and beliefs in DSM-III melancholia: changes with amitriptyline. *Journal of Affective Disorders*, 10(1), 21-26.
- Kenyon, F. E. (1964). Hypochondriasis: a clinical study. *The British Journal of Psychiatry*, 110(467), 478-488.
- Kenyon, F. E. (1976). Hypochondriacal states. *The British Journal of Psychiatry*, 129(1), 1-14.
- Kocjan, J. (2016). Short Health Anxiety Inventory (SHAI)-Polish version: Evaluation of psychometric properties and factor structure. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*, 18, 68-78.
- Kollei, I. Bruhoeber, S., Rauh, E., de Zwaan, M. y Martin, A. (2012). Body Image, emotions and thought control strategies in body dysmorphic disorder compared to eating disorders and healthy controls. *Journal of Psychosomatic Research*, 72, 321-327.
- Langlois, F., Ladouceur, R., Patrick, G. y Freeston, M. H. (2004). Characteristics of illness intrusions in a non-clinical sample. *Behaviour Research and Therapy*, 42(6), 683-696.

- 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.
- Lecci, L., Karoly, P., Ruehlman, L. S. y Lanyon, R. I. (1996). Goal-relevant dimensions of hypochondriacal tendencies and their relation to symptom manifestation and psychological distress. *Journal of Abnormal Psychology, 105*(1), 42.
- Liu, L., Bi, B., Qin, X., Wei, S., Wang, W., Li, Y. y Dong, G. (2012). The prevalence of somatoform disorders in internal medicine outpatient departments of 23 general hospitals in Shenyang, China. *General Hospital Psychiatry, 34*(4), 339-344.
- Longley, S., E Calamari, J., Noyes, R., Meyers, K. y McDowell, E. (2014). Health anxiety (hypochondriasis): an emotional disorder in an alternative taxonomy. *Current Psychiatry Reviews, 10*(1), 3-13.
- Looper, K. J. y Kirmayer, L. J. (2001). Hypochondriacal concerns in a community population. *Psychological Medicine, 31*(4), 577-584.
- López-Santiago, J. (2011). *Delimitación diagnóstica y clínica del trastorno de somatización* (tesis doctoral). Universidad de Valencia, Valencia, España.
- López-Santiago, J. y Belloch, A. (2012). El laberinto de la somatización: se buscan salidas. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica, 17*, 151-172.
- Lopez-Sola, C., Fontenelle, L. F., Alonso, P., Cuadras, D., Foley, D. L., Pantelis, C., Pujol, J., Yücel, M., Cardoner, N., Soriano-Mas, C.,

Bibliografía

- J. M. Menchón., y Harrison, B. J. (2014). Prevalence and heritability of obsessive-compulsive spectrum and anxiety disorder symptoms: A survey of the Australian Twin Registry. *American Journal of Medical Genetics Part B, Neuropsychiatric Genetics*, 165(4), 314–325.
- Lovibond, P. F. y Lovibond, S. H. (1995). The structure of negative emotional states: comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour Research and Therapy*, 33, 335-343.
- MacSwain, K. L. H., Sherry, S. B., Stewart, S. H., Watt, M. C., Hadjistavropoulos, H. D. y Graham, A. R. (2009). Gender differences in health anxiety: An investigation of the interpersonal model of health anxiety. *Personality and Individual Differences*, 47(8), 938–943.
- Marcus, D. K. (1999). The cognitive-behavioral model of hypochondriasis: Misinformation and triggers. *Journal of Psychosomatic Research*, 47, 79–91.
- Marcus, D. K. y Church, S. E. (2003). Are dysfunctional beliefs about illness unique to hypochondriasis? *Journal of Psychosomatic Research*, 54(6), 543-547.
- Marcus, D. K., Gurley, J. R., Marchi, M. M. y Bauer, C. (2007). Cognitive and perceptual variables in hypochondriasis and health anxiety: A systematic review. *Clinical Psychology Review*, 27(2), 127-139.

- Marsh, H. W., Hau, K.-T. y Wen, Z. (2004). In Search of Golden Rules: Comment on Hypothesis-Testing Approaches to Setting Cutoff Values for Fit Indexes and Dangers in Overgeneralizing Hu and Bentler's (1999) Findings. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, 11, 320–341.
- Martin, A. y Jacobi, F. (2006). Features of hypochondriasis and illness worry in the general population in Germany. *Psychosomatic Medicine*, 68(5), 770-777.
- Martínez, M. P., Belloch, A. y Botella, C. (1999). Somatosensory amplification in hypochondriasis and panic disorder. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 6, 46-53.
- Mataix-Cols, D., Boman, M., Monzani, B., Ruck, C., Serlachius, E., Langstrom, N. y Lichtenstein, P. (2013). Population-based, multigenerational family clustering study of obsessive-compulsive disorder. *JAMA Psychiatry*, 70, 709–717.
- Matijasevic, E. (2014). Trastornos somáticos funcionales. Aprendizaje basado en problemas. En J. M. Escobar y M. Uribe. (Eds.), *Avances en psiquiatría desde un modelo biopsicosocial* (pp. 161-218). Colombia: Ediciones Uniandes.
- Mayou, R., Kirmayer, L. J., Simon, G., Kroenke, K. y Sharpe, M. (2005). Somatoform disorders: time for a new approach in DSM-V. *American Journal of Psychiatry*, 162(5), 847-855.
- McEvoy, P. M., y Mahoney, A. E. (2012). To be sure, to be sure: Intolerance of uncertainty mediates symptoms of various anxiety disorders and depression. *Behavior Therapy*, 43(3), 533-545.

- Melli, G., Bailey, R., Carraresi, C. y Poli, A. (2018). Metacognitive beliefs as a predictor of health anxiety in a self-reporting Italian clinical sample. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 25(2), 263-271.
- Melli, G., Rustici, S., Micheli, E., Stopani, E., Carraresi, C. y Bulli, F. (2014). Il ruolo della responsabilità ipertrofica nel disturbo d'ansia per la salute: un'indagine esplorativa. *Psicoterapia Cognitiva e Comportamentale*, 20(3), 343-355.
- Meyer, T. J., Miller, M. L., Metzger, R. L. y Borkovec, T. D. (1990). Development and validation of the Penn State Worry Questionnaire. *Behaviour Research and Therapy*, 28, 487-495.
- Montero, I. y León, O.G. (2007). A guide for naming research studies in Psychology. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7, 847-862.
- Morales, A., Espada, J. P., Carballo, J. L., Piqueras, J. A. y Orgilés, M. (2015). Short Health Anxiety Inventory: Factor structure and psychometric properties in Spanish adolescents. *Journal of Health Psychology*, 20, 123-131.
- Morales, A., Reis, S., Espada, J. P. y Orgilés, M. (2016). Portuguese validation of the Short Health Anxiety Inventory: Factor structure, reliability, and factor invariance. *Journal of Health Psychology*, 18, 848-857.
- Morrison, J. (1989). Histrionic personality disorder in women with somatization disorder. *Psychosomatics*, 30(4), 433-437.

- Moulding, R., Coles, M. E., Abramowitz, J. S., Alcolado, G. M., Alonso, P., Belloch, A., Bouvard, M., Clark, D. a., Doron, G., Fernández-Álvarez, H., García-Soriano, G., Ghisi, M., Gómez, B., Inozu, M., Radomsky, A., Shams, G., Sica, C., Simos, G. y Wong, W. Part 2. They scare because we care: the relationship between obsessive intrusive thoughts and appraisals and control strategies across 15 cities. *Journal of Obsessive- Compulsive and Related Disorders*, 3, 280-291.
- Muse, K., McManus, F., Hackmann, A., Williams, M. y Williams, M. (2010). Intrusive imagery in severe health anxiety: prevalence, nature and links with memories and maintenance cycles. *Behaviour Research and Therapy*, 48, 792-798.
- Nanney, J.T., Constans, J.I., Kimbrell, T.A., Kramer, T.L. y Pyne, J.M. (2015). Differentiating between appraisal process and product in cognitive theories of posttraumatic stress. *Psychological Trauma*, 7, 372-381.
- Nemiah, J. C. (1977). Alexithymia. Theoretical considerations. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 28, 199-206.
- Newby, J. M., Hobbs, M. J., Mahoney, A. E., Wong, S. K. y Andrews, G. (2017). DSM-5 illness anxiety disorder and somatic symptom disorder: Comorbidity, correlates, and overlap with DSM-IV hypochondriasis. *Journal of Psychosomatic Research*, 101, 31-37.
- Neziroglu, F., McKay, D. y Yaryura-Tobias, J. A. (2000). Overlapping and distinctive features of hypochondriasis and obsessive–

- compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 14(6), 603-614.
- Norton, P. J., Sexton, K. A., Walker, J. R. y Ron Norton, G. (2005). Hierarchical model of vulnerabilities for anxiety: Replication and extension with a clinical sample. *Cognitive Behaviour Therapy*, 34(1), 50-63.
- Noyes, R. (1999). The relationship of hypochondriasis to anxiety disorders. *General Hospital Psychiatry*, 21(1), 8-17.
- Noyes, R., Carney, C. P. y Langbehn, D. R. (2004). Specific phobia of illness: Search for a new subtype. *Journal of Anxiety Disorders*, 18(4), 531-545.
- Noyes, R., Carney, C. P., Hillis, S. L., Jones, L. E., y Langbehn, D. R. (2005). Prevalence and correlates of illness worry in the general population. *Psychosomatics*, 46(6), 529-539.
- Noyes, R., Happel, R. L. y Yagla, S. J. (1999). Correlates of hypochondriasis in a nonclinical population. *Psychosomatics*, 40(6), 461-469.
- Noyes, R., Kathol, R. G., Fisher, M. M., Phillips, B. M., Suelzer, M. T. y Woodman, C. L. (1994a). One-year follow-up of medical outpatients with hypochondriasis. *Psychosomatics*, 35(6), 533-545.
- Noyes, R., Stuart, S., Langbehn, D. R., Happel, R. L., Longley, S. L. y Yagla, S. J. (2002). Childhood antecedents of hypochondriasis. *Psychosomatics*, 43(4), 282-289.
- Noyes, R., Watson, D. B., Letuchy, E. M., Longley, S. L., Black, D. W., Carney, C. P. y Doebbeling, B. N. (2005). Relationship between

- hypochondriacal concerns and personality dimensions and traits in a military population. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 193(2), 110-118.
- O'Bryan, E. M. y McLeish, A. C. (2017). An examination of the indirect effect of intolerance of uncertainty on health anxiety through anxiety sensitivity physical concerns. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 39(4), 715-722.
- OCCWG (1997). Cognitive assessment of obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 667-681.
- Olatunji, B. O. y Wolitzky-Taylor, K. B. (2009). Anxiety sensitivity and the anxiety disorders: a meta-analytic review and synthesis. *Psychological Bulletin*, 135(6), 974.
- Olatunji, B. O., Deacon, B. J. y Abramowitz, J. S. (2009). Is hypochondriasis an anxiety disorder? *The British Journal of Psychiatry*, 194(6), 481-482.
- Otto, M. W., Demopulos, C. M., McLean, N. E., Pollack, M. H. y Fava, M. (1998). Additional findings on the association between anxiety sensitivity and hypochondriacal concerns: Examination of patients with major depression. *Journal of Anxiety Disorders*, 12(3), 225-232.
- Pandey, S., Parikh, M., Brahmabhatt, M. y Vankar, G. K. (2017). Clinical study of illness anxiety disorder in medical outpatients. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*, 4, 32-41.
- Parrish, C. L. y Radomsky, A. S. (2010). Why do people seek reassurance and check repeatedly? An investigation of factors

- involved in compulsive behavior in OCD and depression. *Journal of Anxiety Disorders*, 24(2), 211-222.
- Pascual-Vera, B. y Belloch, A. (2018). Functional links of obsessive, dysmorphic, hypochondriac, and eating-disorders related mental intrusions. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 18, 43-51.
- Pascual-Vera, B., Akin, B., Belloch, A., Bottesi, G., Clark, D. A., Doron, G., ... y Jiménez-Ros, A. (2019). The cross-cultural and transdiagnostic nature of unwanted mental intrusions. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 19 (2), 85-96.
- Perpiñá, C., Roncero, M. y Belloch, A. (2008). Eating-related intrusions in a community sample: development and validation of the eating-related intrusive thoughts INPIAS. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 13, 137-158.
- Pilowsky, I. (1967). Dimensions of hypochondriasis. *The British Journal of Psychiatry*, 113(494), 89-93.
- Pilowsky, I. (1970). Primary and secondary hypochondriasis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 46(3), 273-285.
- Purdon, C. y Clark, D. A. (1993). Obsessive intrusive thoughts in non-clinical subjects. Part I. Content a relation with depressive, anxious and obsessional symptoms. *Behaviour Research and Therapy*, 31, 713-720.
- Purdon, C. y Clark, D. A. (1994). Obsessive intrusive thoughts in nonclinical subjects. 2. cognitive appraisal, emotional response

- and thought control strategies. *Behaviour Research and Therapy*, 32, 403-410.
- Purdon, C. y Clark, D. A. (1999). Metacognition and obsessions. *Clinical Psychology and Psychotherapy: An International Journal of Theory and Practice*, 6(2), 102-110.
- Rachman, S. (1981). Part I. Unwanted intrusive cognitions. *Advances in Behaviour Research and Therapy*, 3, 89-99.
- Rachman, S. (1998). A cognitive theory of obsessions: Elaborations. *Behaviour research and therapy*, 36(4), 385-401.
- Rachman, S. (2012). Health anxiety disorders: a cognitive construal. *Behaviour Research and Therapy*, 50(7-8), 502-512.
- Rachman, S. J. (1997). A cognitive theory of obsessions. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 793-802.
- Rachman, S. y de Silva, P. (1978). Abnormal and normal obsessions. *Behaviour Research and Therapy*, 16, 233-248.
- Rachman, S. y Hodgson, R. (1980). *Obsessions and compulsions*. Englewoof Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Radomsky, A. S., Alcolado, G. M., Abramowitz, J. S., Alonso, P., Belloch, A., Bouvard, M., Clark, D. a., Coles, M., Doron, G., Fernández-Álvarez, H., García-Soriano, G., Ghisi, M., Gómez, B., Inozu, M., Moulding, R., Shams, G., Sica, C., Simos, G. y Wong, W. (2014). Part 1—You can run but you can't hide: Intrusive thoughts on six continents. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 3, 269-279.

