



**UNIVERSITAS**  
*Miguel Hernández*

**MÁSTER UNIVERSITARIO EN PSICOLOGÍA GENERAL  
SANITARIA**

Curso 2020-2021

Trabajo Fin de Máster

**Influencia de la presencia de pensamientos  
intrusivos en la hipocondría**

Autora: Laura Buforn Ruiz

Tutora: M<sup>a</sup> Carmen Neipp López

*Convocatoria: enero 2021*



## Resumen

Los pensamientos intrusivos sobre la salud/enfermedad, las valoraciones e interpretaciones sobre ellos y los síntomas que sufren, así como las creencias disfuncionales sobre la salud, son factores de riesgo para el desarrollo de la hipocondría. Es por lo que el objetivo de este estudio fue evaluar la posible relación que tiene la presencia de pensamientos intrusivos sobre la salud/enfermedad en la hipocondría. La muestra seleccionada para ello fueron 83 personas de la provincia de Alicante, con edades comprendidas entre los 18 y 40 años ( $M= 25.06$ ,  $DT= 4.48$ ). La evaluación se llevó a cabo de forma telemática y los instrumentos utilizados fueron un ad hoc para medir las variables sociodemográficas, El INPIE-R (Inventario de pensamientos intrusos sobre la enfermedad-revisado), el WI (Índice Whiteley) y el SOMS-2 (Screening for somatoform symptoms-2). Los resultados muestran que los pensamientos que aparecen ante la presencia de síntomas físicos y/o al recibir información relacionada sobre la salud era la intrusión que percibían como más molesta, creían que era importante controlar esa intrusión, les generaba incertidumbre y utilizaban técnicas de detención del pensamiento para controlarla, que existen diferencias estadísticamente significativas en las personas que experimentan sintomatología con los que no en el tipo de intrusiones que presentan y que la gente con tendencia hacia la hipocondría tiene más intrusiones que las que no. En conclusión, se considera que la presencia de pensamientos intrusivos es una variable relevante para el desarrollo de la hipocondría.

*Palabras clave:* hipocondría, ansiedad por la salud, pensamientos intrusivos y síntomas

### **Abstract**

Intrusive thoughts about health/illness, assessments and interpretations about them and the symptoms they suffer, as well as dysfunctional beliefs about health, are risk factors for the development of hypochondria. For this reason, the objective of this study was to evaluate the possible relationship between the presence of intrusive thoughts about the health/illness in hypochondria. The sample selected for this was 83 people from the province of Alicante, aged between 18 and 40 years ( $M = 25.06$ ,  $DT = 4.48$ ). The evaluation was carried out electronically and the instruments used were an ad hoc tool to measure sociodemographic variables, the INPIE-R (Inventory of intrusive thoughts about the disease-revised), the Whiteley Index (WI) and the SOMS-2 (Screening for somatoform symptoms-2). The results show that the thoughts that appear when they have physical symptoms and/or when they receiving information related to health was the intrusion that they perceived as the most annoying, they believed that it was important to control this intrusion, they had uncertainty and they used thought stopping techniques to control it. In addition, there are statistically significant differences between people who experience symptoms and those who do not in the type of intrusions they have and that people with a tendency towards hypochondria have more intrusions than those who do not. In conclusion, it is considered that the presence of intrusive thoughts is a relevant variable for the development of hypochondria.

*Keywords:* hypochondria, health anxiety, intrusive thoughts and symptoms

## **Influencia de la presencia de pensamientos intrusivos en la hipocondría**

El Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5; *American Psychiatric Association* [APA], 2013) ha separado lo que comúnmente se conoce como hipocondría en dos trastornos mentales diferentes (ansiedad por la enfermedad y trastorno de síntomas somáticos) estando en ambos casos los criterios diagnósticos enfocados a productos cognitivos; preocupaciones (en el caso de la ansiedad por la enfermedad) y a pensamientos o sentimientos (en el caso del trastorno de síntomas somáticos) relacionados con la enfermedad y/o salud. Pese a la relevancia que presenta estos procesos cognitivos para poder realizar un diagnóstico de hipocondría, la investigación sobre esta variable es reducida.

Los pacientes hipocondríacos tienden a presentar un estilo somático amplificador (Barsky, 1992; Belloch et al., 1999) y a dar importancia a las interpretaciones que realizan sobre los síntomas, siendo en la mayoría de los casos catastróficas (Salkovskis y Clark, 1993; Warwick y Salkovskis, 1990). Pese a que no hay evidencia de que existan síntomas característicos en la hipocondría diversos estudios, encontraron que los pacientes hipocondríacos experimentaban en mayor medida síntomas relacionados con cefaleas y abdomen (Vallejo et al., 2018) así como con el cuello, pecho, musculatura, sistema nervioso central, problemas gastrointestinales y dermatológicos (Arnáez et al., 2020; Kenyon, 1976; Pilowsky, 1970). En la misma línea, varios estudios observaron que las personas con una elevada ansiedad por la salud consideraban que tener buena salud era comparable a un estado ideal en el que no existían síntomas, ni malestar ya que este tipo de personas se caracterizan por tener intolerancia a la incertidumbre somática e indagar en señales que les muestren que su estado de salud es bueno (Arnáez et al., 2019; Barsky et al., 1993; Lacunza et al., 2016; Slavney, 1987). En consecuencia, a estos hallazgos, Abramowitz et al. (2007), sugirieron un modelo en el cual las creencias disfuncionales acerca de

