



## **La ruptura del silencio del cuerpo: La hipocondría**

### **Una aproximación a través de diversas teorías**

Dahiana Karina Paz Martínez

C.I.: 5.017.690-0

Facultad de Psicología, Universidad de la República

Trabajo final de grado: Monografía

Tutor: Prof. Adj. Dr. Lisandro Vales

Revisor: Profa. Adja. Mag. Beatriz Gloria Falero



Septiembre de 2024, Montevideo, Uruguay.

\* *Imagen de portada: Le malade imaginaire (la enfermedad imaginaria)*, cuadro elaborado por el Pintor realista Honoré Daumier.

### **Agradecimientos:**

A mi familia por su apoyo en esta etapa tan importante de mi vida.

A los diferentes compañeros con los que tuve el gusto de coincidir en el transcurso de esta trayectoria formativa.

A cada docente de la carrera por compartir con dedicación y entera pasión sus amplios conocimientos de las distintas temáticas.

A mi tutor por acceder a tutorearme, y por sus constantes apreciaciones y material compartido que enriquecieron significativamente mi trabajo.

A mí misma por confiar en lo que me interpela y entusiasma.

Y entonces viene el desamparo de estar vivo. Estoy hablando realmente de la angustia, del mal. Porque un poco de angustia se tiene: lo que es vivo, por ser vivo, se contrae.

Lispector (2022)

El movimiento de la vida consiste en crecer o decrecer, no hay suspenso. Solo la idea admite la neutralidad, pero en el tiempo y en lo real hay crecimiento o repliegue (desintrincación, diría Freud).

Dufourmantelle (2013)

Un intenso egoísmo protege contra la enfermedad; pero, al fin y al cabo, hemos de comenzar a amar para no enfermarnos y enfermamos en cuanto una prohibición interior o exterior nos impide amar.

Freud (1914)

La hipocondría nos recuerda que el equilibrio entre lo que es soma y lo que es psique en los seres humanos permanece variable hasta la somatización final en la quietud de la muerte.

Hanly (2011)

## Índice

1.	Resumen.....	6
2.	Introducción.....	7
3.	Historia de la hipocondría.....	9
4.	Definición de hipocondría según DSM-5.....	11
5.	Definición de hipocondría según CIE 11.....	13
6.	La Perspectiva psicoanalítica.....	15
	6.1 Inicios de la Hipocondría en la Teoría Freudiana .....	15
	6.2 Perspectiva de las relaciones objetales.....	18
	6.3 La Alteración Narcisista como causa de la hipocondría.....	20
	6.4 Asociación entre hipocondría y sueño.....	22
	6.5 Un tipo de Psicoterapia Psicodinámica con evidencia sobre los TSS: la Terapia Interpersonal Dinámica .....	24
7.	Terapia Cognitivo-Conductual y Trastorno Hipocondríaco.....	25
8.	Más sobre la Psicoterapia Psicodinámica y la Terapia Cognitivo-Conductual.....	26
9.	Algunas correlaciones neuroanatómicas en la percepción de los estados somáticos.....	27
10.	La hipocondría vista como un trastorno neurológico funcional.....	29
11.	Reflexiones finales.....	31
12.	Referencias bibliográficas.....	34

## 1. Resumen

El siguiente Trabajo Final de Grado representa el cierre final de la carrera correspondiente a la Licenciatura en Psicología de la Facultad de Psicología.

La temática del mismo surge a partir de la observación y análisis de la hipocondría o el Trastorno de Síntomas Somáticos (TSS).

Se retoma parte de la historia de la hipocondría y las definiciones propuestas en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su quinta edición (DSM 5), y en la Clasificación Internacional de Enfermedades para Estadísticas de Mortalidad y Morbilidad Undécima revisión (CIE-11) para precisar su concepto.

Posteriormente se hacen revisiones de la hipocondría desde diversas perspectivas teóricas, destacando los inicios del trastorno en la teoría freudiana, la perspectiva de las relaciones objetales, la alteración narcisista como causa de la hipocondría, y la asociación entre hipocondría y sueño. A su vez, se menciona la evidencia que tiene la Psicoterapia Psicodinámica en los TSS.

Seguidamente, se intenta hacer hincapié en algunos tratamientos para este trastorno, destacando para ello a la Terapia Cognitiva-Conductual (TCC), y a la Psicoterapia Psicodinámica.

Desde otro enfoque, se busca conocer las posibles correlaciones neuroanatómicas existentes en la percepción de los estados somáticos, así como las alteraciones de las estructuras involucradas en la percepción y la representación de los estados corporales, y cómo dichas alteraciones agudizan o empeoran las ideas hipocondriacas.

Por otra parte, se aborda a la hipocondría como un tipo de trastorno neurológico funcional conceptualizado como Trastorno Cognitivo Funcional.

**Palabras claves o Keywords:** hipocondría; angustia hipocondríaca; trastorno de síntomas somáticos; trastorno cognitivo funcional

## 2. Introducción

La hipocondría ha sido estudiada desde diversas teorías que han identificado algunos mecanismos y factores subyacentes que contribuyen a su desarrollo.

Se considera que es una afección crónica y recurrente que conduce a un deterioro significativo, y su aparición tiende a manifestarse a principios de la edad adulta, aunque también puede presentarse en la infancia y en la adolescencia (APA, 2014).

Se caracteriza por la preocupación por tener o contraer una enfermedad médica grave, y se manifiesta como una compleja interacción de conflictos y defensas narcisistas que tienen por objetivo la búsqueda de seguridad y control por medio de la ansiedad por la salud.

Desde la teoría freudiana se reconoce a la hipocondría como un síntoma transversal relacionado con la angustia derivada del exceso de libido no satisfecha, y surge como defensa en respuesta a la falta de objetos de apoyo de buena calidad.

Por otro lado, desde la perspectiva de las relaciones objetales se considera que la hipocondría surge por la introyección de un objeto externo que es considerado como malo, dañado o enfermo, y a su vez se relaciona con un conjunto de síntomas paranoides que cambian a medida que el paciente avanza desde una etapa esquizo-paranoide hacia una etapa depresiva.

Desde otra mirada, se sostiene que la hipocondría se desarrolla producto de una alteración narcisista, y que ésta última se manifiesta como respuesta a las primeras frustraciones impuestas por el entorno primario que desestabiliza.

Otra de las teorías expone la asociación entre la hipocondría y el sueño. En este sentido, se plantea que el proceso por el cual el sujeto retira su libido del mundo exterior y lo invierte en su yo también ocurre en la hipocondría, lo que demostraría que en el sueño suceden fenómenos similares a los que se desarrollan en este trastorno.

En cuanto a tratamientos, se identifica que la Psicoterapia Psicodinámica para los TSS permite comprender los problemas del paciente y las respuestas subjetivas a estos problemas, así como reducir los síntomas hipocondríacos. Un tipo de Psicoterapia, la Terapia Interpersonal Dinámica (DIT), también resulta útil al enfocarse en la cognición interpersonal y la mentalización del paciente, caracterizada ésta última como la capacidad para inferir y entender los estados mentales de uno mismo y los demás, vinculada al desarrollo del yo (Fonagy et al., 2018; Fotopoulou y Tsakiris, 2017).

Por otra parte, la TCC permite modificar las creencias erróneas y las estrategias desadaptativas reduciendo así la ansiedad por la salud y la preocupación excesiva (Sørensen et al., 2011).

Los pacientes con hipocondría tienden a interpretar las sensaciones corporales no deseadas como signos de una posible enfermedad. En ese contexto, surge una constante búsqueda de tranquilidad sobre los síntomas y enfermedades temidas (Olatunji et al., 2014). En la práctica cotidiana se presenta un estado de alerta permanente acompañado de angustia y temor, y una excesiva hipervigilancia con respecto a su propio cuerpo (Valonero, 1997). En ese contexto, resultan relevantes las ideas sobrevaloradas las cuales “se basan en un cambio de significado que transforma meras sensaciones elevadas de tono (significante) en síntomas médicos (significado) y, sobre ellas, va a girar la vida del paciente” (García, 2021, p. 223).

El discurso del hipocondríaco gira en torno a su malestar, lo que exacerba los síntomas observados y aumenta las quejas respecto a los mismos. Generalmente se tiende a subestimar las necesidades de validación de los pacientes, lo que lleva a que éstos se sientan totalmente incomprendidos. La incredulidad, el escepticismo y la aplicación de modelos y diagnósticos poco útiles por parte de los profesionales de la salud terminan empeorando la situación del paciente y agudizando la angustia de sus síntomas somáticos. En este caso, es recomendable buscar un consenso en lugar de entrar en conflicto, y así establecer una teoría común de la enfermedad (ya sea de forma implícita o explícita) que tome en cuenta la experiencia subjetiva del paciente y la complejidad de su trastorno (Luyten et al., 2019).