- Raines, A. M., Oglesby, M. E., Capron, D. W. y Schmidt, N. B. (2014). Obsessive compulsive disorder and anxiety sensitivity: Identification of specific relations among symptom dimensions. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 3(2), 71-76.
- Rask, C. U., Elberling, H., Skovgaard, A. M., Thomsen, P. H. y Fink, P. (2012). Parental-reported health anxiety symptoms in 5-to 7-year-old children: the Copenhagen Child Cohort CCC 2000. *Psychosomatics*, 53(1), 58-67.
- Rassin, E., Merckelbach, H., Muris, P. y Schmidt, H. (2001). The thought-action fusion scale: Further evidence for its reliability and validity. *Behaviour Research and Therapy*, 39(5), 537-544.
- Reiss, S. (1987). Theoretical perspectives on the fear of anxiety. *Clinical Psychology Review*, 7(6), 585-596.
- Reuman, L., Jacoby, R. J., Blakey, S. M., Riemann, B. C., Leonard, R. C. y Abramowitz, J. S. (2017). Predictors of illness anxiety symptoms in patients with obsessive compulsive disorder. *Psychiatry Research*, 256, 417-422.
- Rief, W., Hiller, W., y Margraf, J. (1998). Cognitive aspects of hypochondriasis and the somatization syndrome. *Journal of Abnormal Psychology*, 107(4), 587.
- Riskind, J. H., Sica, C., Bottesi, G., Ghisi, M., y Kashdan, T. B. (2017). Cognitive vulnerabilities in parents as a potential risk factor for anxiety symptoms in young adult offspring: An exploration of looming cognitive style. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 54, 229-238.

- Robbins, J. M. y Kirmayer, L. J. (1996). Transient and persistent hypochondriacal worry in primary care. *Psychological Medicine*, 26(3), 575-589.
- Robichaud, M., Dugas, M. J., y Conway, M. (2003). Gender differences in worry and associated cognitive-behavioral variables. *Journal of Anxiety Disorders*, 17(5), 501-516.
- Rode, S., Salkovskis, P., Dowd, H. y Hanna, M. (2006). Health anxiety levels in chronic pain clinic attenders. *Journal of Psychosomatic Research*, 60(2), 155-161.
- Romero-Sanchiz, P., Nogueira-Arjona, R., Godoy-Ávila, A., Gavino-Lázaro, A. y Freeston, M. H. (2017). Differences in clinical intrusive thoughts between obsessive-compulsive disorder, generalized anxiety disorder, and hypochondria. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 24(6), O1464-O1473.
- Roncero, M. *Los trastornos de la conducta alimentaria y el espectro obsesivo-compulsivo: intrusiones mentales, egodistonía y creencias* (tesis doctoral). Universidad de Valencia, Valencia, España.
- Sakai, R., Nestoriuc, Y., Nolido, N. V. y Barsky, A. J. (2010). The prevalence of personality disorders in hypochondriasis. *Journal of Clinical Psychiatry*, 71(1), 41-47.
- Salkovskis, P. M. (1985). Obsessional-compulsive problems: A cognitive-behavioural analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 23, 571-583.

- Salkovskis, P. M. (1985). Obsessional-compulsive problems: A cognitive-behavioural analysis. *Behaviour research and therapy*, 23(5), 571-583.
- Salkovskis, P. M. (1988). Phenomenology, assessment, and the cognitive model of panic. En S. Rachman y J. D. Maser. (Eds.), *Panic: Psychological perspectives* (pp. 111-136). Hillsdale, NJ, US: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Salkovskis, P. M. (1989). Cognitive-behavioural factors and the persistence of intrusive thoughts in obsessional problems. *Behaviour Research and Therapy*, 27(6), 677-682.
- Salkovskis, P. M. (1989). Somatic problems. En K. Hawton, P. M. Salkovskis, J. Kirk, y D. M. Clark (Eds.), *Cognitive behaviour therapy for psychiatric problems: A practical guide* (pp. 235-276). New York, NY, US: Oxford University Press.
- Salkovskis, P. M. (1996). The cognitive approach to anxiety: Threat beliefs, safety-seeking behavior, and the special case of health anxiety and obsessions. En P. M. Salkovskis. (Ed.), *Frontiers of Cognitive Therapy* (pp. 48-74). New York, NY, US: Guilford Press.
- Salkovskis, P. M. y Clark, D. M. (1993). Panic disorder and hypochondriasis. *Advances in Behaviour Research and Therapy*, 15(1), 23-48.
- Salkovskis, P. M. y Warwick, H. M. (1986). Morbid preoccupations, health anxiety and reassurance: a cognitive-behavioural approach

- to hypochondriasis. *Behaviour Research and Therapy*, 24(5), 597-602.
- Salkovskis, P. M., Rimes, K. A., Warwick, H. M. C. y Clark, D. M. (2002). The Health Anxiety Inventory: development and validation of scales for the measurement of health anxiety and hypochondriasis. *Psychological Medicine*, 32(05), 843-853.
- Salkovskis, P. M., y Clark, D. M. (1993). Panic disorder and hypochondriasis. *Advances in Behaviour Research and Therapy*, 15(1), 23-48.
- Salkovskis, P. M., y Warwick, H. M. (1986). Morbid preoccupations, health anxiety and reassurance: a cognitive-behavioural approach to hypochondriasis. *Behaviour Research and Therapy*, 24(5), 597-602.
- Salkovskis, P. M., y Warwick, H. M. (2001). Meaning, misinterpretations, and medicine: A cognitive-behavioral approach to understanding health anxiety and hypochondriasis. En V. Starcevic y D. R. Lipsitt. (Eds.), *Hypochondriasis: Modern perspectives on an ancient malady* (pp. 202-222). New York, NY, US: Oxford University Press.
- Sandín, B., Chorot, P., Valiente, R. M. y Lostao, L. (2009). Validación española del cuestionario de preocupación PSWQ: estructura factorial y propiedades psicométricas. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica* 14, 107-122.
- Sandín, B., Valiente, R. M., Chorot, P. y Germán, M. A. S. (2007). ASI-3: Nueva escala para la evaluación de la sensibilidad a la

Bibliografía

- ansiedad. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 12(2), 91-104.
- Sanz, J., Perdigón, A. L. y Vázquez, C. (2003). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 2. Propiedades psicométricas en población general. *Clínica y Salud*, 14, 249-280.
- Saz, P., Copeland, J. R. M., Camara, C., Lobo, A. y Dewey, M. E. (1995). Cross-national comparison of prevalence of symptoms of neurotic disorders in older people in two community samples. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 91(1), 18-22.
- Scarella, T. M., Laferton, J. A., Ahern, D. K., Fallon, B. A. y Barsky, A. (2016). The relationship of hypochondriasis to anxiety, depressive, and somatoform disorders. *Psychosomatics*, 57(2), 200-207.
- Schmidt, A. J. M. (1994). Bottlenecks in the diagnosis of hypochondriasis. *Comprehensive Psychiatry*, 35(4), 306-315.
- Schubert, J. R. y Coles, M. E. (2013). Obsessive-compulsive symptoms and characteristics in individuals with delayed sleep phase disorder. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 201, 877-884.
- Schürmann, J. y Margraf, J. (2018). Age of anxiety and depression revisited: A meta-analysis of two European community samples (1964-2015). *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 18, 102-112.

- Schütte, K., Vocks, S. y Waldorf, M. (2016). Fears, coping styles, and health behaviors: a comparison of patients with hypochondriasis, panic disorder, and depression. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 204(10), 778-786.
- Sexton, K. A., Norton, P. J., Walker, J. R. y Norton, G. R. (2003). Hierarchical model of generalized and specific vulnerabilities in anxiety. *Cognitive Behaviour Therapy*, 32(2), 82-94.
- Shafran, R., Teachman, B. A., Kerry, S. y Rachman, S. (1999). A cognitive distortion associated with eating disorders: Thought-shape fusion. *British Journal of Clinical Psychology*, 38(2), 167-179.
- Shafran, R., Thordarson, D. S. y Rachman, S. (1996). Thought-action fusion in obsessive compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 10(5), 379-391.
- Sheehan, D. V., Lecrubier, Y., Sheehan, K. H., Amorim, P., Janavs, J., Weiller, E., et al. (1998). The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I): The development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *Journal of Clinical Psychiatry*, 59, 22–33.
- Sica, C., Caudek, C., Bottesi, G., De Fazio, E., Ghisi, M., Marchetti, I., y Orsucci, A. (2013). Fathers' "not just right experiences" predict obsessive-compulsive symptoms in their sons: Family study of a non-clinical Italian sample. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 2(3), 263-272.

- Sifneos, P.E. (1973). The prevalence of alexithymic characteristics in psychosomatic patients. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 22, 225-62.
- Skritskaya, N. A., Carson-Wong, A. R., Moeller, J. R., Shen, S., Barsky, A. J. y Fallon, B. A. (2012). A clinician-administered severity rating scale for illness anxiety: development, reliability, and validity of the H-YBOCS-M. *Depression and Anxiety*, 29(7), 652-664.
- Slavney, P. R. (1987). The hypochondriacal patient and Murphy's "law". *General Hospital Psychiatry*, 9(4), 302-303.
- Solem, S., Håland, Å.T., Vogel, P. A., Hansen, B. y Wells, A. (2009). Change in metacognitions predicts outcome in obsessive-compulsive disorder patients undergoing treatment with exposure and response prevention. *Behaviour Research and Therapy*, 47,301-307.
- Speckens, A. E., Spinhoven, P., Sloekers, P., Bolk, J. H. y van Hemert, A. M. (1996). A validation study of the Whiteley index, the illness attitude scales, and the somatosensory amplification scale in general medical and general practice patients. *Journal of Psychosomatic Research*, 40(1), 95-104.
- Starcevic, V. (1988). Diagnosis of hypochondriasis: A promenade through the psychiatric nosology. *American Journal of Psychotherapy*, 42(2), 197-211.
- Starcevic, V. (1989). Contrasting patterns in the relationship between hypochondriasis and narcissism. *Psychology and Psychotherapy:*

- Theory, Research and Practice*, 62(4), 311-323.
- Starcevic, V. (1990a). Relationship between hypochondriasis and obsessive-compulsive personality disorder: close relatives separated by nosological schemes? *American Journal of Psychotherapy*, 44(3), 340-347.
- Starcevic, V. (1990a). Role of reassurance and psychopathology in hypochondriasis. *Psychiatry*, 53(4), 383-395.
- Starcevic, V. (2001). Clinical features and diagnosis of hypochondriasis. En V. Starcevic y D. R. Lipsitt. (Eds.), *Hypochondriasis: Modern perspectives on an ancient malady* (pp. 21-60). New York, NY, US: Oxford University Press.
- Starcevic, V. (2013). Hypochondriasis and health anxiety: conceptual challenges. *The British Journal of Psychiatry*, 202(1), 7-8.
- Starcevic, V. (2014). Boundaries and overlap between hypochondriasis and other disorders: differential diagnosis and patterns of co-occurrence. *Current Psychiatry Reviews*, 10, 24–33.
- Starcevic, V. (2015). Hypochondriasis: treatment options for a diagnostic quagmire. *Australasian Psychiatry*, 23(4), 369-373.
- Starcevic, V. (2019). Hypochondriasis. En L.F. Fontenelle y M. Yücel. (Eds.). *A Transdiagnostic Approach to Obsessions, Compulsions and Related Phenomena* (pp. 320-330). Cambridge University Press.
- Starcevic, V. y Janca, A. (2011). Obsessive–compulsive spectrum disorders: still in search of the concept-affirming boundaries. *Current Opinion in Psychiatry*, 24(1), 55-60.

- Starcevic, V. y Noyes, R. (Eds.). (2014). *Hypochondriasis and Health Anxiety: A Guide for Clinicians*. Oxford University Press.
- Starcevic, V., Berle, D., Brakoulias, V., Sammut, P., Moses, K., Milicevic, D. y Hannan, A. (2012). Interpersonal reassurance seeking in obsessive-compulsive disorder and its relationship with checking compulsions. *Psychiatry Research*, 200(2), 560-567.
- Starcevic, V., Fallon, S., Uhlenhuth, E. H. y Pathak, D. (1994). Generalized anxiety disorder, worries about illness, and hypochondriacal fears and beliefs. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 61, 93-99.
- Starcevic, V., Kellner, R., Uhlenhuth, E. H. y Pathak, D. (1992). Panic disorder and hypochondriacal fears and beliefs. *Journal of Affective Disorders*, 24(2), 73-85.
- Stenbäck, A. y Jalava, V. (1962). Hypochondria and depression. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 37(162), 240-246.
- Sunderland, M., Newby, J. M., y Andrews, G. (2013). Health anxiety in Australia: prevalence, comorbidity, disability and service use. *The British Journal of Psychiatry*, 202(1), 56-61.
- Tallis, F. y de Silva, P. (1992). Worry and obsessional symptoms: A correlational analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 30(2), 103-105.
- Taylor, S., Thordarson, D. S., Jang, K. L. y Asmundson, G. J. (2006). Genetic and environmental origins of health anxiety: A twin study. *World Psychiatry*, 5, 47-50.