padecer una enfermedad o presentar síntomas somáticos tienen un aspecto clave en el desarrollo de la hipocondría. Esto se debe a que se producen una serie de errores cognitivos, al realizar interpretaciones catastróficas cuando los sujetos perciben o experimentan sintomatología o reciben información relacionada con la salud. En relación con esto, en un estudio realizado por Cengiz et al. (2019), con pacientes que presentaban migraña y fuertes cefaleas tensionales, se observó que presentaban elevados niveles de ansiedad por la salud, ya que realizaban una interpretación catastrófica y excesiva de las sensaciones corporales que percibían. Estos errores se mantienen como consecuencia de un empleo inadecuado de estrategias para hacer frente a la ansiedad, ya que realizan conductas de seguridad y/o evitación, que les impide recibir información que anule sus creencias erróneas acerca de los síntomas y de la enfermedad (Arnáez et al., 2019; Lacunza et al., 2016). Congruente con esto, Hidalgo y Medina (2019) encontraron que los estudiantes utilizaban como estrategia de afrontamiento realizar búsquedas por internet para obtener información sobre la salud, factor que podría causar hipocondría.

Otro aspecto relevante, es el papel que juegan los pensamientos intrusivos entendidos como productos cognitivos (imágenes, sensaciones, pensamientos y/o impulsos) que se presentan de forma involuntaria, cuyo origen es interno y se sufren de forma recurrente y repetitiva (Arnáez et al., 2017; Rachman y Hodgson, 1980; Rachman, 1981). Pese a que la mayoría de los estudios sobre esta variable se han centrado en su papel en el desarrollo del trastorno obsesivo compulsivo (TOC) por su carácter obsesivo y el intento de realizar estrategias que permitan paliar y/o suprimirlos (Rachman, 1997; Salkovskis, 1985), se ha planteado la presencia de este tipo de pensamientos como variable transdiagnóstica (Belloch, 2012; Blom et al., 2011) en diferentes trastornos, siendo entre ellos la hipocondría (Arnáez et al., 2017). Además, se ha

observado que este tipo de pensamientos se dan tanto en población general, como en clínica (Clark et al., 2014; García-Soriano y Belloch, 2013; Moulding et al., 2014).

Wells y Hackman (1993), realizaron uno de los primeros trabajos centrados en el componente cognitivo y su carácter intrusivo dentro de la hipocondría, concretamente, evaluaron cuáles eran las imágenes intrusas más frecuentes en dicho trastorno, siendo las que estaban relacionadas con temas de muerte y enfermedad grave. En 2010, Muse et al. reprodujeron este estudio en población clínica encontrando que el 78% de los participantes que padecían hipocondría, presentaban imágenes intrusas con los mismos contenidos. En un estudio realizado por Langlois et al. (2014) realizado con población no clínica en el que se evaluaba si los miedos hipocondríacos tenían más similitud con las preocupaciones características de la ansiedad generalizada o con los contenidos obsesivos, se encontró que los miedos hipocondríacos estaban en una posición intermedia entre las obsesiones y la ansiedad generalizada ya que compartía características cognitivas de ambos casos.

Dado que las preocupaciones, pensamientos y/o miedos sobre la enfermedad podían ser contemplados como pensamientos intrusivos (según los criterios diagnósticos del DSM-5), Arnáez (2019) realizó un estudio en el que se evaluaba la vulnerabilidad cognitiva que se daba en la hipocondría. Los hallazgos más significativos de este estudio mostraron que todas las personas experimentan universalmente pensamientos intrusivos relacionados con enfermedades. Aunque en la población general se experimentan con poca frecuencia y no los valoran de manera muy disfuncional, se observó que siempre utilizaban algún tipo de estrategia para combatir estos pensamientos, siendo las de control de pensamiento las más utilizadas (Arnáez et al., 2017). Ciertas distorsiones cognitivas que se han postulado hasta ahora como características del TOC (es decir, "creencias obsesivas") también están presentes en la hipocondría y en la ansiedad por

la salud, incluida la tendencia a sobreestimar la amenaza o el catastrofismo y la necesidad de certeza. Los contenidos de los pensamientos intrusos que resultaban más molestos eran los relacionados con la muerte y la posibilidad de sufrir o desarrollar una enfermedad grave.

Asimismo, se observó que la frecuencia con la que se experimentan pensamientos intrusivos relacionados con la enfermedad se asociaba especialmente con los síntomas hipocondríacos y que presentar una frecuencia alta de los mismos era un factor de vulnerabilidad para desarrollar síntomas emocionales y para el desarrollo de la hipocondría (Arnáez et al., 2017; Arnáez et al., 2020).