Resulta clave entender cómo se genera este trastorno a nivel del psiquismo, y cuáles son los mecanismos neuronales para expresar este malestar. En este sentido, las fisiopatologías de la ínsula evidencian alteraciones significativas en la percepción de los estados somáticos y en la representación de los estados corporales, resultando en el empeoramiento de las ideas hipocondríacas, y exacerbando el malestar y la angustia del sujeto.

En otro orden de ideas, la hipocondría es entendida como un trastorno cognitivo funcional, el cual integra uno de los subtipos del trastorno neurológico funcional, y es definido como una afección de síntomas cognitivos con una clara falta de coherencia interna que no puede ser explicado por otro trastorno, y que ocasiona un deterioro notorio en el sujeto, lo que justifica la necesidad de acudir a una evaluación médica (Hallett et al., 2022).



### 3. Historia de la Hipocondría

Descrita por el filósofo Hipócrates como una enfermedad relacionada con la tristeza melancólica, la hipocondría encuentra en la medicina una definición exclusivamente semiológica centrada en la preocupación excesiva y constante de padecer una enfermedad grave a pesar de la ausencia de síntomas físicos detectables (Albarrazin, 2015).

En el siglo XVII se atribuía a la hipocondría con una localización meramente anatómica, considerándola como una enfermedad visceral. Posteriormente, en el siglo XVIII se la va a categorizar como una neurosis con síntomas abdominales, depresión y asimiento al peligro. En esa época prima la teoría de las afecciones del sistema nervioso por sobre la teoría de los humores. Luego ya en el siglo XIX se la pasa a considerar como una enfermedad propia del intelecto, debiéndose incluir dentro del grupo de las psicosis por tratarse de una forma de paranoia (Marangoni, 2009).

En su obra sobre Introducción del narcisismo y otros ensayos Freud (1914) va a otorgar una definición más precisa acerca de la hipocondría, destacando que ésta se exterioriza en sensaciones somáticas penosas y dolorosas, y atribuyendo que “el hipocondríaco retira interés y libido —esta última de manera particularmente nítida— de los objetos del mundo exterior y los concentra sobre el órgano que le atarea” (Freud, 1914, p.80).

La hipocondría, la neurastenia y la neurosis de angustia eran las neurosis prevalentes de aquella época. Para Freud la hipocondría y la parafrenia comparten similitudes en su manifestación y características, al igual que la histeria y la neurosis obsesiva lo hacen entre sí. La angustia hipocondríaca es ligada al propio cuerpo y a la libido del Yo en contraposición con la angustia neurótica (Freud, 1914). Más adelante se la consideró como una condición secundaria a la depresión o la ansiedad, y luego se la identificó como un trastorno primario (Salkovskis, 2003).

Respecto a su tratamiento se la concebía como intratable (Salkovskis, 2003) o resistente y refractaria al tratamiento psicológico (Olatunji, 2014), y su pronóstico incierto presenta un verdadero problema para encontrar un tratamiento adecuado (Stathopoulos, 2017). Su condición clínica se reconoce con posterioridad en la esfera médica incluyéndose así en los diferentes manuales internacionales (Salkovskis, 2003).

En la actualidad el término hipocondría ha sido reemplazado por el trastorno de ansiedad por enfermedad y el TSS que se incluyen en el DSM-5 (APA, 2014). A su vez, es incluido dentro

de los Trastornos obsesivo-compulsivos (TOC) y otros trastornos según la CIE-11 (CIE, 2024).

Es relevante mencionar que la hipocondría es diferente al trastorno de somatización ya que en este último los pacientes solicitan voluntariamente un tratamiento para su enfermedad, mientras que los pacientes hipocondríacos no suelen recurrir a la toma de medicamentos por temor a que estos empeoren su situación. Cabe especificar, además, que la hipocondría afecta por igual a hombres y mujeres, y su aparición es más común en jóvenes, ancianos y en estudiantes de medicina, aunque estos últimos tienen un mayor riesgo de sufrir síntomas hipocondríacos transitorios debido al estudio de las diversas enfermedades y a la comparación de sus propios síntomas corporales con síntomas descritos de alguna enfermedad en particular (Syaukat, 2021).

#### **4. Definición de Hipocondría Según DSM-5**

En el DSM-5 surge una reorganización de los diagnósticos de los trastornos somatomorfos descritos en el DSM-IV, debido a que en este último el término de trastornos somatomorfos es confuso y existe un alto grado de superposición entre estos, así como una falta de claridad en los límites de los diagnósticos. Esto lleva a que en el nuevo manual se sustituyan los trastornos somatomorfos por trastornos de síntomas somáticos y trastornos relacionados, reduciendo así el número total de trastornos y sus subcategorías.

Para la realización del diagnóstico del trastorno de síntomas somáticos el DSM-5 propone basarse principalmente en los síntomas positivos y los signos más que en la ausencia de una explicación médica. En tal sentido, se añade como característica diagnóstica la incorporación de componentes afectivos, cognitivos y conductuales (APA, 2014).

La mayoría de las personas que padecen hipocondría son clasificadas como un TSS, y en una minoría de los casos resulta más adecuado utilizar el diagnóstico de trastorno de ansiedad por enfermedad. Éste último cabría asignarlo a aquellos pacientes que padecen síntomas somáticos de intensidad leve (APA, 2014).

Algunos de los criterios diagnósticos para clasificar el trastorno de ansiedad por enfermedad son los siguientes: la preocupación por tener o contraer una enfermedad médica grave; la aparición de síntomas somáticos de intensidad leve relacionados a una sensación fisiológica normal o de carácter benigno, y la experimentación de ansiedad de forma excesiva y desproporcionada por el diagnóstico de una afección médica que no es de gravedad.

En cuanto al TSS el DSM-5 establece que algunos de los criterios diagnósticos para su identificación son: la presencia de uno o más síntomas somáticos que causen malestar o problemas significativos en la vida diaria (Criterio A); pensamientos, sentimientos o comportamientos exacerbados relacionados con la preocupación por la salud o con los síntomas somáticos experimentados (Criterio B). Y como último criterio, la prevalencia del estado sintomático debe presentarse por más de seis meses (Criterio C).

El sufrimiento del individuo es auténtico ya sea que se pueda explicar médicamente o no, y los diagnósticos de los TSS y el padecimiento de una afección médica conjunta no deben considerarse excluyentes entre sí.

En los casos de los TSS graves la preocupación por la salud es extendida a todas las áreas de la vida del sujeto perjudicando sus relaciones interpersonales, su salud física y mental, y

hasta su propia identidad. A su vez, cuando el trastorno es persistente puede provocar la invalidez del individuo, la comprobación constante de anomalías corporales, y la búsqueda repetitiva de atención médica. Con frecuencia las personas con dicho trastorno suelen acudir a los servicios generales de salud médica en lugar de a los servicios de salud mental, ya que consideran que sus síntomas somáticos tienen una procedencia física y no estrictamente mental.

Es importante tener en cuenta que pueden coexistir el diagnóstico de TSS y el diagnóstico de otro trastorno mental. En tal caso, se debería dar tratamiento a ambos trastornos. La presencia de síntomas somáticos de un trastorno médico establecido no excluye el diagnóstico de los TSS.

En cuanto al diagnóstico diferencial, en el TSS la ansiedad y los síntomas somáticos son más persistentes, mientras que en el trastorno de pánico los síntomas somáticos aparecen principalmente en los episodios agudos. En el caso del trastorno de ansiedad generalizada el miedo a la enfermedad no suele ser el foco principal de atención, y en los trastornos depresivos los síntomas depresivos centrales están caracterizados por el bajo estado de ánimo y la anhedonia.

En el trastorno de conversión o también denominado trastorno de síntomas neurológicos funcionales, los síntomas experimentados se centran en el déficit aparente de la función motora voluntaria o sensitiva. Por el contrario, en el TSS la atención está volcada esencialmente en la angustia que causan los síntomas somáticos concretos.

En el trastorno delirante de tipo somático las creencias sobre los síntomas somáticos y el comportamiento son mucho más acentuadas que las que se encuentran en el TSS. Además, las creencias de padecer una enfermedad grave sí tienen intensidad delirante.