- Taylor, S., y Asmundson, G. (2004). *Treating health anxiety: A cognitive-behavioral Approach*. New York: Guilford.
- Taylor, S., Zvolensky, M. J., Cox, B. J., Deacon, B., Heimberg, R. G., Ledley, D. R. y Coles, M. (2007). Robust dimensions of anxiety sensitivity: development and initial validation of the Anxiety Sensitivity Index-3. *Psychological Assessment*, 19(2), 176.
- te Poel, F., Hartmann, T., Baumgartner, S. E. y Tanis, M. (2017). A psychometric evaluation of the Dutch Short Health Anxiety Inventory in the general population. *Psychological Assessment*, 29, 186.
- Ter Smitten, M. H., De Graaf, R. y Van Loey, N. E. (2011). Prevalence and co-morbidity of psychiatric disorders 1–4 years after burn. *Burns*, 37(5), 753-761.
- Thorpe, S. J., Barnett, J., Friend, K. y Nottingham, K. (2011). The mediating roles of disgust sensitivity and danger expectancy in relation to hand washing behaviour. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 39, 175-190.
- Tolin, D. F., Abramowitz, J. S., Brigidi, B. D. y Foa, E. B. (2003). Intolerance of uncertainty in obsessive-compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 17(2), 233-242.
- Torres, A. R., Fontenelle, L. F., Shavitt, R. G., Ferrão, Y. A., do Rosário, M. C., Storch, E. A., y Miguel, E. C. (2016). Comorbidity variation in patients with obsessive-compulsive disorder according to symptom dimensions: Results from a large

- multicentre clinical sample. *Journal of Affective Disorders*, 190, 508-516.
- Tyrer, P. y Tyrer, H. (2014). The departure of hypochondriasis is no loss. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 48(8), 772-773.
- Tyrer, P., Cooper, S., Crawford, M., Dupont, S., Green, J., Murphy, D. y Tyrer, H. (2011). Prevalence of health anxiety problems in medical clinics. *Journal of Psychosomatic Research*, 71, 392–394.
- Tyrer, P., Fowler-Dixon, R., Ferguson, B. y Kelemen, A. (1990). A plea for the diagnosis of hypochondriacal personality disorder. *Journal of Psychosomatic Research*, 34(6), 637-642.
- Vallejo, M. Á. (2014). De los trastornos somatomorfos a los trastornos de síntomas somáticos y trastornos relacionados. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*, 110, 75-78.
- van den Heuvel, O. A., Veale, D. y Stein, D. J. (2014). Hypochondriasis: considerations for ICD-11. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 36, 21-27.
- van den Heuvel, O. A., Veltman, D. J., Groenewegen, H. J., Witter, M. P., Merkelbach, J., Cath, D. C. y van Dyck, R. (2005). Disorder-specific neuroanatomical correlates of attentional bias in obsessive-compulsive disorder, panic disorder, and hypochondriasis. *Archives of General Psychiatry*, 62(8), 922-933.

- 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. y Marks, I. M. (1988). Behavioural treatment of illness phobia and hypochondriasis. A pilot study of 17 cases. *The British Journal of Psychiatry*, 152(2), 239-24.
- Warwick, H. M. y Salkovskis, P. M. (1990). Hypochondriasis. *Behaviour Research and Therapy*, 28(2), 105-117.
- Weck, F., Bleichhardt, G., y Hiller, W. (2009). The factor structure of the Illness Attitude Scales in a German population. *International Journal of Behavioral Medicine*, 16(2), 164-171.
- Weck, F., Harms, G., Neng, J. M., y Stangier, U. (2011). Hypochondrische Merkmale bei Patienten einer psychotherapeutischen Ambulanz. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 40, 124-132.
- Weck, F., Neng, J. M., Richtberg, S. y Stangier, U. (2012). Dysfunctional beliefs about symptoms and illness in patients with hypochondriasis. *Psychosomatics*, 53(2), 148-154.
- Wells, A. y Hackmann, A. (1993). Imagery and core beliefs in health anxiety: Content and origins. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 21(3), 265-273.
- Wheaton, M. G., Abramowitz, J. S., Berman, N. C., Riemann, B. C. y Hale, L. R. (2010). The relationship between obsessive beliefs and symptom dimensions in obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 48, 949-954.

- Wheaton, M. G., Berman, N. C., Franklin, J. C. y Abramowitz, J. S. (2010). Health anxiety: latent structure and associations with anxiety-related psychological processes in a student sample. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 32, 565-574.
- Wheaton, M. G., Mahaffey, B., Timpano, K. R., Berman, N. C. y Abramowitz, J. S. (2012). The relationship between anxiety sensitivity and obsessive-compulsive symptom dimensions. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 43(3), 891-896.
- White, R. W. y Horvitz, E. (2009). Cyberchondria: studies of the escalation of medical concerns in web search. *ACM Transactions on Information Systems (TOIS)*, 27(4), 23.
- Wilhelm, S., Phillips, K.A. y Steketee, G. (2013). *Cognitive-behavioral therapy for body dysmorphic disorder: a treatment manual*. Nueva York, NY: Guilford.
- Williams, P. G. (2004). The psychopathology of self-assessed health: A cognitive approach to health anxiety and hypochondriasis. *Cognitive Therapy and Research*, 28, 629–644.
- Winer, E. S., Cervone, D., Bryant, J., McKinney, C., Liu, R. T. y Nadorff, M. R. (2016). Distinguishing mediational models and analyses in clinical psychology: Atemporal associations do not imply causation. *Journal of Clinical Psychology*, 72(9), 947-955.
- Wood, M.L., Zhang, X.Ch., Becker, E.S., Zlomuzica, A., y Margraf, J. (2016) Catastrophizing misinterpretations predict somatofor

- related symptoms and new onsets of somatoform disorders. *Journal of Psychosomatic Research*, 81, 31-37.
- World Health Organization. (1992). *CIE 10: Trastornos mentales y del comportamiento: descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*. Madrid: MEDITOR.
- World Health Organization. (2018). *International statistical classification of diseases and related health problems (11th Revision)*. Retrieved from <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>
- Zhang, Y., Liu, R., Li, G., Mao, S. y Yuan, Y. (2015). The reliability and validity of a Chinese-version Short Health Anxiety Inventory: An investigation of university students. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 11, 1739.

ANEXOS

ÍTOC

Investigación y
Tratamiento de
Obsesiones y
Compulsiones



FACULTAD (Ψ) DE PSICOLOGÍA

CONSENTIMIENTO

Acepto participar en este estudio, llevado a cabo por el Grupo de Investigación sobre el Trastorno Obsesivo-Compulsivo dirigido por la Dra. Amparo Belloch, en la Universidad de Valencia (Facultad de Psicología), de forma absolutamente voluntaria.

Por tanto, doy mi conformidad para que los datos que se deriven de mi colaboración puedan ser utilizados en futuras investigaciones, salvaguardando siempre mi derecho a la intimidad y a la confidencialidad de la información obtenida, lo que implica que **en ningún caso se podrá deducir de los datos mi identidad personal.**

En _____, a _____ de _____ de 20__

Fdo.

ESTUDIANTE

NPA del estudiante _____

ITOC

Investigación y
Tratamiento de
Obsesiones y
Compulsiones



FACULTAD DE PSICOLOGÍA

DATOS SOCIO-DEMOGRÁFICOS DEL ENTREVISTADO

EDAD: _____ SEXO: Varón Mujer

NIVEL SOCIOECONÓMICO:

Bajo Medio-bajo Medio Medio-alto Alto

ESTADO CIVIL:

Soltero Divorciado/ separado o viudo Casado Viviendo en pareja

NIVEL DE ESTUDIOS (que estás cursando o que has cursado):

Primarios o elementales Medios Superiores (universitarios)

LUGAR DE RESIDENCIA:

Área urbana (ciudad) Municipio cercano a la ciudad Área rural

¿Tienes algún problema de salud física o médica que en la actualidad que requiera atención especializada?

SI NO Por favor, indica

cuál _____

¿Qué tratamiento sigues para dicho problema?

¿Tienes algún problema de salud mental que en la actualidad requiera atención especializada?

SI NO

Por favor, indica cuál _____

¿Qué tratamiento sigues para dicho problema? _____

¿Algún **familiar cercano** con el que hayas mantenido una relación estrecha, ha sufrido o sufre algún problema de salud física o mental?

SI NO

Por favor, indica qué enfermedad

¿Qué familiar e _____

FAMILIAR, AMIGO/A, COMPAÑERO/A...

NPA del
estudiante _____

ITOC

Investigación y
Tratamiento de
Obsesiones y
Compulsiones



FACULTAD (4^{ta}) DE PSICOLOGÍA

DATOS SOCIO-DEMOGRÁFICOS DEL ENTREVISTADO

EDAD: _____ SEXO: Varón Mujer

RELACIÓN DE PARENTESCO CON EL ESTUDIANTE:

Padre Madre Hermano/a Hijo/a Amigo/a Compañero/a
Otro

NIVEL SOCIOECONÓMICO:

Bajo Medio-bajo Medio Medio-alto Alto

ESTADO CIVIL:

Soltero Divorciado/ separado o viudo Casado Viviendo en pareja

NIVEL DE ESTUDIOS (que estás cursando o que has cursado):

Primarios o elementales Medios Superiores (universitarios)

LUGAR DE RESIDENCIA:

Área urbana (ciudad) Municipio cercano a la ciudad Área rural

¿Tienes algún problema de salud física o médica que en la actualidad que requiera atención especializada?

SI NO

Por favor, indica cuál _____

¿Qué tratamiento sigues para dicho problema? _____

¿Tienes algún problema de salud mental que en la actualidad requiera atención especializada?

SI NO

Por favor, indica cuál _____

¿Qué tratamiento sigues para dicho problema? _____

¿Algún **familiar cercano** con el que hayas mantenido una relación estrecha, ha sufrido o sufre algún problema de salud física o mental?

SI NO

Por favor, indica qué enfermedad

¿Qué familiar es/era? _____

CONSENTIMIENTO

1. He sido informado/a de cuáles son las características y objeto de esta investigación, así como de las tareas que deberé realizar. Dichas tareas consisten en la **cumplimentación de instrumentos de evaluación y diagnóstico** vinculados con el problema que me ha llevado a solicitar ayuda psicológica especializada. Por lo tanto, entiendo que además de ser utilizados para profundizar en la comprensión y tratamiento de mi problema, pueden ser asimismo de utilidad para ayudar a comprender problemas similares al mío que presenten otras personas.

2. La persona que me ha informado, y que firma al final de este escrito, forma parte del Grupo de Investigación sobre el Trastorno Obsesivo-Compulsivo dirigido por la Dra. Amparo Belloch Fuster (Catedrática de Psicopatología en la Facultad de Psicología de la Universidad de Valencia, y Psicóloga Especialista en Psicología Clínica), y ha respondido a todas las preguntas que le he formulado con la suficiente claridad como para que yo haya sido capaz de entender las respuestas. Por lo tanto, **DOY MI CONSENTIMIENTO FORMAL Y VOLUNTARIO PARA PARTICIPAR EN LA INVESTIGACIÓN ANTES MENCIONADA Y LAS TAREAS CON ELLA RELACIONADAS.**

3. Este consentimiento implica que los datos que se deriven de mi colaboración podrán ser utilizados por el equipo responsable de la investigación, salvaguardando siempre mi derecho a la intimidad y a la confidencialidad de la información obtenida, lo que implica que **en ningún caso se podrá deducir de los datos mi identidad personal ni ninguna otra información que permita a terceros conocer total o parcialmente dicha identidad.**

4. A su vez, el equipo investigador se compromete a custodiar de manera adecuada la información relacionada conmigo, y a cumplir con las normas y requisitos legales al respecto, en especial la Ley de Protección de datos de carácter personal.

5. Este consentimiento se extiende a la posibilidad de filmación o grabación, en su caso, de las sesiones de evaluación, de entrevista, y/o de tratamiento. Dichas grabaciones tienen una finalidad docente y formativa para los miembros del equipo de investigación, y serán utilizadas en el marco del seguimiento de los objetivos de la investigación por los miembros del mencionado equipo en las reuniones que realicen a tal efecto **en la Facultad de Psicología de Valencia**, contando siempre y en todo caso con la autorización expresa de la responsable del mismo, la Dra. Amparo Belloch, quien es además la responsable de mantenerlas bajo custodia siguiendo las normas legales aplicables a la protección de datos de carácter personal, al igual que sucede con el resto de la documentación conmigo relacionada.

6. No obstante, lo anterior, en el caso de que se vayan a realizar filmaciones o grabaciones totales o parciales de mi persona durante el proceso de entrevista, evaluación, o tratamiento, SE ME INFORMARÁ PREVIAMENTE CADA VEZ QUE SE VAYAN A PRODUCIR, PUDIENDO DECLINAR POR MI PARTE EL CONSENTIMIENTO PARA ELLO TANTO ANTES DE QUE SE LLEVEN A CABO DICHAS GRABACIONES, COMO EN CUALQUIER MOMENTO DEL PROCESO, lo que no tendrá ninguna consecuencia negativa para mí. En todo caso, mi consentimiento en este y el anterior punto está condicionado a que las grabaciones en las que se me pueda identificar, sean objeto del tratamiento audiovisual correspondiente, de modo que de su proyección y/o audición no pueda deducirse mi identidad personal, como se explicita en el punto 3. Asimismo, **ME RESERVO EL DERECHO A SOLICITAR LA DESTRUCCIÓN TOTAL DE LA/S GRABACIÓN/ES REALIZADAS CUANDO ASÍ LO ESTIME CONVENIENTE**, derecho que me será respetado sin necesidad de aclaraciones adicionales por mi parte.

7.Finalmente, ME RESERVO EL DERECHO A DECLINAR TOTAL O PARCIALMENTE EL PRESENTE CONSENTIMIENTO EN CUALQUIER MOMENTO, SIN QUE DE ELLO SE DERIVEN CONSECUENCIAS NEGATIVAS PARA MI Y SIN QUE SEA NECESARIO DAR EXPLICACIÓN ALGUNA POR MI PARTE.