El presente estudio tiene como objetivo evaluar la posible relación que tiene la presencia de pensamientos intrusivos sobre la enfermedad en la hipocondría. Como objetivos específicos se pretende: a) analizar qué tipo de pensamientos intrusivos se dan con mayor frecuencia; b) evaluar qué sensación/emoción suscita la presencia de pensamientos intrusivos en la persona; c) identificar qué tipo de estrategias realizan las personas para aliviar el malestar que les genera la presencia de pensamientos intrusivos; d) analizar qué tipo de síntomas somáticos experimentan en mayor medida las personas; e) evaluar si la presencia de algún síntoma está relacionada con determinados pensamientos intrusivos sobre la enfermedad; f) evaluar la posible relación entre los pensamientos intrusivos y la hipocondría; g) evaluar qué genera más malestar en la persona, la presencia de pensamientos intrusivos o tener síntomas somáticos. En consecuencia, se hipotetiza que: h1) los pensamientos intrusivos que se darán con mayor frecuencia serán los que aparecen ante la presencia de un síntoma leve y/o al recibir información sobre la enfermedad; h2) la presencia de pensamientos intrusivos generará ansiedad; h3) las personas utilizarán técnicas de detención del pensamiento para aliviar los pensamientos intrusivos; h4) la presencia de síntomas somáticos se relacionará con la presencia los pensamientos intrusivos; h5) los pensamientos



intrusivos tendrán importancia en el desarrollo de la hipocondría; h6) generará más malestar en la persona presentar pensamientos intrusivos que síntomas somáticos.

## Método

### Participantes

La muestra estuvo compuesta por un total de 83 personas (56 mujeres y 27 hombres) de la provincia de Alicante, con edades comprendidas entre los 18 y 40 años ( $M= 25.06$ ,  $DT= 4.48$ ). En cuanto al nivel socioeconómico de la mayoría, fue medio (72.6%). Además, de los 83 participantes, 22 tenían tendencia hacia la hipocondría y 61 no.

### VARIABLES e Instrumentos

Se realizó un cuestionario *ad hoc* para recoger datos demográficos, donde se reclutaba información sobre el sexo, edad, nivel socioeconómico.

Para medir la variable pensamientos intrusivos sobre la enfermedad, entendida como productos cognitivos desagradables y no deseados que se experimentan en forma de imágenes impulsos, sensaciones y/o pensamientos (Arnáez et al., 2017) se utilizó el “Inventario de pensamientos intrusos sobre la enfermedad-revisado” (INPIE-R) (Arnáez et al., 2017). Se trata de un autoinforme dividido en dos partes. En la Parte 1, se evalúa la frecuencia de aparición de los pensamientos intrusivos (PIES). Está formada por 42 ítems agrupados en cinco factores con una escala de respuesta de tipo Likert de 0 (“Nunca”) a 6 (“Durante todo el día”). Donde se evalúa la frecuencia de PIES: 1) que aparecen espontáneamente o ante la presencia de una molestia leve; 2) sobre la desconfianza hacia el médico y las explicaciones médicas; 3) sobre el estado de salud de un ser querido; 4) que aparecen ante la presencia de síntomas físicos (por ejemplo, un dolor de cabeza prolongado) o información sobre la enfermedad y 5) sobre la

muerte. En la Parte 2, el participante escoge su pensamiento intruso más molesto del listado de ítems anterior y evalúa las siguientes dimensiones en una escala Likert de cinco puntos: a) el malestar, la ansiedad, la tristeza y la interferencia que provoca el pensamiento intruso más molesto; b) el asco, la culpa y la vergüenza asociados al pensamiento intruso más molesto; c) el modo en que se valora el pensamiento intruso más molesto (valoraciones disfuncionales); d) la frecuencia con que se emplean estrategias generales de control para reducir la molestia generada por el pensamiento intruso más molesto; e) estrategias de control relacionadas con la salud, o f) compulsiones típicas del TOC (p. ej., limpiar, comprobar, ordenar). En cuanto a las propiedades psicométricas de esta escala, la consistencia interna de la primera parte fue excelente (alpha de Cronbach: .96) y para la segunda parte también fue adecuada (alpha de Cronbach: .46) en las reacciones emocionales e interferencia y (alpha de Cronbach: .86) en las valoraciones y estrategias generales de control.

Para evaluar la gravedad de las actitudes hipocondríacas (preocupación corporal, miedo a la enfermedad y convicción de enfermedad) se utilizó la adaptación española (Avia, 1993) del instrumento Índice Whiteley (*Whiteley Index*, WI; Pilowsky et al., 1984). Consta de 14 ítems, con una escala de respuesta dicotómica (SI/NO). Presenta una consistencia interna aceptable (alpha de Cronbach: 0.73). En cuanto a su interpretación, una puntuación igual a 8 indica un posible diagnóstico de hipocondría.

Finalmente, para medir la presencia de posibles síntomas somáticos se utilizó la versión española (Bauzá, 2017) del SOMS-2 (Screening for somatoform symptoms-2) (Rief et al., 1992). La SOMS-2 está formada por un listado de 53 síntomas físicos en los que el paciente debe responder si estos han estado o no presentes en los últimos dos años. Siendo únicamente relevantes aquellos síntomas para los que el médico no ha encontrado ninguna causa orgánica

clara. Asimismo, el cuestionario también incluye ítems relacionados con criterios adicionales a los sistemas de clasificación diagnóstica tales como; frecuencia de visitas al médico, aceptación por parte del paciente de las explicaciones del médico si no hay evidencias de que exista una causa orgánica que explique su dolencia, influencia de los síntomas somáticos sobre la calidad de vida, establecimiento y duración de los síntomas. Además, incluye ítems que hacen referencia a las definiciones de trastorno hipocondríaco. En cuanto a las propiedades psicométricas, los 53 síntomas somáticos presentan una consistencia interna de .88 y para el índice de somatización un alpha de Cronbach: .7.