Por otra parte, en el trastorno dismórfico corporal el sujeto está excesivamente preocupado por un defecto percibido en su apariencia física, mientras que en el TSS la preocupación radica en el miedo a padecer una enfermedad grave y no en los defectos percibidos en el cuerpo.

En el caso del TOC la presencia de obsesiones o compulsiones generan un malestar significativo en la vida diaria del sujeto. En cambio, en el TSS las ideas sobre este tipo de síntomas no son demasiado intrusivas, y no se tienden a realizar comportamientos repetitivos para calmar la ansiedad.

## 5. Definición de Hipocondría Según CIE 11

En la CIE 11 la hipocondría está incluida dentro de los TOC y otros trastornos. Estos se caracterizan principalmente por la presencia de pensamientos y comportamientos repetitivos. A su vez, las obsesiones, los pensamientos intrusivos y las preocupaciones son algunos de los fenómenos cognitivos esenciales en los subconjuntos de estas enfermedades (CIE, 2024).

Los TOC y relacionados incluyen a los siguientes trastornos: el TOC propiamente; Trastorno dismórfico corporal, Trastorno de referencia olfativa; Hipocondria (Trastorno de ansiedad por la salud); Trastorno de acaparamiento; Trastornos de conducta repetitiva centrados en el cuerpo; otro TOC o relacionado especificado, y el TOC o relacionado no especificado.

En el apartado 6B23 se define a la hipocondría como la preocupación o el miedo persistentes por la posibilidad de tener una o más enfermedades graves, progresivas o potencialmente mortales. Asimismo, la preocupación experimentada debe acompañarse de ciertas acciones como son las conductas repetitivas y excesivas relacionadas con la salud, y el comportamiento de evitación desadaptativo relacionado con la salud, y que dichos síntomas resulten en una angustia significativa que perjudique o imposibilite el funcionamiento personal, social, educativo, ocupacional u otras áreas importantes de la vida del sujeto (CIE, 2024).

Los sujetos con hipocondría varían en cuanto al conocimiento que tienen sobre las creencias que subyacen a sus preocupaciones de salud. Es decir, que muchos de ellos reconocen que sus comportamientos o pensamientos son desmedidos o excesivos, y otros manejan una convicción delirante (y determinante) respecto a su estado de salud. A su vez, las personas que padecen este trastorno realizan con frecuencia interpretaciones catastróficas de los signos o síntomas corporales, y suelen tener un alto nivel de ansiedad sobre la salud y sobre su estado de salud personal en general, lo que los lleva a someterse a exámenes médicos y a pruebas de diagnóstico innecesarios. Por el contrario, también ocurre que en vez de alarmarse sobre su estado de salud y acudir al médico, eviten el contacto con estos, con los centros de salud y con la información respecto a la misma (CIE, 2024).

Es importante destacar los límites con otros trastornos y otras afecciones. En este sentido, algunos de los diagnósticos diferenciales son: el trastorno dismórfico corporal, el cual se expresa principalmente por una preocupación o percepción desmedida de la apariencia, mientras que en la hipocondría la preocupación gira entorno a la posibilidad de padecer enfermedades potencialmente mortales; el TOC, donde los pensamientos recurrentes y las conductas repetitivas no se limitan únicamente a preocupaciones acerca de la salud, si no

por el contrario, abarcan diversos tipos de obsesiones; el trastorno delirante y otros trastornos psicóticos primarios: los delirios somáticos que se presentan en el trastorno delirante tienden a ser menos admisibles médicamente, y a su vez, no se centran en la creencia de tener una enfermedad en específico. Por el contrario, los sujetos con hipocondría no presentan otras características de la psicosis como son las alucinaciones. Adicionalmente, las creencias se restringen al miedo o a la convicción de padecer una enfermedad médica sin que se hayan presentado antes otros delirios. Trastornos depresivos: en dichos trastornos pueden presentarse preocupaciones hipocondríacas o delirios somáticos, además de otra variedad de preocupaciones y síntomas depresivos, mientras que en la hipocondría la preocupación o el delirio se centra enteramente en el estado de salud y/o de enfermedad.

Trastorno de ansiedad generalizada: las personas que lo padecen pueden tener preocupaciones respecto a su salud, pero también manifiestan otras preocupaciones relacionadas a eventos negativos que podrían ocurrir en su vida diaria. Asimismo, y a diferencia de la hipocondría, normalmente no se perpetúan las preocupaciones sobre la salud o el padecimiento de una enfermedad luego de una evaluación médica.

Límite con el trastorno de pánico: las personas con trastorno de pánico suelen tener ataques de pánico recurrentes, y su preocupación se centra más que nada en que los síntomas somáticos experimentados durante los ataques de pánico den cuenta de una afección médica grave, como por ejemplo, un ataque cardíaco. Por el contrario, no se adjudica un diagnóstico adicional de trastorno de pánico cuando un sujeto con hipocondría experimenta ataques de pánico en respuesta a la preocupación o en miedo sobre la posibilidad de tener una o más enfermedades graves. No obstante, se pueden asignar ambos diagnósticos si se cumplen con los requisitos de diagnóstico restantes para hipocondría.

Límite con el trastorno de angustia corporal: las personas que padecen dicho trastorno suelen estar preocupadas por los síntomas corporales en sí mismos, y no por la posibilidad de tener una enfermedad grave. Asimismo, la búsqueda de atención médica se utiliza principalmente para calmar los síntomas, y no para confirmar la creencia de tener una enfermedad potencialmente mortal, como sí sucede con las personas con hipocondría.

## 6. La perspectiva psicoanalítica

### 6.1 Inicios de la Hipocondría en la Teoría freudiana

Inicialmente se le confiere a la hipocondría el estatus de síntoma transversal y luego pasa a considerarse como la tercera neurosis actual, junto a la neurastenia y a la neurosis de angustia (Freud, 1914). En principio no se contemplaba a la hipocondría como un sufrimiento debido a un mal funcionamiento somático de la sexualidad adulta. Será Ferenczi (discípulo de Freud) quien reconocerá el problema sexual que hay en la hipocondría atribuyéndole con una falta de participación de la psique debido a una inhibición importante que impide el acceso a la libido, y hará hincapié en la concentración de ésta en un órgano o en una función corporal específica (Albarrazin, 2015; Stathopoulos, 2017).

En el texto sobre Introducción del narcisismo (1914) Freud hace hincapié en que la hipocondría se exterioriza en sensaciones corporales dolorosas y penosas, afectando directamente la distribución de la libido. De forma similar ocurre en la enfermedad orgánica. Sin embargo, en ésta última son evidentes las alteraciones orgánicas, mientras que en la hipocondría las sensaciones penosas no tendrían fundamento debido a su falta de comprobación. No obstante, las alteraciones de órgano en la hipocondría ocurren de forma distinta. Freud nos dice que “algunos otros lugares del cuerpo pueden subrogar a los genitales y comportarse de forma análoga a ellos” (Freud, 1914, p.81). En ese marco, determina que existen otras zonas erógenas del cuerpo que se alteran y que por tanto también son concebidas como órganos de sensibilidad dolorosa. A ello se agrega que la erogeneidad como característica general de todos los órganos puede aumentar o disminuir, y provocar alteraciones de ésta (la erogeneidad) en el interior de los órganos. Esto lleva a que se produzca una alteración de la investidura libidinal dentro del yo, donde la distribución de la libido tiene un destino paralelo a lo que ocurre en una enfermedad orgánica (Freud, 1914)

El sujeto hipocondríaco retrae su interés y su libido de los objetos del mundo exterior y luego los concentra sobre el órgano que le preocupa (Freud, 1914). Esta retirada de la libido objetal hacia el yo es volcada en el propio cuerpo y dirigida hacia ese órgano enfermo que lo hace padecer. Este órgano en estado de excitación causa un permanente auto-hostigamiento y una necesidad inconsciente de castigo, que lleva a que el paciente hipocondríaco entienda que el órgano afectado puede “destruir” parte de su propio ser, por lo que éste es atacado agresivamente mediante impulsos hostiles como forma de defensa ante la inminente destrucción (Wintrebert, 2009).

Aquí cobran protagonismo las pulsiones de muerte, entendidas como un proceso dinámico que “tienden a la reducción completa de las tensiones, es decir, a devolver al ser vivo al estado inorgánico” (Laplanche et al., 1996, p.336). Preliminarmente, las pulsiones de muerte son dirigidas hacia el interior, y tienen como fin último la autodestrucción. Posteriormente, se dirigen hacia el exterior en forma de pulsión destructiva.