En _____, a _____ de _____ de 20

Nombre y Apellidos:

DNI: _____

Firma:

Nombre, DNI y firma de la persona que informa a quien otorga y firma el presente consentimiento

Nombre y Apellidos:

DNI: _____

Firma:

Centro/Unidad/Servicio en el que se otorga el presente consentimiento:

**INVENTARIO DE PENSAMIENTOS INTRUSOS SOBRE LA
ENFERMEDAD- INPIE**

(Arnáez, García-Soriano y Belloch, 2017)

Este cuestionario recoge un listado de pensamientos molestos o desagradables sobre la salud y la enfermedad que **la mayoría de las personas tenemos a veces**.

Estos pensamientos se denominan “**intrusiones**” porque **APARECEN DE PRONTO EN NUESTRA MENTE**, e **INTERRUMPEN** lo que estamos haciendo o pensando en ese momento. Puede ser **DIFÍCIL CONTROLARLOS**, es decir, quitarlos de la mente, pararlos, o impedir que aparezcan, por mucho que nos esforcemos y lo intentemos.

Además, **NO DESEAMOS** tenerlos, resultan **MOLESTOS, DESAGRADABLES**, y en ocasiones pueden ser incluso **PERTURBADORES e INACEPTABLES** porque hacen referencia a cosas sobre **LAS QUE NO NOS GUSTA PENSAR**, o simplemente porque los encontramos molestos.

Este tipo de pensamientos se denominan “**INTRUSIONES**” o “**PENSAMIENTOS INTRUSOS, DESAGRADABLES**” y pueden aparecer en nuestra mente en una o más de estas formas:

1. Como **IMÁGENES**, es decir, como fotografías que de pronto aparecen en nuestra mente
2. Como un **IMPULSO o NECESIDAD IMPERIOSA Y URGENTE** de hacer o decir algo
3. Como una **SENSACIÓN** física desagradable
4. O, simplemente como **PENSAMIENTOS O DUDAS** sobre algo.

En las páginas siguientes encontrarás **siete** conjuntos de intrusiones, y te pediremos que indiques **CON QUÉ FRECUENCIA** tienes cada una de ellas.

Después te pediremos que respondas algunas preguntas relacionadas con la intrusión que te resulte más molesta. No pienses demasiado en las respuestas. No hay contestaciones buenas o malas, ni válidas o erróneas. Por favor, **responde con la máxima sinceridad**.

PARTE 1

Indica la **frecuencia** con la que tienes cada una de las intrusiones de la lista. Utiliza esta escala de respuesta.

0	1	2	3	4	5	6				
NUNCA "Nunca he tenido esta intrusión"	RARA VEZ "Solo he tenido esta intrusión 1 o 2 veces en mi vida"	OCASIONALMENTE "Tengo esta intrusión varias veces al año"	A VECES "Tengo esta intrusión 1 o 2 veces al mes"	A MENUDO "Tengo esta intrusión 1 o 2 veces por semana"	MUY A MENUDO "Tengo esta intrusión al menos 1 vez al día"	SIEMPRE "Tengo esta intrusión varias veces al día"				
<i>SIN NINGÚN MOTIVO ESPECIAL, me asaltan pensamientos repentinos, no deseados, no buscados como:</i>										
1.	Tengo una enfermedad grave			0	1	2	3	4	5	6
2.	Mi salud es muy mala			0	1	2	3	4	5	6
3.	Estoy desarrollando una enfermedad grave sin saberlo			0	1	2	3	4	5	6
4.	Me queda poco tiempo de vida			0	1	2	3	4	5	6
5.	Me preocupo por mi salud más que los demás			0	1	2	3	4	5	6
6.	Puedo enfermar de repente			0	1	2	3	4	5	6
7.	Puedo morir de una enfermedad grave			0	1	2	3	4	5	6
<i>Ante CUALQUIER SÍNTOMA FÍSICO QUE SIENTO, POR PEQUEÑO QUE SEA (ej., un pequeño pinchazo, un picor, cansancio, sequedad de piel, etc.), me asaltan pensamientos o dudas, repentinos, no deseados, no buscados, como:</i>										
8.	Este síntoma no es normal			0	1	2	3	4	5	6
9.	Tengo que ir al médico			0	1	2	3	4	5	6
10.	Tengo una enfermedad grave			0	1	2	3	4	5	6
11.	Tengo que vigilar esto de cerca			0	1	2	3	4	5	6
12.	¿Estaré desarrollando algo grave sin saberlo?			0	1	2	3	4	5	6
13.	Algo va mal. ¡Esto es muy raro!			0	1	2	3	4	5	6
<i>Esperando el resultado de una PRUEBA MÉDICA O CUANDO EL MÉDICO ME DICE QUE TODO ESTÁ BIEN, me asaltan pensamientos o dudas, repentinos, no deseados, no buscados como:</i>										
14.	El médico no me está diciendo la verdad			0	1	2	3	4	5	6
15.	Mi enfermedad no se refleja en esas pruebas			0	1	2	3	4	5	6
16.	Se han equivocado con los resultados			0	1	2	3	4	5	6
17.	Las pruebas médicas no son fiables			0	1	2	3	4	5	6
18.	Deberían hacerme otras pruebas mejores (ej., TAC, escáner, resonancia, etc.)			0	1	2	3	4	5	6
19.	El médico se ha equivocado			0	1	2	3	4	5	6

<i>Cuando algún SER QUERIDO sienta alguna molestia en su cuerpo, por pequeña que sea, me asaltan pensamientos o dudas, repentinos, no deseados, no buscados como:</i>								
20.	Esta molestia no es normal	0	1	2	3	4	5	6
21.	Tenemos que ir al médico	0	1	2	3	4	5	6
22.	Él/ella tiene una enfermedad grave	0	1	2	3	4	5	6
23.	Tengo que vigilar de cerca esa molestia	0	1	2	3	4	5	6
24.	¿Estará desarrollando él/ ella algo grave sin saberlo?	0	1	2	3	4	5	6
25.	Algo va mal. ¡Esto es muy raro!	0	1	2	3	4	5	6
<i>Cuando LEO, OIGO, O VEO INFORMACIÓN ACERCA DE UNA ENFERMEDAD (p.ej., en internet, en una revista, en las noticias, alguien que habla sobre la enfermedad, etc.), me asaltan pensamientos o dudas, repentinos, no deseados, no buscados como:</i>								
26.	Tengo síntomas parecidos	0	1	2	3	4	5	6
27.	Tengo que informarme más acerca de esa enfermedad	0	1	2	3	4	5	6
28.	Podría tener esa enfermedad	0	1	2	3	4	5	6
29.	Desarrollaré esa enfermedad en el futuro	0	1	2	3	4	5	6
30.	Eso es lo que me pasa a mí	0	1	2	3	4	5	6
<i>Ante cualquier SÍNTOMA FÍSICO (p.ej., un dolor de cabeza prolongado, opresión en el pecho, una mancha en la piel, etc.) me asaltan pensamientos o dudas, repentinos, no deseados, no buscados como:</i>								
31.	Este síntoma no es normal	0	1	2	3	4	5	6
32.	Tengo que ir al médico	0	1	2	3	4	5	6
33.	Tengo una enfermedad grave	0	1	2	3	4	5	6
34.	Tengo que vigilar de cerca este síntoma	0	1	2	3	4	5	6
35.	¿Estaré desarrollando algo grave sin saberlo?	0	1	2	3	4	5	6
36.	Algo va mal. ¡Esto es muy raro!	0	1	2	3	4	5	6
<i>Cuando LEO, OIGO O VEO ALGO ACERCA DE LA MUERTE (p.ej., funerales, cementerios, crematorios, tanatorios, etc.), me asaltan pensamientos, imágenes o dudas, repentinos, no deseados, no buscados como:</i>								
37.	Mi propio funeral	0	1	2	3	4	5	6
38.	Me han enterrado vivo/a	0	1	2	3	4	5	6
39.	Morir solo/a en medio de la calle	0	1	2	3	4	5	6
40.	Mi nombre escrito en una lápida	0	1	2	3	4	5	6
41.	Morir solo/a en un hospital	0	1	2	3	4	5	6
42.	Morir sufriendo y con dolor	0	1	2	3	4	5	6
<i>HE TENIDO ESTA/S OTRA/S INTRUSIONES RELACIONADAS CON LA SALUD (por favor, escríbelas tal y como las hayas experimentado y señala su frecuencia):</i>								
		0	1	2	3	4	5	6

PARTE 2

Ahora fíjate, por favor, en las intrusiones de la lista anterior QUE HAYAS EXPERIMENTADO EN LOS 3 ÚLTIMOS MESES. Decide cuál de esas intrusiones es la más MOLESTA, la más DESAGRADABLE, o la que más te afecta cuando la tienes, con una FRECUENCIA DE AL MENOS 1. Si no has tenido ninguna intrusión con una frecuencia de al menos 1 en los últimos tres meses, el cuestionario finaliza aquí. Muchas gracias por tu participación.

La intrusión que me resulta MÁS MOLESTA, de entre las que he experimentado en los últimos tres meses, es la número _____ de la lista anterior. Tengo esta intrusión con una frecuencia de:

0	1	2	3	4	5	6
NUNCA	RARA VEZ	OCASIONALMENTE	A VECES	A MENUDO	MUY A MENUDO	SIEMPRE

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS ESTÁN RELACIONADAS ÚNICAMENTE CON LA INTRUSIÓN QUE HAS ELEGIDO COMO LA MÁS MOLESTA. POR FAVOR SEÑALA EL NÚMERO QUE MEJOR REFLEJA TU EXPERIENCIA.

<p>1. ¿Cómo de MOLESTA te resultó la intrusión?</p> <p>0. No me resultó molesta 1. Me resultó algo moleta 2. Me molestó 3. Me resultó muy molesta 4. Me resultó extremadamente molesta.</p>	<p>2. ¿Cómo de ANSIOSO/A, NERVIOSO/A te sentiste cuando tuviste la intrusión?</p> <p>0. No me sentí ansioso/a, nervioso/a o angustiado/a 1. Me sentí algo ansioso/a, nervioso/a o angustiado/a 2. Me sentí ansioso/a, nervioso/a o angustiado/a 3. Me sentí muy ansioso/a, nervioso/a o angustiado/a 4. Me sentí extremadamente ansioso/a, nervioso/a o angustiado/a</p>
<p>3. ¿Cómo de TRISTE te sentiste cuando tuviste la intrusión?</p> <p>0. No me sentí triste 1. Me sentí algo triste 2. Me sentí triste 3. Me sentí muy triste 4. Me sentí extremadamente triste</p>	<p>4. ¿Cuánto ASCO sentiste al tener la intrusión?</p> <p>0. No sentí asco 1. Sentí algo de asco 2. Sentí bastante asco 3. Sentí mucho asco 4. Sentí muchísimo asco</p>
<p>5. ¿Cómo de CULPABLE te sentiste al tener la intrusión?</p> <p>0. No me sentí nada culpable 1. Me sentí algo culpable 2. Me sentí culpable 3. Me sentí muy culpable</p>	<p>6. ¿Cómo de AVERGONZADO te sentiste al tener la intrusión?</p> <p>0. No me sentí avergonzado/a 1. Me sentí algo avergonzado/a 2. Me sentí avergonzado/a 3. Me sentí muy avergonzado/a</p>

<p>4. Me sentí extremadamente culpable</p>	<p>4. Me sentí extremadamente avergonzado/a</p>
<p>7. ¿Te resultó difícil controlar la intrusión, DEJAR DE PENSAR en ella?</p> <p>0. No fue difícil controlarla o dejar de pensar en ella</p> <p>1. Fue algo difícil controlarla o dejar de pensar en ella</p> <p>2. Fue difícil controlarla o dejar de pensar en ella</p> <p>3. Fue muy difícil controlarla o dejar de pensar en ella</p> <p>4. Fue extremadamente difícil controlarla o dejar de pensar en ella</p>	<p>8. Cuándo tuviste la intrusión ¿CONSEGUISTE CONTROLARLA, DEJAR DE PENSAR en ella?</p> <p>0. No lo conseguí en absoluto</p> <p>1. Lo conseguí un poco</p> <p>2. Lo conseguí</p> <p>3. Lo conseguí mucho</p> <p>4. Lo conseguí del todo</p>
<p>9. ¿Hasta qué punto la intrusión INTERRUMPIÓ tu concentración o lo que estabas haciendo cuando la tuviste?</p> <p>0. No interrumpió mi concentración</p> <p>1. Interrumpió un poco mi concentración</p> <p>2. Interrumpió mi concentración</p> <p>3. Interrumpió mucho mi concentración</p> <p>4. Interrumpió completamente mi concentración</p>	<p>10. Cuando tuviste la intrusión, ¿creíste que solo por el hecho de haberla tenido era IMPORTANTE?</p> <p>0. No lo creí en absoluto</p> <p>1. Lo creí algo</p> <p>2. Lo creí bastante</p> <p>3. Lo creí mucho</p> <p>4. Lo creí totalmente</p>
<p>11. Esa intrusión, ¿creíste que REVELABA algo que iba en contra de la IDEA que tienes de TI MISMO o de tus VALORES y CREENCIAS?</p> <p>0. No lo creí en absoluto</p> <p>1. Lo creí algo</p> <p>2. Lo creí bastante</p> <p>3. Lo creí mucho</p> <p>4. Lo creí totalmente</p>	<p>12. Cuando tuviste la intrusión, ¿Te sentiste RESPONSABLE de impedir cualquier consecuencia negativa relacionada con ella?</p> <p>0. No me sentí responsable</p> <p>1. Me sentí un poco responsable</p> <p>2. Me sentí responsable</p> <p>3. Me sentí muy responsable</p> <p>4. Me sentí extremadamente responsable</p>

<p>13. Cuando tuviste la intrusión ¿fue IMPORTANTE para ti CONTROLARLA, o DEJAR DE PENSAR en ella?</p> <p>0. No fue importante para mí controlarla</p> <p>1. Fue algo importante para mí controlarla</p> <p>2. Fue importante para mí controlarla</p> <p>3. Fue muy importante para mí controlarla</p> <p>4. Fue extremadamente importante para mí controlarla</p>	<p>14. Cuando tuviste la intrusión, ¿te pareció AMENAZANTE, PELIGROSA?</p> <p>0. No pensé que sería en absoluto amenazante o peligrosa</p> <p>1. No pensé que sería amenazante o peligrosa</p> <p>2. Pensé que sería amenazante o peligrosa</p> <p>3. Pensé que sería muy amenazante o peligrosa</p> <p>4. Pensé que sería completamente amenazante o peligrosa</p>
<p>15. Cuando tuviste la intrusión, ¿te provocó INCERTIDUMBRE?</p> <p>0. No me provocó ninguna incertidumbre.</p> <p>1. Me provocó un poco de incertidumbre.</p> <p>2. Me provocó bastante incertidumbre.</p> <p>3. Me provocó mucha incertidumbre.</p> <p>4. No pude soportar la incertidumbre que me provocó tenerla.</p>	<p>16. Cuando tuviste la intrusión, ¿creíste que solo por tenerla, por pensarla, era MÁS PROBABLE que sucediese o que fuese cierta?</p> <p>0. No creí que fuera nada probable</p> <p>1. Creí que era un poco probable</p> <p>2. Creí que era probable</p> <p>3. Creí que era muy probable</p> <p>4. Creí que era absolutamente probable</p>
<p>17. ¿Crees que haber tenido esta intrusión es INMORAL?</p> <p>0. No lo creo en absoluto</p> <p>1. Lo creo algo</p> <p>2. Lo creo bastante</p> <p>3. Lo creo mucho</p> <p>4. Lo creo totalmente</p>	

PARTE 3

A continuación, hay una lista con diferentes **ESTRATEGIAS** que la gente utiliza para aliviar el malestar que le provocan las intrusiones, o para deshacerse de ellas. Lee cada una de las estrategias, y marca, de acuerdo con la siguiente escala, la frecuencia con que empleas cada una de ellas para afrontar o manejar **la intrusión que has seleccionado antes como LA MÁS MOLESTA**.