## **Procedimiento**

Se llevó a cabo un diseño de estudio de tipo transversal, con una metodología descriptiva y comparativa para medir la frecuencia con la que aparecen pensamientos intrusivos sobre la enfermedad; el tipo de pensamiento más frecuente; la emoción que suscita; el tipo de estrategia que utiliza la persona para aliviar el malestar; evaluar la presencia de hipocondría, así como, de síntomas somáticos y la posible relación existente con los pensamientos intrusivos y la hipocondría.

El estudio se realizó en varias fases. En primer lugar, se solicitó a la Oficina de Investigación Responsable (OIR), la aprobación de este para poder llevarlo a cabo.

Una vez, se aprobó la realización del proyecto ( ver Apéndice A), se desarrolló de forma telemática un *google forms* para reclutar a la muestra, donde se incluía los instrumentos de evaluación pertinentes, así como el consentimiento informado (ver Apéndice B), con el objetivo de explicar de forma detallada la finalidad y objetivos del estudio, el tratamiento de los datos mencionando la ley de protección de datos de carácter personal y ofertarles la participación en el

mismo de forma voluntaria y gratuita. Para acceder a la muestra se utilizó la técnica de bola de nieve, que consiste en difundir los cuestionarios a través de las redes sociales, siendo en este caso WhatsApp e Instagram las utilizadas. Además, se les pidió a los participantes que compartieran con sus conocidos la encuesta para lograr una mayor difusión y alcance de esta.

### **Análisis estadísticos**

Los datos recopilados, se procesaron mediante el programa estadístico SPSS 25 (IBM SPSS Statistics, 2017). Se realizaron análisis descriptivos de frecuencia, tendencia central y de dispersión. Asimismo, para ver si la muestra se distribuía de forma normal, se realizó la prueba de Kolmogorov-Smirnov. Puesto que los valores mostraron una distribución no normal, se utilizó la prueba no paramétrica *U* de Mann-Whitney, para ver si existían diferencias entre grupos independientes (mujeres vs. hombres; gente con tendencia a la hipocondría vs. gente que no presentaba hipocondría; presencia de síntomas vs. sin síntomas) y para estudiar si existían asociaciones entre los pensamientos intrusivos y los síntomas somáticos. Se empleó la *r* de Rosenthal para calcular el tamaño del efecto de las diferencias que resultaron estadísticamente significativas. El nivel de significación estadística empleado fue  $p < .05$ .

### **Resultados**

En cuanto al tipo de pensamientos intrusivos que las personas experimentaban, en la Tabla 1, se observa que los que aparecen de forma espontánea o ante la presencia de una molestia y/o recibir información, eran los que se daban en mayor medida. Asimismo, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la presencia de pensamientos intrusivos, en función del género.

**Tabla 1.**

*Media con la que experimentan pensamientos intrusivos.*

Tipo de intrusiones	<i>M</i> ( <i>DT</i> )
Espontáneos o ante la presencia de una molestia leve	25.2 (17.4)
Desconfianza personal sanitario y/o pruebas médicas	6 (8.8)
Estado de salud de un ser querido	11.6 (9.4)
Ante la presencia de síntomas físicos y/o al recibir información sobre la enfermedad	21.2 (15.8)
Muerte	5.7 (6.7)

Nota. *M*= Media; *DT*=Desviación Típica

Cuando se les pedía a los sujetos que señalaran la intrusión que percibían como más molesta y la frecuencia con la que la habían experimentado durante los últimos 3 meses (ver Tabla 2), los resultados muestran que los pensamientos que aparecen ante la presencia de síntomas físicos y/o al recibir información relacionada sobre la salud, era la intrusión que percibían como más molesta. En cuanto a la frecuencia, un 12% afirmaba experimentarlas muy a menudo.

**Tabla 2.**

*Intrusión más molesta y la frecuencia en los últimos 3 meses*

<i>Intrusión más molesta N (%)</i>	
Espontáneos o ante la presencia de una molestia leve	15 (18.1)
Desconfianza personal sanitario y/o pruebas médicas	2 (2.4)
Estado de salud de un ser querido	13 (16)
Ante la presencia de síntomas físicos y/o al recibir información sobre la enfermedad	20 (24.1)
Muerte	6 (7.2)
No tiene intrusiones	27 (32.5)
<i>Frecuencia con la que la experimentan N (%)</i>	
Nunca	29 (35)
Rara vez	17 (20.5)

Ocasionalmente	9 (11)
A veces	11 (13.3)
A menudo	7 (8.4)
Muy a menudo	10 (12)

Con lo que respecta a la sensación/emoción que les suscitaba la presencia de pensamientos intrusivos, tal y como puede observarse en la Tabla 3, un 19.3% afirmaba que fue extremadamente importante intentar controlar esa intrusión y un 17% refería que esa intrusión le había causado incertidumbre.