En el caso de la hipocondría surge un desplazamiento parcial hacia el exterior, de modo que esta tendencia de volver al estado inorgánico permanece y se acentúa en el organismo, y es ligada libidinalmente. En ese marco, la pulsión de muerte que es redirigida hacia el propio sujeto busca atormentarlo de forma significativa, sentenciando un autocastigo permanente a través de impulsos sádicos y una actitud hostil vuelta contra el Yo (Valonero, 1997). Como sostiene Wintrebert (2009), estos pacientes tienen una necesidad inconsciente de castigo y no desean curarse. Se encuentran eclipsados bajo un goce que les subsume placer y displacer. De aquí se desprende la reacción terapéutica negativa que estos pacientes mantienen con los distintos tratamientos. Esta reacción es la que denuncia el goce en relación al síntoma, donde el sujeto hipocondríaco no quiere ser “liberado” de su síntoma ya que si bien lo atormenta, también le causa satisfacción, además de otorgarle (de manera inconsciente) una supuesta identidad como sujeto enfermo. En tanto, el síntoma sería visto como una solución. O como lo considera Wintrebert (2009): “aquello que molesta al silencio del cuerpo” (Wintrebert, 2009, p. 226).

Otro de los elementos que se destaca en el comportamiento del sujeto hipocondríaco es la compulsión a la repetición, entendido como “un proceso incoercible y de origen inconsciente, en virtud del cual el sujeto se sitúa activamente en situaciones penosas, repitiendo así experiencias antiguas, [...] con la impresión muy viva de que se trata de algo plenamente motivado en lo actual” (Laplanche et al., 1996, p.68). En este sentido, el sujeto hipocondríaco repite experiencias que le causan dolor y displacer sin ser plenamente consciente de ello. Este proceso incoercible guarda relación directa con la pulsión de muerte al reconocerse una posición masoquista y sádica que fustiga al sujeto (Corsi, 2002).

Desde otro lugar, se caracteriza a la hipocondría como la causante de la ruptura del silencio del cuerpo debido a “una reacción a la percepción de un defecto dentro de las sensaciones tranquilizadoras” (Fain, 1990, p.177). Dicha reacción es dirigida a combatir la ansiedad experimentada ante la experiencia de un ambiente que desestabiliza y que no es lo suficientemente bueno. Como consecuencia se produce el desarrollo prematuro del yo y la elaboración de un objeto narcisista protector (Fain, 1990). El regreso al narcisismo primitivo y la identificación con el órgano enfermo convierte al paciente hipocondríaco en madre de su



dolor, garantizando una sensación de tranquilidad y seguridad, además de posibilitar un intento de restaurar y reconstruir internamente el objeto materno de protección (Fédida, 1972; Stathopoulos, 2012).

## 6.2 Perspectiva de las Relaciones Objetales

Para Melanie Klein (1953) la hipocondría se encuentra en la ansiedad relacionada con ataques provenientes de objetos internalizados. Es decir, por la introyección de un objeto externo que es considerado como malo, dañado o enfermo. El origen de este proceso debe buscarse en las fantasías sádicas del sujeto (Klein, 1953, p.179).

En el trabajo titulado "Algunas Conclusiones Teóricas sobre la Vida Emocional del Lactante" se indica que las ansiedades hipocondríacas se originan producto de temores persecutorios relacionados con el interior del organismo. Estos temores referidos a la persecución dentro del cuerpo de ataques provenientes de objetos perseguidores internalizados son sentidos como un daño físico al yo (Klein, 1953, p.199).

El incremento de la ansiedad persecutoria conduce a una regresión a la posición esquizo-paranoide, donde priman las pulsiones destructivas y el control de los objetos externos e internos. En el caso de la hipocondría al introyectar objetos externos que desestabilizan, la realidad psíquica interna se verá perjudicada. Por consiguiente, surge un aumento de la ansiedad persecutoria y de síntomas paranoides (Klein, 1953, p.191).

Para Heimann (1953) el interés del paciente está enfocado por completo en la preocupación por una parte especial de su propio cuerpo, en los órganos que imagina enfermos específicamente, lo que le dificulta conservar sus actividades diarias. La atención focalizada en las diversas sensaciones del cuerpo otorga un elemento libidinal y de placer subyacente de forma inconsciente, mientras que a nivel consciente se experimenta dolor, ansiedad y preocupación. La hostilidad experimentada por el paciente hipocondríaco es reprimida y transformada en las sensaciones orgánicas que retienen su interés, y éstas a su vez develan las fantasías hostiles hacia los objetos introyectados, manifestando así la culpa inconsciente y la necesidad de castigo a través del sufrimiento relacionado con los temores hipocondríacos.

La conducta del hipocondríaco refleja un tipo de narcisismo donde el objeto interno se prefiere por sobre los objetos externos, y es por tanto, más amado que a éstos últimos. Sin embargo, el objeto interno es sentido como dañado y no gratificador, y también odiado y temido, lo que obliga a que deba ser atendido todo el tiempo (Heimann, 1972, p.139).

En los estados hipocondríacos existe una regresión a un estado narcisista infantil temprano. Lo que no puede ser elaborado en el psiquismo es una mezcla de impulsos y objetos libidinales y agresivos, caracterizados por la dificultad de diferenciar entre los objetos malos

y los objetos buenos, y entre la angustia paranoide y depresiva. En ese marco, surgen los procesos de clivaje anormales como una alternativa ante la incapacidad de diferenciar los objetos buenos y los objetos malos, y la imposibilidad de elaborar las angustias depresivas, fundamentales para promover la reparación psíquica (Rosenfeld, 1964, p.413).

Desde otro ángulo, tanto en el hipocondríaco como en el melancólico existe un desinterés por el mundo exterior, así como una inversión de la libido en el órgano de la figura dolorosa del objeto malo en el cuerpo. Esto lleva a caracterizar a la hipocondría como melancolía del órgano, y a conducir a un narcisismo primitivo relacionado con el duelo, donde el hipocondríaco sufre al mismo tiempo que disfruta de no poder abandonar al órgano enfermo (Fédida, 1972).

### 6.3 La Alteración Narcisista como Causa de la Hipocondría

El psicoanálisis conceptualiza a la hipocondría como una alteración del narcisismo que conduce a un aparente estancamiento relacional. De esta forma, se plantea que una de las teorías sobre la hipocondría estaría basada en la ruptura del narcisismo. Por otra parte, fue reconocida inicialmente como una alteración del narcisismo producto de frustraciones amorosas que afectaba a las relaciones objetales posteriores (Albarracín, 2015).

Freud (1914) formuló la hipótesis de un desequilibrio patogénico del equilibrio energético. En el caso de la hipocondría la sobreinvertidura libidinal del órgano supuestamente enfermo provoca una desinvertidura del objeto, lo que determina el estado narcisista patógeno ulterior (Freud, 1914, p.80). El paciente establece una identificación entre el sí mismo y un objeto, mientras que proyecta paralelamente la representación del sí mismo infantil en ese objeto. Esto genera una relación libidinal en la que se intercambian las funciones del sí mismo y del objeto.

A diferencia de Freud, Kohut (1971) propone la hipótesis basada en un fallo temprano del entorno en los primeros años de la vida del niño como posible causa de la hipocondría, y la alteración narcisista es una respuesta a las primeras frustraciones impuestas por ese entorno que desestabiliza y que presupone un caos interno.

En ese contexto, menciona al concepto de "objeto del self" para referirse a la primera relación del niño con el entorno. El yo inicialmente percibe al otro como un objeto responsable de su supervivencia y el otro pasa a ser considerado como un objeto del self. Cuando el niño reconoce la alteridad del objeto, así como sus deseos y necesidades, la relación narcisista elaborada con el entorno tendrá un desarrollo adecuado y positivo. Por el contrario, el niño permanece apegado a esta etapa arcaica de relaciones narcisistas cuando las frustraciones impuestas por los primeros objetos de amor son demasiado intensas (Kohut, 1971, p.219)

En los sujetos hipocondríacos la falta de la imagen introyectada de un buen objeto materno conduce a una auto-escisión narcisista, donde una parte del yo se escinde y desea ayudar al yo que sufre maternando y cuidando. No obstante, no todos los sujetos hipocondríacos se comportan de la misma manera, y algunos de ellos quedan sostenidos en la patología y la observación subyacente. En ese contexto, el hipocondríaco busca desesperadamente a un salvador que entienda su angustia y sea capaz de apaciguarlo (Ferenczi, 1931).