0	1	2	3	4
NUNCA uso esa estrategia	RARA VEZ uso esa estrategia	A VECES uso esa estrategia	A MENUDO uso esa estrategia	SIEMPRE uso esa estrategia

	ESTRATEGIA	FRECUENCIA				
1.	Me distraigo pensando otras cosas o haciendo algo (p. ej. pongo la radio, la TV, hablo con alguien)	0	1	2	3	4
2.	Intento crear o formar otro pensamiento o imagen que sé que contrarresta el malestar que me causa la intrusión (p.ej. decir una palabra o frase concreta, una oración, pensamientos opuestos, imágenes agradables...)	0	1	2	3	4
3.	Hago algo que sé que alivia o contrarresta el malestar que me causa la intrusión, como, por ejemplo:					
	a. Lavar o limpiar (ropas, mis manos, cosas de la casa, muebles, etc.)	0	1	2	3	4
	b. Comprobar algo de mi cuerpo buscando signos o síntomas de enfermedad (p.ej., tomarme la temperatura o la tensión, pesarme...)	0	1	2	3	4
	c. Repetir varias veces una acción o un pensamiento.	0	1	2	3	4
	d. Ordenar cosas (en casa, en la oficina, etc.).	0	1	2	3	4
	e. Estar pendiente de mi propio cuerpo para darme cuenta de cualquier cambio	0	1	2	3	4
	f. Pregunto la opinión de alguien en quien confío (p.ej., familiares, amigos, etc.)	0	1	2	3	4
	g. Busco información relacionada con ese pensamiento (en Internet, en libros, en la TV, en revistas...).	0	1	2	3	4
	h. Pido cita con el médico o le pregunto al farmacéutico.	0	1	2	3	4
	i. Hago algo para mejorar mi salud (p.ej., tomar medicamentos, multivitamínicos, hacer deporte, etc.)	0	1	2	3	4
4.	Razono conmigo mismo intentando convencerme de que la intrusión no tiene importancia, o que no tiene sentido, o que no debo preocuparme por tenerla	0	1	2	3	4
5.	Busco tranquilizarme conmigo mismo/a, o con otras personas, de que la intrusión no tiene importancia, o de que no va a pasar nada malo solo por tenerla	0	1	2	3	4

Anexos

6.	Trato de convencerme de que todo está bien	0	1	2	3	4
7.	Me digo a mí mismo: “para”, “no pienses más”, “déjalo ya” ...	0	1	2	3	4
8.	No hago nada para liberarme de la intrusión, la dejo estar ahí	0	1	2	3	4
9.	Trato de relajarme	0	1	2	3	4
10.	Intento EVITAR cualquier cosa que pueda provocar que me venga la intrusión (p.ej., evito leer o ver programas sobre enfermedades, estar cerca de personas enfermas, ir a hospitales, tanatorios, cementerios, hacer esfuerzos físicos, etc.)	0	1	2	3	4
11.	Intento no pensar en la intrusión	0	1	2	3	4
12.	Hago otras cosas (indica cuáles):	0	1	2	3	4

INVENTARIO DE ANSIEDAD POR LA SALUD- VERSIÓN ABREVIADA

(*Short Health Anxiety Inventory, SHAI*; Salkovskis, Rimes, Warwick y Clark, 2002. Validación al español de Arnáez, García-Soriano, López-Santiago, Belloch, 2019)

En esta sección cada pregunta consta de un grupo de cuatro enunciados. Por favor, lea cada grupo de enunciados cuidadosamente y seleccione el que mejor describe sus sentimientos en los últimos 6 meses. Señale el enunciado rodeando la letra que hay al lado, es decir, si usted piensa que el enunciado (a) es correcto, rodee la (a); es posible que haya más de un enunciado que sea adecuado para usted: en ese caso, por favor rodee todos los que sean adecuados.

1.
 - (a) No me preocupo por mi salud.
 - (b) Ocasionalmente me preocupo por mi salud.
 - (c) Paso mucho tiempo preocupándome por mi salud.
 - (d) Paso la mayor parte del tiempo preocupándome por mi salud

2.
 - (a) Noto menos malestares/dolores que la mayoría de las personas (de mi edad).
 - (b) Noto tantos malestares /dolores como la mayoría de las personas (de mi edad).
 - (c) Noto más malestares /dolores que la mayoría de las personas (de mi edad).
 - (d) Soy consciente todo el tiempo de los malestares /dolores de mi cuerpo.

3.
 - (a) Normalmente no soy consciente de las sensaciones o cambios corporales.
 - (b) Algunas veces soy consciente de las sensaciones o cambios corporales.
 - (c) Con frecuencia soy consciente de las sensaciones o cambios corporales.
 - (d) Constantemente soy consciente de las sensaciones o cambios corporales.

4.
 - (a) Nunca me resulta un problema resistirme a los pensamientos de enfermedad
 - (b) La mayor parte del tiempo puedo resistirme a los pensamientos de enfermedad.
 - (c) Intento resistirme a los pensamientos de enfermedad, pero a menudo soy incapaz de hacerlo.
 - (d) Los pensamientos de enfermedad son tan fuertes que ya ni siquiera intento resistirme a ellos.
5.
 - (a) Normalmente no tengo miedo de tener una enfermedad grave.
 - (b) Algunas veces tengo miedo de tener una enfermedad grave.
 - (c) Con frecuencia tengo miedo de tener una enfermedad grave.
 - (d) Siempre tengo miedo de tener una enfermedad grave.
6.
 - (a) No tengo imágenes (mentales) de mí mismo/a enfermo/a.
 - (b) Ocasionalmente tengo imágenes de mí mismo/a enfermo/a.
 - (c) Frecuentemente tengo imágenes de mí mismo/a enfermo/a.
 - (d) Constantemente tengo imágenes de mí mismo/a enfermo/a.
7.
 - (a) No tengo ninguna dificultad para apartar de mi mente los pensamientos sobre mi salud.
 - (b) Algunas veces tengo dificultad para apartar de mi mente los pensamientos sobre mi salud.
 - (c) Con frecuencia tengo dificultad para apartar de mi mente los pensamientos sobre mi salud.
 - (d) Nada puede apartar de mi mente los pensamientos sobre mi salud.
8.
 - (a) Me siento aliviado/a permanentemente si mi médico me dice que no me pasa nada malo.
 - (b) Al principio me siento aliviado/a, pero algunas veces las preocupaciones vuelven más tarde.
 - (c) Al principio me siento aliviado/a, pero las preocupaciones siempre vuelven más tarde.
 - (d) No me siento aliviado/a si mi médico me dice que no me pasa nada malo.

9. (a) Si oigo hablar de una enfermedad, nunca pienso que la tengo.
(b) Si oigo hablar de una enfermedad, algunas veces pienso que la tengo.
(c) Si oigo hablar de una enfermedad, con frecuencia pienso que la tengo.
(d) Si oigo hablar de una enfermedad, siempre pienso que la tengo.
10. (a) Si noto una sensación o un cambio corporal rara vez me pregunto qué significa.
(b) Si noto una sensación o un cambio corporal con frecuencia me pregunto qué significa.
(c) Si noto una sensación o un cambio corporal siempre me pregunto qué significa.
(d) Si noto una sensación o un cambio corporal debo saber qué significa.
11. (a) Generalmente percibo un riesgo muy bajo de desarrollar una enfermedad grave.
(b) Generalmente percibo un riesgo bajo de desarrollar una enfermedad grave.
(c) Generalmente percibo un riesgo moderado de desarrollar una enfermedad grave.
(d) Generalmente percibo un riesgo alto de desarrollar una enfermedad grave.
12. (a) Nunca pienso que tengo una enfermedad grave.
(b) Algunas veces pienso que tengo una enfermedad grave.
(c) Con frecuencia pienso que tengo una enfermedad grave.
(d) Por lo general pienso que estoy gravemente enfermo
13. (a) Si noto una sensación corporal inexplicable, no me resulta difícil pensar en otras cosas.
(b) Si noto una sensación corporal inexplicable, algunas veces me resulta difícil pensar en otras cosas.
(c) Si noto una sensación corporal inexplicable, con frecuencia me resulta difícil pensar en otras cosas.
(d) Si noto una sensación corporal inexplicable, siempre me resulta difícil pensar en otras cosas.

14. (a) Mi familia/amigos dirían que no me preocupo lo suficiente por mi salud.
- (b) Mi familia/amigos dirían que tengo una actitud normal hacia mi salud.
- (c) Mi familia/amigos dirían que me preocupo demasiado por mi salud.
- (d) Mi familia/amigos dirían que soy un/a hipocondríaco/a.

Para las siguientes preguntas, por favor piense en lo que podría ocurrir si usted tuviera una enfermedad grave del tipo de las que a usted particularmente le preocupan (tales como una enfermedad cardíaca, el cáncer, la esclerosis múltiple, u otras). Obviamente usted no puede saber con exactitud lo que ocurriría; por favor, indique la mejor estimación de lo que usted **piensa** que podría suceder, basándose en lo que sabe de sí mismo/a y de las enfermedades graves en general.

15. (a) Incluso si tuviera una enfermedad grave, sería capaz de disfrutar mucho de otras facetas mi vida.
 - (b) Incluso si tuviera una enfermedad grave, sería capaz de disfrutar un poco de otras facetas de mi vida.
 - (c) Si tuviera una enfermedad grave, sería casi completamente incapaz de disfrutar de otras facetas de mi vida.
 - (d) Si tuviera una enfermedad grave, sería completamente incapaz de disfrutar de mi vida
16. (a) Si desarrollase una enfermedad grave, habría una probabilidad alta de que la medicina moderna fuese capaz de curarme.
 - (b) Si desarrollase una enfermedad grave, habría una probabilidad moderada de que la medicina moderna fuese capaz de curarme.
 - (c) Si desarrollase una enfermedad grave, habría una probabilidad muy baja de que la medicina moderna fuese capaz de curarme.
 - (d) Si desarrollase una enfermedad grave, no habría probabilidad de que la medicina moderna fuese capaz de curarme.

17.
 - (a) Una enfermedad grave arruinaría algunos aspectos de mi vida.
 - (b) Una enfermedad grave arruinaría muchos aspectos de mi vida.
 - (c) Una enfermedad grave arruinaría casi todos los aspectos de mi vida.
 - (d) Una enfermedad grave arruinaría todos los aspectos de mi vida.

18.
 - (a) Si tuviera una enfermedad grave, no sentiría que he perdido mi dignidad.
 - (b) Si tuviera una enfermedad grave, sentiría que he perdido un poco mi dignidad.
 - (c) Si tuviera una enfermedad grave, sentiría que he perdido bastante mi dignidad.
 - (d) Si tuviera una enfermedad grave, sentiría que he perdido totalmente mi dignidad.

ESCALA DE OBSESIONES-COMPULSIONES DE YALE-BROWN

ADAPTADA A LA HIPOCONDRIA- H-YBOCS-M

(Hypochondriasis Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale- Modified version; Skritskaya et al., 2012; Traducción y adaptación: A. Belloch).

INTERVALO DE EVALUACIÓN: ÚLTIMAS DOS SEMANAS

Ahora voy a preguntarle sobre sus pensamientos acerca de si podría tener una enfermedad grave sobre (mencionar la que más preocupa al paciente en las 2 últimas semanas)

A. PENSAMIENTOS O PREOCUPACIONES SOBRE ENFERMEDAD

1. TIEMPO

¿Cuánto TIEMPO consume cada día con esos pensamientos y preocupaciones sobre esa posible enfermedad, cuánto tiempo le parece que gasta cada día pensando en eso?

0	1	2	3	4
Nada	Un poco, menos de 1h / día	Moderado, 1-3h / día	Mucho, entre 3 y 8 h / día	Extremo, más de 8 h/día, casi constante

2. FRECUENCIA

¿Con qué frecuencia ha tenido pensamientos sobre la posibilidad de tener una enfermedad o una grave discapacidad, o preocupaciones por síntomas que le parecía que tenían que ver con una enfermedad grave (en las últimas 2 semanas)?