**Tabla 3.**

*Emociones que suscitan la presencia de pensamientos intrusivos*

	Nada N (%)	Algo N (%)	Me sentí N (%)	Mucho N (%)	Extremadamente N (%)
Molestia	28 (33.7)	13 (15.7)	17 (20.5)	14 (16.9)	11 (13.3)
Ansiedad	29 (34.9)	8 (9.6)	19 (22.9)	15 (18.1)	12 (14.5)
Tristeza	40 (48.2)	10 (12)	10 (12)	11(13.3)	12 (14.5)
Asco	59 (71.1)	10 (12)	4 (4.8)	3 (3.6)	7 (8.4)
Culpa	46 (55.4)	12 (14.5)	7 (8.4)	10 (12)	8 (9.6)
Vergüenza	58 (70)	5 (6)	8 (9.6)	6 (7.2)	6 (7.2)
Dificultad para dejar de pensar	34 (41)	13 (15.7)	9 (10.8)	16 (19.3)	11 (13.3)
Capacidad de control	34 (41)	9 (10.8)	11 (13.3)	19 (22.9)	10 (12)
Interferencia	33 (39.8)	13 (15.7)	13 (15.7)	16 (19.3)	8 (9.6)
Importancia	32 (38.6)	17 (20.5)	13 (15.7)	12 (14.5)	9 (10.8)
Responsable	38 (45.8)	13 (15.7)	16 (19.3)	9 (10.8)	7 (8.4)

Importancia controlarla	29 (34.9)	7 (8.4)	12 (14.5)	19 (22.9)	16 (19.3)
Peligro	40 (48.2)	11 (13.3)	17 (20.5)	7 (8.4)	8 (9.6)
Incertidumbre	31 (37.3)	5 (6)	13 (15.7)	20 (24.1)	14 (16.9)
Probabilidad	45 (54.2)	12 (14.5)	6 (7.2)	11(13.3)	9 (10.8)
Inmoral	72 (86.7)	4 (4.8)	2 (2.4)	3 (3.6)	2 (2.4)

En lo referente a las estrategias que realizaban las personas para aliviar/paliar el malestar que les generaba la presencia de pensamientos intrusivos (ver Tabla 4), se observa que las que más utilizan siempre son: intentar relajarse (29%), convencerse de que está todo bien (28%); razonar consigo mismo/a (27%) y utilizar técnicas de detención del pensamiento (25%).

**Tabla 4.**

*Estrategias que utilizan para paliar la presencia de pensamientos intrusivos*

Estrategia	Nunca <i>N (%)</i>	Rara vez <i>N (%)</i>	A veces <i>N (%)</i>	A menudo <i>N (%)</i>	Siempre <i>N (%)</i>
Distracción	6 (7.2)	15 (18.1)	19 (23)	29 (35)	14 (17)
Crear o formar otro pensamiento	23 (28)	21 (25.3)	12 (14.5)	15 (18.1)	12 (14.5)
Lavar o limpiar	27 (32.5)	22 (26.5)	16 (19.3)	12 (14.5)	6 (7.2)
Comprobar algo de mi cuerpo	40 (48.2)	17 (20.5)	9 (10.8)	10 (12)	7 (8.4)
Repetir	44 (53)	12 (14.5)	19 (23)	5 (6)	3 (3.6)
Ordenar cosas	36 (43.4)	18 (22)	10 (12)	12 (14.5)	7 (8.4)
Hipervigilancia	24 (29)	22 (26.5)	17 (20.5)	13(15.7)	7 (8.4)

Preguntar a alguien	19 (23)	16 (19.3)	13 (16)	23 (28)	12 (14.5)
Buscar información en internet	24 (29)	16 (19.3)	13 (16)	15 (18.1)	15 (18.1)
Pedir cita centro salud	33 (40)	18 (22)	14 (17)	11 (13.3)	7 (8.4)
Hacer algo para mejorar salud	32 (38.6)	16 (19.3)	17 (20.5)	14 (17)	4 (5)
Razonar	7 (8.4)	13 (15.7)	14 (17)	27 (32.5)	22 (26.5)
Quitarle importancia	18 (21.7)	7 (8.4)	18 (21.7)	22 (26.5)	18 (21.7)
Convencerme de que todo está bien	13 (15.7)	4 (5)	17 (20.5)	26 (31.3)	23 (27.7)
Detención del pensamiento	18 (21.7)	14 (17)	11 (13.3)	19 (23)	21 (25.3)
No hacer nada	39 (47)	27 (32.5)	11 (13.3)	3 (3.6)	3 (3.6)
Intentar relajarse	10 (12)	6 (7.2)	12 (14.5)	31 (37.3)	24 (29)
Evitar estímulos relacionados con la salud	28 (33.7)	20 (24.1)	12 (14.5)	14 (17)	9 (11)
Intentar no pensar	15 (18.1)	7 (8.4)	19 (23)	26 (31.3)	16 (19.3)

En cuanto al tipo de síntomas somáticos que sufrían en mayor medida las personas, de los 53 síntomas incluidos en el SOMS-2, en la Tabla 5, se muestran los 5 síntomas que más presentaron la muestra junto a las respuestas referidas a sus dolencias. Tal y como puede observarse, el dolor de cabeza fue el síntoma más experimentado con un 63%. Cuando se les preguntaba acerca de sus dolencias, aproximadamente la mitad de la muestra (51%) afirmaba que el personal sanitario no encontró ninguna explicación a esa dolencia; un 41% afirmaba no estar



conforme con el diagnóstico que había recibido por parte del médico al decirle que no sufría ninguna enfermedad; un 34% de los sujetos refería que la presencia de este síntoma había afectado a su bienestar; al 46% les preocupaba esa molestia y un 21% creía que ese síntoma estaba relacionado con tener una enfermedad grave, pese a que los médicos les indicara lo contrario. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la presencia de síntomas somáticos, en función del género.