El sujeto hipocondríaco requiere constantemente de respuestas que expliquen su malestar y preocupación, y no siempre las otorgadas suplen sus deseos e ideales, lo que desencadena

una acción amenazadora contra quien debía cumplir la función de objeto del self. Como resultado, se produce una transición del objeto idealizado al objeto frustrante, lo que perjudica enormemente su autoestima y tiende a fortalecer las ideas hipocondríacas.

Para Hanly (2011) el narcisismo y la libido objetal comparten las mismas causas que influyen en la hipocondría, y tanto la libido narcisista como la libido objetal están intrínsecamente relacionadas (Hanly, 2011, p.606). Esto sugiere que los factores que contribuyen al desarrollo de la hipocondría se encuentran directamente relacionados con el narcisismo, y que algunos aspectos como la preocupación excesiva por tener o contraer una enfermedad médica grave son sobredimensionados como resultado de la investidura libidinal del sí mismo. En ese contexto, se integran las representaciones propias y las representaciones objetales positivas, descartando las representaciones objetales negativas, lo que conduce a un sí mismo idealizado patológico y presuntuoso que afecta la autorregulación de la autoestima y la capacidad para empatizar con los demás (Kernberg, 2005, p. 52).

#### 6.4 Asociación entre Hipocondría y Sueño

En el sueño ocurren fenómenos similares a los que suceden en las enfermedades orgánicas. El sujeto retira su libido del mundo exterior y la invierte en su yo. Esta retirada narcisista de la energía libidinal hacia el propio yo también sucede en la hipocondría, como ya sostenía Freud. Los cambios en la dirección de la libido hacia el yo están relacionados con alteraciones en la sensibilidad erógena de los órganos.

En el sueño las sensaciones corporales experimentadas adquieren otras magnitudes de orden hipocondríaco, y esta amplificación se relaciona con la retirada de las cargas psíquicas del mundo exterior hacia el yo, lo que posibilita la detección temprana de cambios corporales (Derzelle, 2014, p.67).

El sueño y la hipocondría se oponen en el sentido en que en los sueños se puede enfrentar la idea de muerte a través de la alucinación, mientras que la hipocondría rechaza cualquier pensamiento de muerte y enfoca su preocupación en el órgano afectado, considerándolo como una parte fundamental del mismo. A su vez, hay una oposición mucho más marcada en el objeto de sus inversiones, debido a que el trabajo del sueño se reduce a las representaciones de cosas, mientras que la hipocondría se limitaría a las representaciones de palabras. Es decir, que en la hipocondría la preocupación se centra en la palabra que describe el órgano afectado (Derzelle, 2014, p.67).

Cabe precisar aquí lo que se entiende por representación de cosa y por representación de palabra. En este sentido, Laplanche et al. (1996) definen -aludiendo inicialmente que el origen de estos conceptos derivan de las investigaciones de Freud acerca de la afasia-, que “La representación de cosa consiste en una catexis, si no de imágenes mnémicas directas de la cosa, por lo menos de huellas mnémicas más alejadas, derivadas de aquéllas”, y que “Las representaciones de palabra se introducen en una concepción que enlaza la verbalización y la toma de conciencia” (Laplanche et al., 1996, p.369).

En la hipocondría, como hace alusión Fédida (1972), el sujeto se ve afectado por el insomnio de su cuerpo, de forma que se ve obstaculizada la capacidad de soñar, y de encontrar en las representaciones de las cosas una satisfacción ilusoria del deseo que solo lo somático le puede brindar. A su vez, en la hipocondría el órgano se interpreta a través de la palabra que alucina, lo que significa que el órgano sea representado en el pensamiento a partir de una analogía con la expresión verbal. Esta representación está posibilitada por el predominio de la relación de palabra sobre la relación de cosa (Fédida, 1972, p.237).

En definitiva lo que le falta al hipocondríaco es la capacidad de atribuir significado a las representaciones de las cosas de forma similar como ocurre en los sueños.

El trabajo onírico adquiere importancia cuando cuestiona la función tanto del órgano como del objeto. “Si «cada sueño realizado es una realización del deseo» de dormir, el trabajo onírico define un verdadero trabajo somático que representa algo así como la transgresión necesaria de la funcionalidad del órgano” (Fédida, 1972, p.235). En este sentido, se puede sostener que dicha transgresión representa la idea de que en los sueños se desafía las restricciones y funciones habituales del cuerpo, permitiendo que los deseos reprimidos se expresen de manera simbólica, y encuentren así una salida, y la posibilidad de ser procesados en forma de sueños. En la realidad onírico la transgresión surge a partir de la expresión de los deseos reprimidos, lo que se asimilaría con el trabajo somático en el estado de vigilia, donde la enfermedad irrumpe la homeostasis construida para expresarse a través de las quejas somáticas. En ambos casos surge una transgresión de las funciones habituales del organismo dando lugar por un lado a los deseos reprimidos, y por otro lado, a la enfermedad.

## **6. 5 Un tipo de Psicoterapia Psicodinámica con evidencia sobre los TSS: la Terapia Interpersonal Dinámica**

La psicoterapia psicodinámica en los TSS nos permite entender la relación existente entre los problemas del paciente, sus respuestas subjetivas a estos problemas y su historia de desarrollo. Asimismo, posibilita el conocimiento de la influencia de los TSS en los circuitos neurobiológicos relacionados con los sistemas de estrés, recompensa y mentalización. Estos pacientes presentan un deterioro considerable en el apego, la mentalización y la confianza epistémica, entendida esta última como la capacidad de confiar en los demás como fuente fiable de conocimiento (Luyten et al., 2019).

Para el tratamiento de estos pacientes resulta útil la DIT, caracterizada por una intervención breve de orientación dinámica basada en la teoría del apego y la teoría de las relaciones objetales. La DIT se apoya en algunos principios generales del marco psicoanalítico más amplio, en donde se destacan la importancia de las experiencias de la primera infancia en el funcionamiento adulto, centrándose específicamente en los procesos de apego y modelos mentales de relaciones; las fuerzas internas y externas que informan la percepción de nosotros mismos en las relaciones con los demás; los procesos proyectivos e introyectivos inconscientes que influyen en la experiencia subjetiva de las relaciones, y la transferencia que se desarrolla con el terapeuta y los demás. A su vez, se centra en las disfunciones en la cognición interpersonal relacionada con la comprensión distorsionada e inadecuada que tiene el sujeto para comprender los pensamientos y sentimientos de los demás (Lemma et al., 2010).

Por otra parte, la DIT tiene un enfoque doble en cuestiones afectivas e interpersonales: por un lado, se fomenta el proceso de mentalización, y por otro lado se formula un enfoque afectivo interpersonal entre el terapeuta y el paciente. Tras colaborar con el paciente en la implementación de cambios en la forma en que abordan sus dificultades relacionales es frecuente observar una mejoría de los síntomas. No obstante, las quejas somáticas constantes conducen a un colapso del proceso de regulación normativo del estrés, por lo que resulta necesario modificar la utilización de estrategias de regulación del afecto dado que la estrategia de regulación del estrés primario es ineficaz. En ese contexto, se produce la hiperactivación o la desactivación del sistema de apego, expresado a través de conductas ansiosas y exigentes, o distantes y autónomas (Luyten et al., 2019).



## **7. Terapia Cognitivo-Conductual y Trastorno Hipocondríaco**

La creación de un modelo cognitivo-conductual para la hipocondría ha facilitado la implementación de un enfoque de tratamiento más apropiado. Dicho modelo se basa en la observación de que los síntomas de la hipocondría comparten similitudes significativas con otros trastornos de ansiedad. Adicionalmente, las creencias erróneas acerca de los síntomas corporales y las enfermedades desempeñan un papel crucial en la aparición de la hipocondría, y estas creencias permanecen por la utilización de estrategias desadaptativas para hacer frente a la ansiedad relacionada con la salud. Esto lleva a que se perpetúen la ansiedad por la salud y la preocupación excesiva por los síntomas corporales (Olatunji et al., 2014).

Según un metaanálisis realizado por Olatunji et al. (2014) la TCC es un tratamiento eficaz para reducir los síntomas específicos como los no específicos de la hipocondría. En tal sentido, se observa que después del tratamiento hay una reducción de la ansiedad por la salud, así como también de otros síntomas, como son la angustia y la depresión. A menudo los síntomas depresivos coexisten con la hipocondría, de modo que el tratamiento de estos conduce a reducciones significativas de los síntomas de depresión. Los pacientes que sufren de hipocondría, y además experimentan depresión severa, pueden encontrar beneficios en intervenciones adicionales que se enfoquen específicamente en los síntomas depresivos (Olatunji et al., 2014).