0	1	2	3	4
Ninguna	Algo, menos de 1 vez por semana	Un poco, entre 1 y 3 veces por semana	A menudo, entre 4 y 6 veces por semana	Muy a menudo, todos los días

3. INTERFERENCIA

¿Hasta qué punto sus pensamientos y preocupaciones sobre padecer una enfermedad o algo grave interfieren con su vida social, o con su trabajo? ¿Hay algo que haya dejado de hacer, que no haga, porque tiene su cabeza tan ocupada con sus preocupaciones por la enfermedad?

0	1	2	3	4
Nada	Algo. Hay alguna interferencia, pero el rendimiento no está afectado, en general	Moderada. Hay interferencia clara, pero puede funcionar, consigue manejarla	Grave. Deterioro importante en lo social o en lo laboral	Extrema, incapacitante

4. MALESTAR

¿Cuánto malestar le producen sus pensamientos sobre la enfermedad? (A menudo, el malestar se traduce en ansiedad o se confunde con ella. Evaluar solo la ansiedad experimentada cuando le asaltan pensamientos sobre enfermedad)

0	1	2	3	4
Nada	Leve, no perturba en exceso	Moderado, molesta, pero lo puede manejar o controlar	Grave, muy perturbador	Extremo, malestar casi constante

5. RESISTENCIA EN CONTRA DE LOS PENSAMIENTOS

Cuando tiene un síntoma que le sugiere una enfermedad, o el pensamiento de que tiene una enfermedad, ¿se esfuerza para no pensar en eso, para quitárselo de la cabeza, para distraerse? (evaluar solo el esfuerzo en resistirse a pensar, no el éxito o el fracaso)

0	1	2	3	4
Siempre hace un esfuerzo para resistirse, o los síntomas son tan leves que no requieren resistencia	Intenta resistirse la mayor parte del tiempo	Hace algún esfuerzo por resistirse	Se rinde, pero lo hace con reservas	Se centra por completo en los pensamientos, no se resiste nada a ellos

6. GRADO DE CONTROL SOBRE LOS PENSAMIENTOS

Cuando piensa que tiene o podría tener una enfermedad grave, o tiene síntomas que hace que se preocupe seriamente por si tiene una enfermedad grave, ¿hasta qué punto controla esos pensamientos?, ¿Consigue pararlos o pensar en algo diferente? ¿Puede hacer algo para que disminuyan?

0	1	2	3	4
Control completo	Mucho control. Casi siempre puede pararlos y pensar en otra cosa si se esfuerza	Control moderado. A veces consigue pararlos, atender a otras cosas, pero con dificultad	Muy poco control. Pocas veces consigue pararlos o atender a otras cosas	Ningún control. Los experimenta como totalmente involuntarios.

TOTAL PENSAMIENTOS SOBRE ENFERMEDAD:

B. COMPORTAMIENTOS RELACIONADOS CON ENFERMEDAD

Las preguntas siguientes son sobre las cosas que hace como respuesta a sus pensamientos y preocupaciones sobre que podría tener una enfermedad grave (recordarle cuál, no incluir evitación)

7. TIEMPO

*Por término medio, ¿Cuánto **TIEMPO** consume cada día haciendo cosas relacionadas con la enfermedad en la que piensa? (conductas observables, no encubiertas o mentales)*

0	1	2	3	4
Nada	Un poco, menos de 1h/ día	Moderado, 1-3h / día	Mucho, entre 3 y 8 h / día	Extremo, más de 8 h/día, casi constante

8. FRECUENCIA

*¿Con qué **FRECUENCIA** ha llevado a cabo esos comportamientos relacionados con sus pensamientos sobre la posibilidad de tener una enfermedad o una grave discapacidad (en las últimas 2 semanas)?*

0	1	2	3	4
Ninguna	Algo, menos de 1 vez por semana	Un poco, entre 1 y 3 veces por semana	A menudo, entre 4 y 6 veces por semana	Muy a menudo, todos los días

9. INTERFERENCIA

¿Hasta qué punto esos comportamientos que realiza como consecuencia de sus pensamientos de que padece una enfermedad o algo grave, interfieren con su vida social, o con su trabajo?

0	1	2	3	4
Nada	Algo. Hay alguna interferencia, pero el rendimiento no está afectado, en general	Moderada. Hay interferencia clara, pero puede funcionar, consigue manejarla	Grave. Deterioro importante en lo social o en lo laboral	Extrema, incapacitante

10. MALESTAR

¿Cuánto malestar sentiría si no pudiera llevar a cabo esos comportamientos relacionados con sus pensamientos sobre la enfermedad? ¿Como se sentiría si le impidieran, por ejemplo, comprobar o preguntar, o buscar información? ¿Cuánta ansiedad sentiría?

0	1	2	3	4
Nada	Leve, no perturba en exceso	Moderado, molesta, pero lo puede manejar o controlar	Grave, muy perturbador	Extremo, malestar casi constante

11. RESISTENCIA EN CONTRA DE LOS COMPORTAMIENTOS

*¿Hasta qué punto se esfuerza para no hacer esas cosas que hace cuando le asaltan los pensamientos sobre la enfermedad? (evaluar solo el esfuerzo en resistirse a hacer, **no el éxito o el fracaso**)*

0	1	2	3	4
Siempre hace un esfuerzo para resistirse, o los síntomas son tan leves que no requieren resistencia	Intenta resistirse la mayor parte del tiempo	Hace algún esfuerzo por resistirse	Se rinde, pero lo hace con reservas	Ningún control. Los experimenta como totalmente involuntarios. Raras veces consigue hacer otra cosa, pero solo momentáneamente

12. GRADO DE CONTROL SOBRE LOS COMPORTAMIENTOS

¿En qué medida es fuerte el impulso de llevar a cabo esos comportamientos? ¿Hasta qué punto puede controlarlos, no hacerlos? ¿Consigue no hacerlos, o hacer algo diferente que no tenga nada que ver?

0	1	2	3	4
Control completo	Mucho control. Siente el impulso, pero suele ser capaz de controlarlo voluntariamente	Control moderado. Siente un fuerte impulso, y solo puede controlarlo o con mucho dificultad	Muy poco control. Impulso muy fuerte. Siente la necesidad de hacerlo, aunque algunas veces puede retrasarlo	Ningún control. Los experimenta como Totalmente involuntarios. Raras veces consigue hacer otra cosa, pero solo momentáneamente

**TOTAL COMPORTAMIENTOS RELACIONADOS CON
PENSAMIENTOS SOBRE ENFERMEDAD: _____**

C. EVITACIÓN RELACIONADA CON LA ENFERMEDAD

Estas preguntas son sobre la evitación de situaciones como consecuencia de los miedos o la convicción de enfermedad. Hacen referencia por tanto a “evitaciones no saludables”, o sea, a lo que el paciente evita por miedo a exponerse a situaciones, y que una persona sana no evitaría. Si el paciente no se ha encontrado en alguna de esas situaciones, o no se encuentra normalmente, pregunte por cómo cree que se comportaría en caso de que tuviera que exponerse a ellas. Haga las preguntas refiriéndose a las conductas concretas de evitación que el paciente hace.

13. AMPLITUD DE LA EVITACION RELACIONADA CON LAS PREOCUPACIONES POR ENFERMEDADES

¿Cuántas situaciones evita en la actualidad que se relacionen con sus preocupaciones sobre la posibilidad de tener una enfermedad? (mirar el listado para ver posibles situaciones)

0	1	2	3	4
Nada	Muy pocas, no más de 1	Moderado, 2 o 3	Grave, muchas	Extremo, cualquiera que le recuerde a la enfermedad, muerte...

14. FRECUENCIA

¿Cuántos días a la semana le gustaría evitar esas situaciones, o las que le recuerden la enfermedad?

0	1	2	3	4
Ninguna	Algo, menos de 1 día/ semana	Un poco, entre 1/3 días semana	A menudo, entre 4 y 6 días/ semana	Muy a menudo, todos los días, siempre que puede

15. INTERFERENCIA DEBIDA A LA EVITACIÓN

¿Hasta qué punto esos comportamientos de evitación que realiza como consecuencia de sus pensamientos de que padece una enfermedad o algo grave, interfieren con su vida social, o con su trabajo, o con obtener la supervisión médica que necesita? En otras palabras, ¿el evitar o dejar de hacer cosas está limitando su vida social o laboral, o puede incluso poner en peligro su salud? (evaluar la evitación que cause MAS interferencia)

0	1	2	3	4
Nada	Algo. Hay alguna interferencia, pero el rendimiento no está afectado, en general	Moderada. Hay interferencia clara, pero puede funcionar, consigue ir a los controles médicos programados, o cuando son necesarios	Grave. Deterioro importante en lo social o en lo laboral. Evita hacerse los chequeos médicos que necesita	Extrema, Incapacitante. Dejaría de ir al médico o al hospital, aunque estuviera francamente enfermo

16. MALESTAR/ ANSIEDAD

¿Cuánto malestar sentiría si no pudiera evitar esas situaciones, o si se le pidiera que no las evitara? ¿Cuánta ansiedad sentiría?

0	1	2	3	4
Nada, ninguna	Leve, ansiedad ligera si tiene que exponerse a la situación que evita	Moderado, ansiedad importante pero manejable si tiene que exponerse a la situación	Grave, ansiedad muy elevada si tiene que exponerse a la situación que evita	Extremo, ansiedad incapacitante si se expone a la situación que evita

17. RESISTENCIA EN CONTRA DE LA EVITACIÓN

¿Hasta qué punto se esfuerza para no tener que evitar esas situaciones? (evaluar solo el esfuerzo en resistirse a hacer, no el éxito o el fracaso)

0	1	2	3	4
Siempre hace un esfuerzo para no evitar, o los síntomas son tan leves que no requieren evitación	Intenta resistirse a evitar la mayor parte del tiempo	Hace algún esfuerzo por resistirse a evitar	Se rinde, evita la situación, pero lo hace con reservas	Se deja llevar por completo, hace cualquier cosa para evitar

18. GRADO DE CONTROL SOBRE LOS COMPORTAMIENTOS DE EVITACIÓN

¿En qué medida es fuerte el impulso de evitar exponerse a las situaciones que teme? ¿Hasta qué punto puede controlar la evitación, nohacerla?

0	1	2	3	4
Control completo	Mucho control. Siente el impulso de evitar, pero suele ser capaz de controlarlo voluntariamente	Control moderado. Siente un fuerte impulso para evitar, y solo puede controlarlo con mucha dificultad	Muy poco control. Impulso muy fuerte. Siente la necesidad imperiosa de evitar exponerse, aunque algunas veces pueda controlarla	Ningún control. La necesidad de evitar exponerse es total

PUNTUACIÓN TOTAL PARA LA EVITACIÓN: _____

19. INSIGHT (Conciencia de enfermedad)

¿Cuántas veces piensa que sus preocupaciones o sus comportamientos no son razonables, en qué medida se da cuenta de que sus preocupaciones sobre enfermedad son poco razonables?

0	1	2	3	4
Excelente. Evalúa sus pensamientos obsesivos relacionados con la enfermedad como nada razonables	Bueno. Los evalúa como poco razonables la mayor parte del tiempo (\geq 75% de las veces)	Escaso. Los evalúa como razonables más del 50% de las veces, pero menos del 75%	Muy pobre. Los evalúa como no razonables solo algunas veces (más del 25%, pero menos del 50% de las veces)	Muy pobre. Los evalúa como no razonables solo algunas veces (más del 25%, pero menos del 50% de las veces)

Total pensamientos/preocupaciones sobre enfermedad (ítems 1-6)	
Total comportamientos sobre enfermedad (ítems 7-12)	
Total Ítems 1-12	
Total comportamientos de evitación (ítems 13-18)	
Suma total ítems 1-18	
Insight	

INDICE WHITELEY

(Pilowsky, 1967)

¿Padece alguna enfermedad actualmente? SI NO (señalar)

Si respondió afirmativamente, ¿qué enfermedad?.....

A continuación, le presentamos una serie de preguntas sobre su **modo de ser habitual** con respecto a la salud y a la enfermedad. Rodee con un círculo el **SI** o el **NO** para indicar su respuesta a cada pregunta. No hay preguntas acertadas ni equivocadas. Por favor, no deje ninguna pregunta sin responder.

¿Se preocupa mucho por su salud?	SI	NO
¿Cree que hay algo que funciona francamente mal en su	SI	NO
¿Le resulta fácil olvidarse de usted mismo/a y pensar en	SI	NO
Cuando está enfermo/a, ¿se molesta si alguien le dice que tiene mejor aspecto?	SI	NO
¿Cree que está demasiado pendiente de lo que pasa en su cuerpo, que se da demasiada cuenta de las cosas que le pasan?	SI	NO
¿Está usted preocupado/a por diversos dolores y achaques?	SI	NO
¿Tiene miedo a la enfermedad?	SI	NO
¿Cree que se preocupa por su salud más que la mayoría de	SI	NO
¿Le cuesta creer al médico cuando le dice que no tiene ningún motivo para preocuparse por su salud?	SI	NO
¿Se preocupa a menudo por la posibilidad de tener una	SI	NO
Si tiene noticias sobre una enfermedad (a través de la radio, la televisión, los periódicos, o de alguien que conozca), ¿se preocupa por la posibilidad de llegar a padecerla?	SI	NO
¿Tiene la sensación de que la gente no se toma en serio su	SI	NO
¿Se encuentra preocupado/a por muchos síntomas	SI	NO
¿Tiene con frecuencia síntomas de enfermedades graves?	SI	NO

PSWQ

A continuación, encontrará una lista de 16 enunciados sobre formas de sentir que tiene la gente. Lea detenidamente cada uno de ellos y, aplicándolo a usted conteste rodeando con un círculo el número que mejor se ajuste a su forma de sentir habitual. Conteste lo que a primera vista crea que es lo que mejor le define.