**Tabla 5.**

*Descriptivos síntomas más frecuentes junto a las respuestas referidas a sus dolencias.*

Síntoma <i>N</i> (%)	
Dolor de cabeza	52 (62.7)
Dolor estómago	35 (42.2)
Dolor de espalda	44 (53)
Dolor de pecho	25 (30.1)
Excesivo cansancio	29 (34.9)
Respuestas referidas a sus dolencias <i>N</i> (%)	
No se encontró la causa de la dolencia	42 (50.6)
No aceptación diagnóstico médico	34 (41)
Afectación a su bienestar	28 (33.7)
Preocupación por la molestia	38 (46)
Creencia de la presencia de una enfermedad grave	17 (20.5)

Con lo que respecta a evaluar si la presencia de algún síntoma está relacionada con determinados pensamientos intrusivos sobre la enfermedad (ver Tabla 6), los resultados muestran que existen diferencias estadísticamente significativas entre la gente que experimenta dolores de cabeza y los que no, en relación con la presencia de pensamientos intrusivos. Concretamente, la gente que experimenta dolores de cabeza presenta más pensamientos intrusivos relacionados con el estado de salud de un ser querido, con los que aparecen ante la presencia de síntomas físicos

y/o al recibir información sobre enfermedades y los relacionados con la muerte. Los tamaños del efecto fueron pequeños ( $r=.20$ ).

**Tabla 6.**

*Prueba U de Mann-Whitney pensamientos intrusivos en función del dolor de cabeza*

Pensamiento Intrusivo	Dolor de cabeza	N	Rango promedio	U	Z	Sig.	r
Espontáneos o ante la presencia de una molestia leve	Sí	52	44.09	697.50	-1.02	.30	-.11
	No	31	38.50				
Desconfianza personal sanitario y/o pruebas médicas	Sí	52	45.38	630.50	-1.70	.08	-.18
	No	31	36.34				
Estado de salud de un ser querido	Sí	52	46.49	572.50	-2.20	.028	-.24
	No	31	34.47				
Ante la presencia de síntomas físicos y/o al recibir información enfermedad	Sí	52	45.98	599	-1.95	.05	-.21
	No	31	35.32				
Muerte	Sí	52	46.06	595	-2	.04	-.21
	No	31	35.19				

Nota. U =estadístico U de Mann-Whitney; Z= Puntuación estándar; Sig.= significación bilateral; r= r de Rosenthal (tamaño del efecto).

Como se observa en la Tabla 7, hubo diferencias estadísticamente significativas en la presencia de dolor de estómago y pensamientos intrusivos. Respecto a las personas que no tienen esta dolencia, las que sí la tienen, presentan más pensamientos intrusivos que aparecen de forma espontánea o ante la presencia de una molestia leve, los que están relacionados con el estado de

salud de un ser querido y los que aparecen ante la presencia de síntomas físicos y/o al recibir información sobre la enfermedad. En cuanto a los tamaños del efecto fueron pequeños ( $r > .20$ ).

**Tabla 7.**

*Prueba U de Mann-Whitney pensamientos intrusivos en función del dolor de estómago*

Pensamiento Intrusivo	Dolor estómago	N	Rango promedio	U	Z	Sig.	r
Espontáneos o ante la presencia de una molestia leve	Sí	35	48.6	610	-2.12	.034	-.23
	No	48	37.21				
Desconfianza personal sanitario y/o pruebas médicas	Sí	35	47.64	642.50	-1.87	.060	-.20
	No	48	38				
Estado de salud de un ser querido	Sí	35	51.40	511	-3.04	.002	-.33
	No	48	35.15				
Ante la presencia de síntomas físicos y/o al recibir información enfermedad	Sí	35	52.06	4888	-3.24	.001	-.35
	No	48	34.67				
Muerte	Sí	35	47.49	648	-1.78	.074	-.19
	No	48	38				

Nota. U =estadístico U de Mann-Whitney; Z= Puntuación estándar; Sig.= significación bilateral; r= r de Rosenthal (tamaño del efecto).

Tal y como muestran los resultados de los análisis de la Tabla 8, hubo diferencias estadísticamente significativas en la presencia de dolor de espalda y pensamientos intrusivos. Las personas con dolor de espalda experimentaban más pensamientos intrusivos relacionados con la desconfianza hacia el personal sanitario y/o pruebas médicas, el estado de salud de seres

queridos, ante la presencia de síntomas físicos y/o al recibir información sobre la enfermedad, incluso con la muerte. Los tamaños del efecto fueron pequeños ( $r > .20$ ).