Por otro lado, la aparición de los síntomas depresivos puede manifestarse como una respuesta a la angustia y a la disminución del funcionamiento asociados con la hipocondría. En tal sentido, Lacunza et al. (2016), propone como técnica la modificación y la reestructuración cognitiva de las interpretaciones erróneas de las sensaciones corporales, pudiéndose acompañar simultáneamente de un tratamiento farmacológico (Lacunza et al. 2016).

La TCC otorga una explicación positiva, integral y alternativa de las preocupaciones y reacciones por la salud, además que el manejo del estrés conductual proporciona una explicación diferente, lo que lleva a un mejor control de la formación de círculos viciosos impulsados por creencias amenazantes. En tanto, la TCC ayuda a los pacientes a identificar y a modificar las creencias erróneas sobre la enfermedad, y a eliminar las respuestas conductuales que obstaculizan la autocorrección de estas (Saikovskis et al., 2003).

## **8. Más sobre la Psicoterapia psicodinámica y la Terapia Cognitiva-Conductual**

Cómo se expresó anteriormente, la TCC y la Psicoterapia Psicodinámica reducen los síntomas hipocondríacos y la psicopatología general. A través del apoyo y relato de los cambios en la forma en que se aborda la ansiedad por la salud se obtiene una reducción significativa a largo plazo de los temores generados por la hipocondría.

La acentuación en explicaciones menos amenazantes de los síntomas somáticos otorga una explicación alternativa del problema.

Al parecer los contenidos de salud y enfermedad se exponen con mayor frecuencia en la TCC, y en la Psicoterapia Psicodinámica se representan más los temas interpersonales.

Las discusiones cognitivas son elementos particulares de la TCC, mientras que la interpretación, la clarificación/confrontación, y la confirmación se observan únicamente en las sesiones de la TCC y la Psicoterapia Psicodinámica.

La TCC tiene un desempeño significativamente mejor tanto en el Inventario de Ansiedad por la Salud como en la Escala de Calificación de Depresión de Hamilton. En cambio, la Psicoterapia Psicodinámica obtiene mejores resultados en la Escala de Ansiedad de Hamilton, y en el Inventario de Ansiedad de Beck (Sørensen et al., 2011).

Mediante el uso de técnicas grupales y de atención plena dentro de la TCC se consigue que el paciente gestione sus pensamientos mejorando el control de la atención. En ese sentido, la terapia grupal posibilita un aumento del sentido de pertenencia de los pacientes, así como un espacio donde se validen y compartan las experiencias de cambio.

Sorensen et al. (2011) plantean que la TCC refleja resultados significativos y eficaces para el tratamiento de los pacientes con síntomas hipocondríacos, y la Psicoterapia Psicodinámica no proporciona efectos específicos reveladores en comparación con la TCC. No obstante, ambos tipos de psicoterapia demuestran una buena adherencia a los diversos modelos de tratamiento.

## **9. Algunas correlaciones neuroanatómicas en la percepción de los estados somáticos**

Las estructuras involucradas en la percepción y la representación de los estados corporales se encuentran principalmente en la corteza somatosensorial, la ínsula -lóbulo oculto en los hemisferios del cerebro (Dziedzic et al., 2022)- y los lóbulos parietales, así como en el sistema límbico, el hipotálamo y el tronco encefálico (Craig, 2002; Tran The et al., 2021).

La activación de las cortezas insular anterior derecha y orbitofrontal se asocian con emociones subjetivas como la tristeza, ansiedad, ira, pánico y dolor anticipatorio, y el papel integral de la ínsula anterior derecha corresponde con la conciencia sensorial del entorno, además de la formación del self físico como entidad emocional. Esto determina que las cortezas insulares son una región cerebral de relevancia para la interocepción debido a su activación en el procesamiento de señales ligadas a ciertos estados somáticos como el dolor (Craig, 2002; Tran The et al., 2021).

Por otra parte, la capacidad interoceptiva de la ínsula permite obtener una representación de nuestro organismo como una entidad distinta del entorno exterior, marcando así la distinción entre el yo y el “no yo” (Tran The et al., 2021).

La fisiopatología de la ínsula puede estar directamente relacionada con el desarrollo de las alteraciones en la percepción de los estados somáticos, así como de la presencia de alucinaciones cenestésicas, ideas delirantes, hipocondríacas o dismorfofobias, lo que demuestra que es una región cortical esencial en la percepción de los estados somáticos y en el procesamiento de estímulos emocionales (Craig, 2002; Tran The et al., 2021).

Adicionalmente, la presencia frecuente de alucinaciones cenestésicas y de sensaciones corporales y viscerales insulares sugiere una profunda alteración en la sensibilidad de los pacientes hacia las señales internas de su cuerpo, lo que atestigua la existencia de anomalías estructurales y funcionales de la corteza insular en pacientes con esquizofrenia (Tran The et al., 2021, p. 3).

La hipocondría usualmente forma parte de los síntomas esquizofrénicos. En este sentido, Freud (1911) expone un caso clínico para referirse a la sintomatología de la alteración de la percepción corporal mencionando el caso del Dr. Schreber, el cual presenta un grave trastorno de la percepción y de la representación de su cuerpo (Freud, 1911, p.12).

En principio el cuadro clínico está representado por un trastorno de las percepciones interoceptivas, y luego priman los delirios de persecución bajo sensaciones de ataques

violentos y amenazadores hacia sus órganos. Los síntomas que se manifiestan son la aparición de ideas delirantes de persecución y alucinaciones de tipo auditivo, seguido de ideas hipocondríacas y una gran variedad de alucinaciones cenestésicas experimentadas como muy dolorosas. Estas alucinaciones reflejan una alteración significativa en la percepción del funcionamiento corporal en su totalidad (Freud, 1911, p.13).

Se teoriza que en la primera fase del proceso psicopatológico de la psicosis existe un núcleo hipocondríaco que constituye la etapa precursora de la esquizofrenia. En ese contexto, se produce una alteración de la percepción y de la representación de los estados somáticos que deriva en el desarrollo de un trastorno cenestésico constituido principalmente por alucinaciones cenestésicas, dismorfofobias e ideas hipocondríacas (Freud, 1911, p.56).

## 10. La hipocondría vista como un trastorno neurológico funcional

Algunos autores utilizan el concepto de Trastornos neurológicos funcionales para referirse a los TSS descritos en el DSM-5. En este manual se detallan los criterios diagnósticos, incluyendo la denominación del trastorno neurológico funcional como trastorno de síntomas neurológicos funcionales (trastorno de conversión).

El trastorno neurológico funcional se caracteriza por ser la segunda causa más frecuente de una nueva consulta neurológica ambulatoria. La discapacidad presentada, la carga para el cuidador, y los efectos adversos en la calidad de vida son equiparables a los observados en otras condiciones neurológicas. Por otra parte, se destaca que su origen es multifactorial, y algunos de los factores de riesgo identificables son: la exposición a factores estresantes, psicológicos, antecedentes de negligencia en la infancia, disfunción familiar, acoso y abuso. Es importante destacar que este trastorno coexiste con la depresión, ansiedad y el estrés postraumático (Hallett et al. 2022).

El término trastorno neurológico funcional se refiere a síndromes clínicos que presentan síntomas y signos de alteraciones reales en la función motora, sensorial o cognitiva, los cuales son angustiantes y perjudiciales para el sujeto. Esta manifestación muestra uno o más patrones de déficit que se relacionan principalmente con disfunciones del sistema nervioso, y presentan variabilidad en el rendimiento tanto dentro de una misma tarea como entre diferentes tareas (Hallett et al., 2022, p.537). Esta condición afecta principalmente al funcionamiento de las redes cerebrales a través de cuatro entidades: convulsiones funcionales, trastornos funcionales del movimiento, mareos posturales perceptivos persistentes y trastorno cognitivo funcional.

La hipocondría se encontraría dentro de los trastornos cognitivos funcionales, los cuales se caracterizan por “una afección de síntomas cognitivos con una evidencia clara de inconsistencia interna, que no se explica mejor por otro trastorno y que causa angustia o deterioro, o que justifica una evaluación médica” (Hallett et al., 2022, p.542).