Escala de respuesta:

1	2	3	4	5
<i>no es en absoluto típico en mí</i>	<i>es poco típico en mí</i>	<i>es relativamente típico en mí</i>	<i>es bastante típico en mí</i>	<i>es muy típico en mí</i>

1. Cuando no dispongo de tiempo suficiente para hacer todo lo que tengo que hacer, no me preocupo por ello	1 2 3 4 5
2. Me agobian mis preocupaciones	1 2 3 4 5
3. No suelo preocuparme por las cosas	1 2 3 4 5
4. Son muchas las circunstancias que hacen que me sienta preocupado	1 2 3 4 5
5. Sé que no debería estar tan preocupado/a por las cosas, pero no puedo hacer nada por evitarlo	1 2 3 4 5
6. Cuando estoy bajo estados de tensión tiendo a preocuparme muchísimo	1 2 3 4 5
7. Siempre estoy preocupado/a por algo	1 2 3 4 5
8. Me resulta fácil eliminar mis pensamientos de preocupación	1 2 3 4 5
9. Tan pronto como termino una tarea, enseguida empiezo a preocuparme sobre alguna otra cosa que debo hacer	1 2 3 4 5
10. Nunca suelo estar preocupado/a	1 2 3 4 5
11. Cuando no puedo hacer nada más sobre algún asunto, no vuelvo a preocuparme más de él	1 2 3 4 5
12. Toda mi vida he sido una persona muy preocupada	1 2 3 4 5
13. Soy consciente de que me he preocupado excesivamente por las cosas	1 2 3 4 5
14. Una vez que comienzan mis preocupaciones no puedo detenerlas	1 2 3 4 5
15. Estoy preocupado/a constantemente	1 2 3 4 5
16. Cuando tengo algún proyecto no dejo de preocuparme hasta haberlo realizado	1 2 3 4 5

The Penn State Worry Questionnaire. T.J.Meyer, M.L.Miller, R.L.Metzger y T.D.Borkovec (1990). Adaptación española: Sandín, Chorot, Valiente Lostao, 2009.

OCI-R

Las siguientes afirmaciones se refieren a experiencias que muchas personas tienen en tu vida cotidiana. Rodea con un círculo el número que mejor describe CUÁNTO malestar o molestia te ha producido esta experiencia durante el último mes. Las cifras se refieren a las siguientes categorías:

0= En absoluto/Ninguno/Nada
1= Un poco
2= Bastante
3= Mucho
4= Muchísimo

1. Acumular cosas hasta el punto	0	1	2	3	4
2. Comprobar las cosas más a menudo de lo necesario.	0	1	2	3	4
3. Que las cosas no estén bien	0	1	2	3	4
4. Sentir la necesidad de contar mientras está haciendo cosas.	0	1	2	3	4
5. Tocar un objeto cuando sabe que lo han tocado desconocidos o	0	1	2	3	4
6. No poder controlar sus propios	0	1	2	3	4
7. Acumular cosas que no necesita.	0	1	2	3	4
8. Comprobar repetidamente puertas, ventanas, cajones, etc.	0	1	2	3	4
9. Que los demás cambien la manera en que ha ordenado las cosas.	0	1	2	3	4
10. Tener necesidad de repetir	0	1	2	3	4
11. Tener a veces que asearse o lavarse por el mero hecho de	0	1	2	3	4
12. Tener pensamientos desagradables en contra de su	0	1	2	3	4
13. Sentirse incapaz de tirar cosas por temor a necesitarlas	0	1	2	3	4
14. Comprobar repetidamente el gas, el agua y la luz después de	0	1	2	3	4

15. Tener la necesidad que las cosas estén ordenadas de una	0	1	2	3	4
16. Sentir que existen números	0	1	2	3	4
17. Lavarse las manos más a menudo y durante más tiempo	0	1	2	3	4
18. Tener con frecuencia pensamientos repugnantes y	0	1	2	3	4

The ***Obsessive-Compulsive Inventory short version***. Foa, Huppert, Leiberg, Langner, Kichic, Hajcak, G., et al. (2002) *Psychological Assessment*, 14, 485-405. Validación para su uso en castellano en población clínica: Belloch et al., *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 2013, 2, 249-256.

ICO-r

Este cuestionario hace referencia a diferentes actitudes y creencias que tenemos las personas. Lea detenidamente cada una de las afirmaciones y decida en qué grado está de acuerdo o en desacuerdo con cada una de ellas. Responda a cada una de las frases rodeando con un círculo la respuesta **QUE DESCRIBE MEJOR LO QUE PIENSA HABITUALMENTE**, lo que mejor caracteriza su forma de pensar.

Utiliza la siguiente escala de valoración:

1	2	3	4	5	6	7
Totalmente en desacuerdo	Bastante en desacuerdo	Algo en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Algo de acuerdo	Bastante de acuerdo	Totalmente de acuerdo

1	A pesar de que soy muy cuidadoso, a menudo pienso que van a sucederme cosas malas.	1	2	3	4	5	6	7
2	Si pienso que un amigo o un familiar va a perder su trabajo, aumenta el riesgo de que lo pierda de verdad.	1	2	3	4	5	6	7
3	Si pienso que un amigo o un familiar van a tener un accidente de coche, aumenta la posibilidad de que realmente lo tengan.	1	2	3	4	5	6	7
4	Hay cosas que para la gente son pequeñas molestias, y sin embargo a mí me parecen desastres.	1	2	3	4	5	6	7
5	Si se piensa mucho en algo malo, es más fácil que suceda.	1	2	3	4	5	6	7
6	En mi vida, parece como si hasta los problemas más pequeños se convirtieran en grandes.	1	2	3	4	5	6	7
7	Cuando un pensamiento me angustia mucho, es más probable que se haga realidad.	1	2	3	4	5	6	7
8	Creo que el mundo es un lugar peligroso.	1	2	3	4	5	6	7
9	Si pienso que un amigo o un familiar se van a poner enfermos, es más probable que enfermen de verdad.	1	2	3	4	5	6	7
10	Debería tener la certeza absoluta de que mi entorno es seguro.	1	2	3	4	5	6	7
11	Hasta las experiencias cotidianas de mi vida conllevan muchos riesgos.	1	2	3	4	5	6	7

12	Es fundamental tenerlo todo muy claro, hasta los más mínimos detalles.	1	2	3	4	5	6	7
13	Soy más propenso a tener problemas que otras personas.	1	2	3	4	5	6	7
14	Para sentirme seguro, tengo que estar preparado ante cualquier cosa que pueda ocurrir.	1	2	3	4	5	6	7
15	Si se produce un cambio inesperado en mi vida cotidiana, significa que va a pasar algo malo.	1	2	3	4	5	6	7
16	A menudo pienso que mi entorno no es seguro.	1	2	3	4	5	6	7
17	Tener dudas me resulta insoportable.	1	2	3	4	5	6	7
18	Debo estar completamente seguro de mis decisiones.	1	2	3	4	5	6	7
19	Si me esfuerzo mucho conseguiré estar completamente seguro de todo lo que haga.	1	2	3	4	5	6	7

Inventario de Creencias Obsesivas-Reducido. Universidad de Valencia. Correo: amparo.Belloch@uv.es

Escala de creencias irracionales sobre la salud (ECIS)

Este cuestionario describe una serie de situaciones relacionadas con la salud. Por favor, lee cada situación e imagina que se encuentras en esa situación. Utiliza la siguiente escala para indicar, si estuvieras en esa situación, en qué grado tus pensamientos se parecerían a los que aparecen a continuación:

	No se parece en nada a lo que yo pensaría	Se parece algo a lo que yo pensaría	Se parece bastante a lo que yo pensaría	Se parece mucho a lo que yo pensaría	Pensaría exactamente lo mismo
	1	2	3	4	5
1	<hr/> Algunos de tus compañeros de trabajo o estudios han cogido la gripe. Escuchas en las noticias que se ha producido un brote de gripe y que quienes estén en contacto con personas infectadas deberían vacunarse para reducir las posibilidades de enfermar. En esta situación piensas: <i>“El año pasado me vacuné y aun así me puse enfermo. La vacuna no me sirve de nada”</i> . <hr/>				
2	Durante una revisión médica rutinaria, tu médico observa un lunar en tu mano, y te sugiere que consultes con un especialista para examinarlo más a fondo. En ese momento recuerdas que un amigo tuyo tuvo un lunar similar durante años y nunca le causó ningún problema. Piensas: <i>“Estoy seguro de que a mí tampoco me causará problemas”</i> . <hr/>				
3	En tu última revisión médica tenías el colesterol alto y el médico te recomendó que redujeras el consumo de grasas en tu alimentación. Hoy, comiendo con tus compañeros de trabajo, observas que todos están comiendo hamburguesas y patatas fritas. Piensas: <i>“Si todo el mundo</i>				

	<i>come estas cosas, no tienen por qué ser tan malas para mi salud"</i>					
4	Tu médico te prescribe medicación para una enfermedad y te indica que tienes que tomarte el bote de pastillas entero. Después de tomar la mitad de la medicación, te das cuenta de que ya no tienes síntomas. En ese momento, piensas: <i>"Si ya no me encuentro mal, no es necesario que me siga tomando la medicación"</i> .	1	2	3	4	5
5	Tu médico te recomienda un nuevo fármaco para un problema de salud que estás desarrollando, y te advierte que, aproximadamente, el 10% de los pacientes experimentan efectos secundarios. Tú piensas: <i>"Si alguien va a experimentar efectos secundarios, ese/a voy a ser yo"</i> .	1	2	3	4	5
6	Has sufrido una lesión que no te permite trabajar. Tu médico te ha recomendado un tratamiento que te permitiría trabajar, pero solo a tiempo parcial. En esa situación piensas: <i>"Si el tratamiento no puede curarme del todo, entonces no merece la pena tomarlo"</i> .	1	2	3	4	5
7	Recientemente te has sometido a cirugía para solucionar un problema de salud. Tu médico te informa de que la operación no ha tenido éxito y tendrás que volver a pasar por quirófano. En ese instante, piensas: <i>"Si no ha funcionado la primera vez, lo más probable es que no me funcione nunca"</i> .	1	2	3	4	5
8	Durante una revisión médica rutinaria, tu médico hace hincapié en la importancia de realizar ejercicio físico y llevar una dieta saludable para prevenir problemas de salud. Observas que el médico tiene bastante sobrepeso. Piensas: <i>"Si los hábitos de dieta saludables y practicar ejercicio físico fueran realmente importantes, él también perdería peso"</i> .	1	2	3	4	5

9	<p>Tu médico está dándote instrucciones de cómo debes tomarte una nueva medicación. Mientras te lo está explicando le llaman para atender una urgencia y te dice que la enfermera terminará de explicarte cómo debes usar la medicación. Tú piensas: <i>“Si este nuevo tratamiento fuese realmente importante, el médico terminaría de darme las instrucciones”</i>.</p>	1	2	3	4	5
10	<p>Como tus padres padecen problemas de corazón, sabes que tienes más riesgo de padecer esa enfermedad que la mayoría de la gente. En una revisión médica reciente, tu médico insiste en que, haciendo algunos cambios en tu estilo de vida, reducirías el riesgo de padecer un infarto en un 50%. Tú piensas: <i>“Si las enfermedades de corazón son comunes en mi familia, tenerlas o no está fuera de mi control”</i>.</p>	1	2	3	4	5
11	<p>Has estado siguiendo un plan nutricional específico que te prescribió tu médico para un problema de salud. El plan requiere evitar postres y otros alimentos ricos en azúcar. Estás en una fiesta de cumpleaños y todo el mundo está comiendo tarta. Tú piensas: <i>“Si no me como también un trozo del pastel, aguaré la fiesta”</i>.</p>	1	2	3	4	5
12	<p>Has estado tomando medicación durante seis meses y tus problemas médicos no han mejorado. Tu médico te ha sugerido un nuevo medicamento. Tú piensas: <i>“Si la última medicación que tomé no me funcionó, una nueva no me servirá de nada”</i>.</p>	1	2	3	4	5
13	<p>Hace dos meses te lesionaste en un accidente de coche y has estado recibiendo sesiones de fisioterapia desde entonces. Tu médico predijo que en este momento ya estarías recuperado/a, pero lo cierto es que solo te has recuperado en parte. Tú piensas:</p>	1	2	3	4	5

	<i>"Estos dos meses han sido una completa pérdida de tiempo".</i>					
14	Fumas y tienes sobrepeso, pero nunca has tenido un problema de salud serio. En una revisión médica reciente, el médico te ha dicho que esos hábitos de vida te están poniendo en riesgo para padecer problemas de salud. Tus padres tienen hábitos de vida similares y han tenido una larga y saludable vida. Piensas: <i>"Fumar y comer demasiado, no son un problema en mi caso".</i>	1	2	3	4	5
15	Te has sentido fatigado/a desde que empezaste a tomar una nueva medicación el mes pasado. Tu médico te dijo que la medicación era muy efectiva, aunque la fatiga era un efecto secundario frecuente. Tú piensas: <i>"Algo que me hace sentir así de cansado/a, no puede ser bueno para mí".</i>	1	2	3	4	5
16	Ves una noticia sobre que la mayoría de gente sigue sin ponerse el cinturón cuando conduce. En ese momento piensas: <i>"Si hay tanta gente que conduce sin llevar puesto el cinturón, no debe ser tan peligroso".</i>	1	2	3	4	5
17	Estás planificando viajar al extranjero, y tu médico te recomienda que te pongas algunas vacunas antes de irte. Fuiste a ese mismo lugar el año pasado sin ponerte ninguna vacuna y no te pusiste enfermo. En ese instante piensas: <i>"Si no me puse enfermo la última vez, estoy seguro/a de que tampoco me pondré en este viaje".</i>	1	2	3	4	5
18	Estás citado/a para someterte a una prueba médica al final del día, y tu médico te ha indicado que no puedes comer nada hasta que acabe la prueba. Ese mismo día te invitan a participar en una comida de trabajo. En ese momento piensas: <i>"No puedo asistir a la reunión si no como como todos los demás".</i>	1	2	3	4	5
19	Sabes que tienes una enfermedad leve que no te molesta demasiado, pero					

requiere un tratamiento médico de por 1 2 3 4 5
vida. Tu médico te asegura que la
medicación no tiene efectos secundarios
significativos y que la enfermedad
probablemente no interferirá en tu
funcionamiento normal. Tú piensas: *“Si
tengo que tomar esta medicación, mi vida
no volverá a ser nunca igual”*.