**Tabla 8.**

*Prueba U de Mann-Whitney pensamientos intrusivos en función del dolor de espalda*

Pensamiento Intrusivo	Dolor de espalda	N	Rango promedio	U	Z	Sig.	r
Espontáneos o ante la presencia de una molestia leve	Sí	44	36.81	655.50	-1.84	.064	-.20
	No	39	46.60				
Desconfianza personal sanitario y/o pruebas médicas	Sí	44	46.66	653.00	-1.93	.054	-.21
	No	39	36.74				
Estado de salud de un ser querido	Sí	44	48.18	588.50	-2.46	.014	-.27
	No	39	35.09				
Ante la presencia de síntomas físicos y/o al recibir información enfermedad	Sí	44	49.06	547.50	-2.835	.005	-.31
	No	39	34.04				
Muerte	Sí	44	49.38	533.50	-2.98	.003	-.32
	No	39	33.68				

Nota. U =estadístico U de Mann-Whitney; Z= Puntuación estándar; Sig.= significación bilateral; r= r de Rosenthal (tamaño del efecto).

Con respecto al dolor de pecho (ver tabla 9), existen diferencias estadísticamente significativas entre la gente que tiene esta dolencia y los que no, en función de los pensamientos intrusivos. La gente con dolor de pecho tiene más pensamientos intrusivos en todos los factores que los que no. Los tamaños del efecto oscilaron entre pequeño ( $r > .20$ ) y mediano ( $r = .50$ ).

**Tabla 9.**

*Prueba U de Mann-Whitney pensamientos intrusivos en función del dolor de pecho*

Pensamiento Intrusivo	Dolor pecho	N	Rango promedio	U	Z	Sig.	r
Espontáneos o ante la presencia de una molestia leve	Sí	25	57.12	347	-3.75	.000	-.42
	No	58	35.48				
Desconfianza personal sanitario y/o pruebas médicas	Sí	58	55.34	391.50	-3.41	.001	-.37
	No	25	36.25				
Estado de salud de un ser querido	Sí	58	52.20	470	-2.53	.011	-.27
	No	25	37.60				
Ante la presencia de síntomas físicos y/o al recibir información enfermedad	Sí	58	57.82	329.50	-3.92	.000	-.43
	No	25	35.18				
Muerte	Sí	58	58.62	309.50	-4.15	.000	-.50
	No	25	34.84				

Nota. U =estadístico U de Mann-Whitney; Z= Puntuación estándar; Sig.= significación bilateral; r= r de Rosenthal (tamaño del efecto).

También, hubo diferencias en la presencia de pensamientos intrusivos en relación con el cansancio excesivo (tabla 10). La gente con excesivo cansancio tenía más pensamientos intrusivos en los cinco factores. Los tamaños del efecto fueron pequeños ( $r < .20$ ).

**Tabla 10.***Prueba U de Mann-Whitney pensamientos intrusivos en función cansancio*

Pensamiento Intrusivo	Cansancio excesivo	N	Rango promedio	U	Z	Sig.	r
Espontáneos o ante la presencia de una molestia leve	Sí	29	49.90	554	-2.18	.029	-.24
	No	54	37.76				
Desconfianza personal sanitario y/o pruebas médicas	Sí	29	50.10	548	-2.31	.021	-.25
	No	54	37.65				
Estado de salud de un ser querido	Sí	29	49.24	573	-2.01	.044	-.22
	No	54	38.11				
Ante la presencia de síntomas físicos y/o al recibir información enfermedad	Sí	29	51.60	504.50	-2.66	.008	-.30
	No	54	36.84				
Muerte	Sí	29	49.90	554	-2.20	.027	-.24
	No	54	37.76				

Nota. U =estadístico U de Mann-Whitney; Z= Puntuación estándar; Sig.= significación bilateral; r= r de Rosenthal (tamaño del efecto).

Al evaluar si los pensamientos intrusivos tenían importancia en la posible relación con la hipocondría (ver Tabla 11), se encontró que existen diferencias estadísticamente significativas entre las personas con tendencia hacia la hipocondría y las que no, en función de la presencia de pensamientos intrusivos. La gente con hipocondría presenta más pensamientos intrusivos en los cinco factores que los que no. Los tamaños del efecto oscilaron entre pequeños ( $r < .20$ ) y medianos ( $r > .50$ ).

**Tabla 11.***Prueba U de Mann-Whitney pensamientos intrusivos en función de la hipocondría*

Pensamiento Intrusivo	Hipo	N	Rango promedio	U	Z	Sig.	r
Espontáneos o ante la presencia de una molestia leve	Sí	22	69	65	-6.11	.00	-.67
	No	61	32.07				
Desconfianza personal sanitario y/o pruebas médicas	Sí	22	66	128.50	-5.60	.00	-.61
	No	61	33.11				
Estado de salud de un ser querido	Sí	22	58.07	292.50	-3.70	.00	-.40
	No	61	36				
Ante la presencia de síntomas físicos y/o al recibir información enfermedad	Sí	22	68	88.50	-5.86	.00	-.64
	No	61	32.45				
Muerte	Sí	22	60	255.50	-4.12	.00	-.45
	No	61	35.19				

Nota. U =estadístico U de Mann-Whitney; Z= Puntuación estándar; Sig.= significación bilateral; r= r de Rosenthal (tamaño del efecto).