En el trastorno cognitivo funcional coexisten causas estructurales y metabólicas de deterioro cognitivo. Los síntomas en una proporción de pacientes con deterioro cognitivo leve que no desarrollan demencia son explicados mejor por este tipo de trastorno. A su vez, la ansiedad y la depresión son comorbilidades que exacerban los síntomas cognitivos, y una lesión traumática leve puede predisponer al desarrollo de este trastorno. De igual forma, una metacognición anormal puede revelar la presencia del trastorno cognitivo funcional (Hallett et al., 2022).

Adicionalmente, se destacan diversos subtipos de estos trastornos como: los síntomas cognitivos aislados, la ansiedad por enfermedad relacionada con la demencia, síntomas cognitivos en el trastorno neurológico funcional mixto, y la amnesia disociativa. Paralelamente se sugiere un subtipo de síntomas cognitivos vinculados a la ansiedad o los trastornos depresivos. Los pacientes con dicho trastorno suelen otorgar descripciones detalladas y precisas de episodios de fallo de memoria y manifiestan mayor preocupación por sus síntomas que otras personas a su alrededor.

## 11. Reflexiones finales

La permanente hipervigilancia es el resultado de la escisión narcisista donde el cuerpo es dividido en una parte sana y otra enferma, y se intenta salvar lo que aún no ha sido destruido como defensa en respuesta a un trauma temprano (Stathopoulos, 2017). Como supone Fain (1990) la orientación narcisista es exacerbada debido al fracaso de la calidad de los primeros objetos de apoyo.

En tanto, se plantea como hipótesis si la hipocondría es una solución (o un medio) que posibilita la rectificación del fallo narcisista temprano, y si el desarrollo de este tipo de trastornos visibiliza el fracaso o la insuficiencia de los primeros objetos de apoyo, resultando en la formación de funciones sustitutas que compensen el ambiente desestabilizador prematuro.

Se busca comprender si la hipocondría surge como un mecanismo de defensa ante un ambiente traumático temprano, y por qué se genera esta protección (retorno narcisista) en el desarrollo psíquico posterior. Qué es aquello que hace sufrir al sujeto hipocondríaco y como expresa ese malestar; la angustia que lo mortifica, que lo detiene y estorba en su diario vivir.

Adicionalmente, se conjetura que si la hipocondría produce un fallo en las capacidades físicas y emocionales que conduce -como sostiene Luyten et al. (2019)- a la hiperactivación del sistema de apego, y al deterioro de la mentalización y la confianza epistémica, resulta evidente que la afectación de estas capacidades imposibiliten al sujeto a tener una consistencia interna adecuada respecto a sus sentimientos y pensamientos, así como a los ajenos, percibiendo de forma endeble y distorsionada sus quejas somáticas.

Otra de las interrogantes que se plantean es si la hipocondría tiene una causa biológica y no meramente psicológica, dado que algunos estudios han encontrado asociaciones entre la fisiopatología de la ínsula y alteraciones en la representación de los estados somáticos, lo que podría evidenciar los sustratos biológicos en este trastorno.

¿Son acaso una invención utilizada como mecanismos de adaptación a un ambiente desestabilizador? Aún más, ¿es a través de este trastorno que se encuentra una identidad que le permite al sujeto coexistir con su propio sufrimiento? ¿Por qué surge el desplazamiento de los conflictos psíquicos hacia el cuerpo? ¿Qué nos quiere decir este trabajo?

También se cuestiona las definiciones propuestas en el DSM-5 y en el CIE 11, dado que en ambos manuales la hipocondría es incluida en distintos apartados diagnósticos. En este sentido, la CIE 11 incluye a la hipocondría dentro del grupo de los TOC y relacionados,

argumentando que los trastornos allí incluidos tienen puntos en común en cuanto a validadores diagnósticos, y con frecuencia coexisten, pudiendo estar relacionados con factores genéticos compartidos. A su vez, se indica que la hipocondría se acompaña de conductas repetitivas relacionadas (CIE, 2024). Sin embargo, en el DSM 5 los sujetos que son diagnosticados con hipocondría se incluyen bajo el diagnóstico de TSS, y se hace especial hincapié en que en éste las ideas sobre la presencia de obsesiones o compulsiones no son demasiado intrusivas, y no se realizan comportamientos repetitivos para calmar la ansiedad, como sí ocurre en el TOC (APA, 2014).

En la hipocondría se producen comportamientos repetitivos que ocasiona un deterioro notorio en el sujeto, como son los temores supersticiosos, las conductas rígidas, obsesivas y minuciosas, algunos rituales que conducen a su empeoramiento, y ciertas compulsiones relacionadas con la preocupación por la salud.

Algunas preocupaciones excesivas en relación con el cuerpo pueden ubicarse como TOC por la obsesión por la salud. En estos casos resulta sumamente difícil controlar el malestar del sujeto, lo que lleva a que se hagan consultas médicas interminables que no disminuyen o apaciguan la ansiedad experimentada. Además, los pensamientos obsesivos son exacerbados, y no se tolera la angustia que las creencias irracionales les producen. No obstante, no todas las creencias irracionales son fijadas o sostenidas de forma permanente, lo que le permite a la hipocondría tener un poco más de flexibilidad de pensamiento. Por otro lado, la interpretación de estas creencias no se manifiesta de forma catastrófica, recurrente e intrusiva, si no que, por el contrario, la preocupación por la salud aumenta a medida que el conocimiento de los síntomas se vuelve mas preciso y sofisticado. A su vez, el sujeto hipocondríaco necesita conocer su padecimiento, y no sólo conocerlo, si no también, encontrar una determinación a ese dolor. Una calificación que lo calme y le brinde una identidad como sujeto enfermo, es decir, un diagnóstico específico.

En otro orden de ideas, se sostiene que no es un problema de estructuración, sino más bien de ligamiento. Un impedimento -o falla si se quiere-, donde parte de la energía pulsional no logra ligarse psíquicamente probocando un disturbio en la conservación del Yo.

El yo atascado, dolorido, encuentra un refugio en el órgano padeciente, donde logra así ligar el excedente de energía pulsional mal administrada relacionándola con lo somático, debido a que a nivel psíquico no puede elaborarse correctamente.

Podríamos decir que se trata de una defensa yoica. Ante la inminente posibilidad de una desestructuración psíquica se opta por ligar la energía no ligada a nivel somático.



Como sostiene Wintrebert (2009) “una hipocondría puede ser una solución para ciertos casos de psicosis, en el sentido en que la sensación viene a fijar algo en el cuerpo de la misma manera [...] que la fobia permite, al fijar la angustia, ordenar un mundo” (Wintrebert, 2009, p.223).

Aún faltan teorizar muchos aspectos que integran o bordean a la hipocondría, pero los estudios actuales, así como las aportaciones anteriores, posibilitan la construcción de la psicopatología general, y de la etiología de los procesos biológicos y psíquicos que inciden sobre el desarrollo de este trastorno.

Para concluir se trae a colación una de las preguntas que Freud (1914) se hizo al desarrollar su trabajo sobre Introducción al narcisismo:

“¿En razón de qué se ve compelida la vida anímica a traspasar los límites del narcisismo y colocar la libido sobre objetos? ” (Freud, 1914, p.82).

## Referencias

- Albarracín D. (2015). Narcissism and Object Relations in Hypochondria. *Psychoanalytic review*, 102(4), 483–502. <https://doi.org/10.1521/prev.2015.102.4.483>
- Asociación Americana de Psiquiatría (5a Ed.). (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5®)*. Editorial Médica Panamericana.
- Ball, McWhirter, Ballard, Bhome, Blackburn, Edwards, Fleming, Fox, Howard, Huntley, Isaacs, Lerner, Nicholson, Pennington, Poole, Price, Price, Reuber, Ritchie, ... y Carson, A. (2020). Trastorno cognitivo funcional: el punto ciego de la demencia. *Brain*, 143 (10), 2895-2903. <https://doi.org/10.1093/brain/awaa224>
- World Health Organization. (2024). *Clinical descriptions and diagnostic requirements for ICD-11 mental, behavioural and neurodevelopmental disorders*. World Health Organization.
- Corsi, Paulina. (2002). Aproximación preliminar al concepto de pulsión de muerte en Freud. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 40(4), 361-370. [https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-92272002000400008](https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272002000400008)
- Craig A. D. (2003). Interoception: the sense of the physiological condition of the body. *Current opinion in neurobiology*, 13(4), 500–505. [https://doi.org/10.1016/s0959-4388\(03\)00090-4](https://doi.org/10.1016/s0959-4388(03)00090-4)
- Derzelle, M. (2014). A New Starting Point. Towards a Psychosomatic Conception of Hypochondria (pp. 75-81). Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-319-03053-1>
- Dziedzic, TA, Bala, A., y Marchel, A. (2022). Aspectos anatómicos de la ínsula, los opérculos y la sustancia blanca periinsular para un abordaje transcortical para la resección del glioma insular. *Neurosurgical Review*, 45 (1), 793-806. <https://doi.org/10.1007/s10143-021-01602-5>
- Fain, M. (1990). À propos de l'hypocondrie. *Les Cahiers du Centre de psychanalyse et de psychothérapie*, N°37, 177-184. <https://doi.org/10.3917/rfps.037.0177>