20 Todos los miembros de tu familia (o
compañeros de piso) han tenido gripe en
las dos últimas semanas, pero tú te
encuentras bien. Recibes un mensaje de
su médico diciéndote que deberías tomar
precauciones especiales para evitar 1 2 3 4 5
ponerte enfermo/a también. Piensas: *“Si
todavía no me he puesto enfermo,
probablemente soy inmune”*.

Versión en castellano de S. Arnáez, A. Belloch y G. García-Soriano (con permiso de los
autores). Facultad de Psicología. Universidad de Valencia (España). 2016.

ASI-3

Fecha..... Edad.....

Sexo: ___Mujer ___Varón

Conteste rodeando con un círculo el número (0, 1, 2, 3, 4) que mejor refleje su experiencia con lo que se indica en cada uno de los enunciados. Si algo de lo que se dice no lo ha entendido o experimentando nunca (p.ej., desmayarse en público), conteste como usted cree que se sentiría si realmente le hubiera ocurrido.

Responda a todos los enunciados teniendo en cuenta la siguiente valoración:

0	1	2	3	4
Nada o muy poco	Un poco	Bastante	Mucho	Muchísimo

1. Para mí es importante no dar la impresión de estar nervioso/a	0 1 2 3 4
2. Cuando no puedo mantener mi mente concentrada en una tarea, siento la preocupación de que podría estar volviéndome loco/a	0 1 2 3 4
3. Me asusto cuando mi corazón late de forma rápida	0 1 2 3 4
4. Cuando me siento mal del estómago, me preocupa que pueda estar seriamente enfermo/a	0 1 2 3 4
5. Me asusto cuando soy incapaz de mantener mi mente concentrada en una tarea	0 1 2 3 4
6. Cuando tiemblo en presencia de otras personas, me da miedo lo que puedan pensar de mí	0 1 2 3 4
7. Cuando siento opresión en el pecho, me asusta no poder respirar bien	0 1 2 3 4
8. Cuando siento dolor en el pecho, me preocupa que vaya a darme un ataque de pánico	0 1 2 3 4
9. Me preocupa que otras personas noten mi ansiedad	0 1 2 3 4
10. Cuando tengo la sensación de que las cosas no son reales, me preocupa que pueda estar mentalmente enfermo/a	0 1 2 3 4
11. Tengo miedo a sonrojarme delante de la gente	0 1 2 3 4
12. Cuando noto que mi corazón da un salto o late de forma irregular, me preocupa que algo grave me esté ocurriendo	0 1 2 3 4

13. Cuando comienzo a sudar en una situación social, me da miedo que la gente piense negativamente de mí	0 1 2 3 4
14. Cuando mis pensamientos parecen acelerarse, me preocupa que pueda volverme loco/a	0 1 2 3 4
15. Cuando siento opresión en la garganta, me preocupa que pueda atragantarme y morir	0 1 2 3 4
16. Cuando me resulta difícil pensar con claridad, me preocupa que me esté ocurriendo algo grave	0 1 2 3 4
17. Pienso que me resultaría horrible si me desmayase en público	0 1 2 3 4
18. Cuando mi mente se queda en blanco, me preocupa que me esté ocurriendo algo terriblemente malo	0 1 2 3 4

Taylor, S., Zvolensky, M. J., Cox, B. J., Deacon, B., Heimberg, R. G., Ledley, D. R. y Coles, M. (2007). Adaptación española: Sandín, Valiente, Chorot y Santed, 2007.

ESCALA DE DEPRESIÓN, ANSIEDAD Y ESTRÉS- DASS21
POR FAVOR, INDIQUE EN QUÉ MEDIDA HA EXPERIMENTADO LAS
SENSACIONES O ESTADOS DE ÁNIMO SIGUIENTES DURANTE LA
ÚLTIMA SEMANA

1	Me resultó difícil estar tranquilo/a, no sentir presión	Nunca	Alguna vez	Bastantes veces	Casi todo el tiempo
2	Me di cuenta de que tenía la boca seca	Nunca	Alguna vez	Bastantes veces	Casi todo el tiempo
3	No conseguí tener sentimientos positivos	Nunca	Alguna vez	Bastantes veces	Casi todo el tiempo
4	Tuve dificultades para respirar (por ej., respiración excesivamente rápida, o quedarme sin aliento sin haber hecho un esfuerzo físico)	Nunca	Alguna vez	Bastantes veces	Casi todo el tiempo
5	Me resultó difícil tener ganas de hacer cosas	Nunca	Alguna vez	Bastantes veces	Casi todo el tiempo
6	Tuve tendencia a reaccionar exageradamente en ciertas situaciones	Nunca	Alguna vez	Bastantes veces	Casi todo el tiempo
7	Sentí temblores (por ejemplo, en las manos o en las piernas)	Nunca	Alguna vez	Bastantes veces	Casi todo el tiempo
8	Me sentí muy nervioso	Nunca	Alguna vez	Bastantes veces	Casi todo el tiempo
9	Estuve preocupado por situaciones en las que me asusto y hago el ridículo	Nunca	Alguna vez	Bastantes veces	Casi todo el tiempo
10	Sentí que no había nada que me hiciese ir adelante, que no tenía nada que esperar	Nunca	Alguna vez	Bastantes veces	Casi todo el tiempo
11	Sentí que yo solo me ponía nervioso a mí mismo	Nunca	Alguna vez	Bastantes veces	Casi todo el tiempo

12	Me resultó difícil relajarme	Nunca	Alguna vez	Bastantes veces	Casi todo el tiempo
13	Me sentí desanimado y triste	Nunca	Alguna vez	Bastantes veces	Casi todo el tiempo
14	No toleraba que algo me impidiera hacer lo que tenía que hacer	Nunca	Alguna vez	Bastantes veces	Casi todo el tiempo
15	Estuve a punto de entrar en pánico	Nunca	Alguna vez	Bastantes veces	Casi todo el tiempo
16	Me sentí incapaz de entusiasmarme con nada	Nunca	Alguna vez	Bastantes veces	Casi todo el tiempo
17	Sentí que no valía mucho como persona	Nunca	Alguna vez	Bastantes veces	Casi todo el tiempo
18	Sentí que estaba susceptible, irritable	Nunca	Alguna vez	Bastantes veces	Casi todo el tiempo
19	Sentía el latido de mi corazón sin hacer ningún esfuerzo físico (por ej., sentir el corazón acelerado, o que perdía algún latido)	Nunca	Alguna vez	Bastantes veces	Casi todo el tiempo
20	Sentí miedo sin ninguna razón, sin motivo	Nunca	Alguna vez	Bastantes veces	Casi todo el tiempo
21	Sentí que la vida no tenía ningún sentido	Nunca	Alguna vez	Bastantes veces	Casi todo el tiempo

Lovibond, S. y Lovibond, P. (1995). Manual for the depression anxiety scales. Sydney, Psychol. Adaptación española: Bados, Solana y Andrés, 2005.

BDI-II

Este cuestionario consiste en 21 grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos y, a continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor el modo en el que se ha sentido **DURANTE LAS DOS ÚLTIMAS SEMANAS, INCLUYENDO EL DÍA DE HOY**. Rodee con un círculo el número que se encuentre escrito a la izquierda de la afirmación que haya elegido.

Si dentro del mismo grupo, hay más de una afirmación que considere igualmente aplicable a su caso, señálela también.

Asegúrese de leer todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de efectuar la elección.

<p>1. Tristeza</p> <p>0 No me siento triste habitualmente.</p> <p>1 Me siento triste gran parte del tiempo.</p> <p>2 Me siento triste continuamente</p> <p>3 Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo.</p>	<p>2. Pesimismo</p> <p>0 No estoy desanimado sobre mi futuro.</p> <p>1 Me siento más desanimado sobre mi futuro que antes.</p> <p>2 No espero que las cosas mejoren.</p> <p>3 Siento que mi futuro es desesperanzador y que las cosas sólo empeorarán</p>
<p>3. Sentimientos de Fracaso</p> <p>0 No me siento fracasado.</p> <p>1 He fracasado más de lo que debería.</p> <p>2 Cuando miro atrás, veo fracaso tras fracaso.</p> <p>3 Me siento una persona totalmente fracasada.</p>	<p>4. Pérdida de Placer</p> <p>0 Disfruto de las cosas que me gustan tanto como antes.</p> <p>1 No disfruto de las cosas tanto como antes.</p> <p>2 Obtengo muy poco placer de las cosas con las que antes disfrutaba.</p> <p>3 No obtengo ningún placer de las cosas con las que antes disfrutaba</p>
<p>5. Sentimientos de Culpa</p> <p>0 No me siento especialmente culpable.</p> <p>1 Me siento culpable de muchas cosas que he hecho o debería haber hecho.</p> <p>2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.</p> <p>3 Me siento culpable constantemente</p>	<p>6. Sentimientos de castigo</p> <p>0 No siento que esté siendo castigado.</p> <p>1 Siento que puedo ser castigado.</p> <p>2 Espero ser castigado.</p> <p>3 Siento que estoy siendo castigado</p>
<p>7. Insatisfacción con uno mismo.</p> <p>0 Siento lo mismo que antes sobre mí mismo.</p> <p>1 He perdido confianza en mí mismo.</p> <p>2 Estoy decepcionado conmigo mismo.</p> <p>3 No me gusto</p>	<p>8. Auto-Críticas</p> <p>0 No me critico o me culpo más que antes.</p> <p>1 Soy más crítico conmigo mismo de lo que solía ser.</p> <p>2 Critico todos mis defectos.</p> <p>3 Me culpo por todo lo malo que</p>

	sucede
<p>9. Pensamientos o Deseos de Suicidio</p> <p>0 No tengo ningún pensamiento de suicidio.</p> <p>1 Tengo pensamientos de suicidio, pero no los llevaría a cabo.</p> <p>2 Me gustaría suicidarme.</p> <p>3 Me suicidaría si tuviese la oportunidad.</p>	<p>10. Llanto</p> <p>0 No lloro más de lo que solía hacerlo.</p> <p>1 Lloro más de lo que solía hacerlo.</p> <p>2 Lloro por cualquier cosa.</p> <p>3 Tengo ganas de llorar continuamente, pero no puedo.</p>
<p>11. Agitación</p> <p>0 No estoy más inquieto o agitado que de costumbre.</p> <p>1 Me siento más inquieto o agitado que de costumbre.</p> <p>2 Estoy tan inquieto o agitado que me cuesta estar quieto.</p> <p>3 Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar continuamente moviéndome o haciendo algo.</p>	<p>12. Pérdida de Interés</p> <p>0 No he perdido el interés por otras personas o actividades.</p> <p>1 Estoy menos interesado que antes por otras personas o actividades.</p> <p>2 He perdido la mayor parte de mi interés por los demás o por las cosas.</p> <p>3 Me resulta difícil interesarme en algo.</p>
<p>13. Indecisión</p> <p>0 Tomo decisiones más o menos como siempre.</p> <p>1 Tomar decisiones me resulta más difícil que de costumbre.</p> <p>2 Tengo mucha más dificultad en tomar decisiones que de costumbre.</p> <p>3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión.</p>	<p>14. Inutilidad</p> <p>0 No me siento inútil.</p> <p>1 No me considero tan valioso y útil como solía ser.</p> <p>2 Me siento inútil en comparación con otras personas.</p> <p>3 Me siento completamente inútil.</p>
<p>15. Pérdida de Energía</p> <p>0 Tengo tanta energía como siempre.</p> <p>1 Tengo menos energía de la que solía tener.</p> <p>2 No tengo suficiente energía para hacer muchas cosas.</p> <p>3 No tengo suficiente energía para hacer nada.</p>	<p>16. Cambios en el Patrón de Sueño.</p> <p>0 No he experimentado ningún cambio en mi patrón de sueño.</p> <p>1a Duermo algo más de lo habitual.</p> <p>1b Duermo algo menos de lo habitual.</p> <p>2a Duermo mucho más de lo habitual.</p> <p>2b Duermo mucho menos de lo habitual.</p> <p>3a Duermo la mayor parte del día.</p> <p>3b Me despierto 1 o 2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme.</p>

<p>17. Irritabilidad</p> <p>0 No estoy más irritable de lo habitual.</p> <p>1 Estoy más irritable de lo habitual.</p> <p>2 Estoy mucho más irritable de lo habitual.</p> <p>3 Estoy irritable continuamente.</p>	<p>18. Cambios en el Apetito</p> <p>0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito.</p> <p>1a Mi apetito es algo menor de lo habitual. 1b Mi apetito es algo mayor de lo habitual.</p> <p>2a Mi apetito es mucho menor que antes. 2b Mi apetito es mucho mayor de lo habitual.</p> <p>3a He perdido completamente el apetito. 3b Tengo ganas de comer continuamente.</p>
<p>19. Dificultad de Concentración</p> <p>0 Puedo concentrarme tan bien como siempre.</p> <p>1 No puedo concentrarme tan bien como habitualmente.</p> <p>2 Me cuesta mantenerme concentrado en algo durante mucho tiempo No puedo concentrarme en nada</p>	<p>20. Cansancio o Fatiga</p> <p>0 No estoy más cansado o fatigado que de costumbre.</p> <p>1 Me canso o fatigo más fácilmente que de costumbre.</p> <p>2 Estoy demasiado cansado o fatigado para hacer muchas cosas que antes solía hacer.</p> <p>3 Estoy demasiado cansado o fatigado para hacer la mayoría de las cosas que antes solía hacer.</p>
<p>21. Pérdida de Interés en el Sexo</p> <p>0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.</p> <p>1 Estoy menos interesado por el sexo de lo que solía estar.</p> <p>2 Estoy mucho menos interesado por el sexo ahora.</p> <p>3 He perdido completamente el interés por el sexo.</p>	

Beck Depression Inventory-II. Aaron Beck & The Psychological Corporation. Adaptación española: Sanz, J., Perdigón, A. L. y Vázquez, C. (2003).