- Fédida, P. (1972). L'hypocondrie du rêve. *Nouvelle Revue de Psychanalyse*, N°5, 225-238.
- Ferenczi S. (1931), Analyse d'enfants avec des adultes, in *œuvres complètes*, 4, 98-112, Paris, Payot, 1982.
- Fonagy, P., Gergely, G., y Jurist, E. (2018). *Affect regulation, mentalization and the development of the self*. Routledge.
- Fotopoulou, A., y Tsakiris, M. (2017). Mentalizing homeostasis: The social origins of interoceptive inference. *Neuropsychoanalysis*, 19(1), 3-28.
- Freud, S. (1914). Obras Completas. *Introducción al narcisismo*. TOMO XIV. Amorrortu editores.
- Freud, S. (1911). Psycho-Analytic Notes on an Autobiographical Account of a Case of Paranoia (Dementia Paranoides), Volume XII, p. 3–82.
- García, J. M. (2021). Aspectos subjetivos de la hipocondría. *Revista De Neuro-Psiquiatría*, 84(3), 219–229. <https://doi.org/10.20453/rnp.v84i3.4037>
- Hallett, M., Aybek, S., Dworetzky, BA, McWhirter, L., Staab, JP y Stone, J. (2022). Trastorno neurológico funcional: nuevos subtipos y mecanismos compartidos. *The Lancet Neurology*, 21 (6), 537-550. [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(21\)00422-1](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(21)00422-1)
- Hanly, C. (2011). Narcissism, hypochondria and the problem of alternative theories. *The International Journal of Psychoanalysis*, 92 (3), 593–608. <https://doi.org/10.1111/j.1745-8315.2011.00453.x>
- Kernberg, O. F. (2005). Narcisismo patológico y el trastorno narcisista de la personalidad: antecedentes teóricos y clasificación diagnóstica. En Magdalena Ramos Tejeda (Ed.), *Agresividad, narcisismo y autodestrucción en la relación psicoterapéutica: nuevos desarrollos en psicopatología y psicoterapia de los trastornos graves de la personalidad* (pp. 45-58). El Manual Moderno.
- Klein, M., Heimann, P., Isaacs, S. y Riviere, J. (1953). *Melanie Klein Obras completas*. Paidós

- Kohut, H. (1977). *Análisis del self: El tratamiento psicoanalítico de los trastornos narcisistas de la personalidad*. Amorrónu editores S.A.  
<https://teoriaspsicologicas2pilar.wordpress.com/wp-content/uploads/2014/03/anc3a1lisis-del-self-heinz-kohut.pdf>
- Lacunza, C., Díaz, F., y Ardanaz, A. (2016). Tratamiento cognitivo conductual en un caso de trastorno hipocondríaco severo. *Revista De Casos Clínicos En Salud Mental*, 4(2), 79-99.  
<https://www.ojs.casosclnicosensaludmental.es/index.php/RCCSM/article/view/25>
- Laplanche, J., Pontalis, J. B., Lagache, D., Gimeno, F. C., & García, F. A. (1996). *Diccionario de psicoanálisis* (Vol. 447). Barcelona: Paidós.
- Lemma, A., Target, M., y Fonagy, P. (2010). El desarrollo de un protocolo psicodinámico breve para la depresión: Terapia Interpersonal Dinámica (TID). *Psicoterapia Psicoanalítica*, 24 (4), 329-346.  
<https://doi.org/10.1080/02668734.2010.513547>
- Luyten, P., De Meulemeester, C., y Fonagy, P. (2019). Psychodynamic therapy in patients with somatic symptom disorder. *Contemporary Psychodynamic Psychotherapy* (pp. 191-206). Academic Press.
- Marangoni, A. (2009). El origen de las palabras: etimología de algunos términos usados en medicina. *Revista argentina de radiología*, 73(2), 149-152.  
<https://www.redalyc.org/pdf/3825/382538474002.pdf>
- Martínez Narváez-Cabeza de Vaca, P., Botella Arbona, C., & Belloch, A. (1997). Hipocondría: ¿Un trastorno tratable? *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 2(2), 155–166. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.2.num.2.1997.3840>
- Meng, J., Gao, C., Tang, C., Wang, H., y Tao, Z. (2019) Prevalence of hypochondriac symptoms among health science students in China: A systematic review and meta-analysis. *PLoS ONE*, 14(9), 1-14. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0222663>

- Noguera Alfonso, Efraín, Bayona Ortiz, Hernán, & Dávila Plata, Andrés. (2007). Un caso de un trastorno somatomorfo por somatización. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 36(2), 349-358. [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-74502007000200014&lng=en&tlng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502007000200014&lng=en&tlng=es).
- Ramirez, F. (1960). Tiempo ambiental, vivencia corporal y mundo interno. *Revista Uruguaya De Psicoanálisis*, 3(2-3), 70-106. <http://publicaciones.apuruguay.org/index.php/rup/article/view/396>
- Ramos, J. D., y Vásquez, R. (2012). Aproximación crítica a los trastornos somatomorfos en niños. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 41(4), 900-909. [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-74502012000400013&lng=en&tlng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502012000400013&lng=en&tlng=es).
- Rosenfeld, H. (1963). Algunas consideraciones sobre la psicopatología de los estados hipocondríacos. *Revista Uruguaya De Psicoanálisis*, 5(4), 410-418. <http://publicaciones.apuruguay.org/index.php/rup/article/view/457>
- Salkovskis, P. M., Warwick, H. M. C., y Deale, A. C. (2003). Cognitive-Behavioral Treatment for Severe and Persistent Health Anxiety (Hypochondriasis). *Brief Treatment and Crisis Intervention*, 3(3), 353–367. <https://doi.org/10.1093/brief-treatment/mhg026>
- Sørensen, P., Birket-Smith, M., Wattar, U., Buemann, I., and Salkovskis, P. (2011). A randomized clinical trial of cognitive behavioural therapy versus short-term psychodynamic psychotherapy versus no intervention for patients with hypochondriasis. *Psychological Medicine*, 41 (2), 431-441. <https://doi.org/10.1017/S0033291710000292>
- Stathopoulos, G. (2012). L'hypocondrie, les destins pulsionnels et la quête en soi de l'objet des soins primaires. *Revue Française de Psychanalyse*, 76(2), 555-571. <https://doi.org/10.3917/rfp.762.0555>
- Stathopoulos G. (2017). HYPOCHONDRIA: A REVIEW OF ITS PLACE IN PSYCHOANALYTIC THEORY. *The Psychoanalytic quarterly*, 86(2), 359–381. <https://doi.org/10.1002/psaq.12143>
- Syaukat, A. (2021). Hypochondriasis: A Literature Review. *Scientia Psychiatrica*, 3(1), 220-226. <https://doi.org/10.37275/scipsy.v3i1.85>

- Olatunji, B., Kauffman, B., Meltzer, S., Davis, M., Smits, J., y Powers, M. (2014). Terapia cognitivo-conductual para la hipocondría/ansiedad por la salud: un metaanálisis de los resultados del tratamiento y los moderadores. *Investigación y terapia conductual*, 58, 65-74. <http://dx.doi.org/10.1016/j.brat.2014.05.002>
- Tran The, J., Magistretti, P., y Ansermet, F. (2021). Trastorno de interocepción y anomalías de la corteza insular en la esquizofrenia: una nueva perspectiva entre el psicoanálisis y la neurociencia. *Frontiers in Psychology*, Volume 12, <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.628355>
- Valonero, J. (1997). La hipocondria: una aproximación psicoanalítica. *Clínica y Salud*, 9(2), 467-475. <https://journals.copmadrid.org/clysa/archivos/42887.pdf>
- Wintrebert, D. (2009). Hipocondría, entre creencia y certitud. *Vertex Revista Argentina de Psiquiatría*, 20 (85), 221 - 227. <http://polemos.com.ar/docs/vertex/vertex85.pdf#page=62>