Por último, cuando se les preguntaba a las personas qué les generaba más malestar, la presencia de síntomas o la presencia de síntomas somáticos, los resultados muestran que a más de la mitad de la muestra (66.3%) les producía más malestar la presencia de síntomas somáticos.

## Discusión

La finalidad de este estudio fue evaluar la posible relación que tiene la presencia de pensamientos intrusivos en la hipocondría, ya que diversos estudios muestran el papel relevante que juegan las variables cognitivas y las interpretaciones que realizan sobre los síntomas que sufren, en el desarrollo de este trastorno (Arnáez et al., 2019; Cengiz et al., 2019; Lacunza et al., 2016).

Los resultados de esta investigación muestran que los pensamientos intrusivos que aparecen de forma espontánea o ante la presencia de una molestia y/o recibir información relacionada con la salud, son los que se daban en mayor medida, siendo estas últimas las intrusiones que se percibían como más molesta. Estos hallazgos van en la línea de los resultados obtenidos por Arnáez et al. (2017) y Arnáez et al. (2020), en los cuales, los contenidos que resultaban más molestos eran los relacionados con la muerte y la posibilidad de sufrir o desarrollar una enfermedad grave. Por lo que se cumpliría la hipótesis 1. Esto puede deberse a que tal y como sugirieron Abramowitz et al. (2007) estas personas experimentarían un modelo de creencias disfuncionales acerca de padecer una enfermedad, ya que los sujetos producen una serie de errores cognitivos al realizar interpretaciones catastróficas, como, por ejemplo: *“este síntoma no es normal”*; *“tengo que ir al médico”*; *“tengo una enfermedad grave”*; cuando experimentan sintomatología o reciben información relacionada con la salud.

Con lo que respecta a la sensación/emoción que les suscitaba la presencia de pensamientos intrusivos, los resultados muestran que los sujetos referían como extremadamente importante para ellos intentar controlar esa intrusión y que les había causado incertidumbre tener intrusiones. Estos resultados no concuerdan con otros estudios (Arnáez et al., 2019; Barsky et al.,



1993; Lacunza et al., 2016; Cengiz et al., 2019) en los cuales la gente que experimentaba pensamientos intrusivos presenta una elevada ansiedad por la salud, rechazándose así la hipótesis 2. Sin embargo, tal y como mostró los resultados del estudio de Slavney (1987), los pacientes hipocondríacos suelen presentar intolerancia a la incertidumbre somática y buscar señales que les muestren que su estado de salud es bueno, por lo que de cara a futuras investigaciones sería conveniente indagar si lo que le causa incertidumbre es la propia presencia de ese tipo de pensamientos intrusivos o el contenido de estos.

En lo referente a las estrategias que realizaban las personas para aliviar/paliar el malestar que les generaba la presencia de pensamientos intrusivos, las que más utilizaron fueron: intentar relajarse, convencerse de que estaba todo bien, razonar consigo mismo/a y utilizar técnicas de detención del pensamiento. Estos datos apoyan la investigación de Arnáez et al. (2017), en lo que se observó que la población general siempre utilizaba algún tipo de estrategia para combatir las intrusiones, siendo las técnicas de control de pensamiento las más utilizadas. Por lo tanto, se cumpliría la hipótesis 3. Asimismo, cabe destacar que una gran parte de la muestra utilizaba también técnicas de distracción a menudo. Este tipo de estrategias podrían estar actuando como variables mantenedoras tal y como señalaban los estudios de Lacunza et al. (2016) y Arnáez et al. (2019), al ejercer como conductas de seguridad y/o evitación, que les estaría impidiendo recibir información que anulara sus creencias erróneas acerca de los síntomas y de la enfermedad.

Respecto a la posible relación entre la presencia de algún síntoma con determinados pensamientos intrusivos sobre la enfermedad se ha observado que existen diferencias estadísticamente significativas entre la gente que experimenta sintomatología y los que no, cumpliéndose así la hipótesis 4. Estos resultados parecen ir en la línea de los obtenidos por

Cengiz et al. (2019) en los cuales los pacientes que presentaban migrañas y fuertes cefaleas tensionales presentaban elevados niveles de ansiedad por las interpretaciones catastróficas y excesivas que realizaban de sus sensaciones corporales.

En el caso de la gente que experimentaba dolores de cabeza, experimentaban más pensamientos intrusivos relacionados con el estado de salud de un ser querido que presentaba esta dolencia; le asaltaban más pensamientos intrusivos acerca de tener una enfermedad grave por tener este síntoma y tenían más pensamientos relacionados con la muerte. Esto puede deberse a que asociaban tener este tipo de dolencias con poder sufrir ellos enfermedades neurodegenerativas o sus familiares. Además, es uno de los síntomas que se dan con mayor frecuencia y generan más malestar (Arnáez et al., 2020; Kenyon, 1976; Pilowsky, 1970; Vallejo et al., 2018).

La gente con dolor de estómago tenía mas pensamientos intrusivos al notar una molestia leve, cuando un ser querido experimentaba ese síntoma, cuando ellos mismos presentaban ese síntoma o cuando recibían información sobre enfermedades. Este hallazgo puede ser debido a que este tipo de dolencias se asocian a menudo con enfermedades gastrointestinales o intolerancias alimenticias que suelen generar mucho malestar en las personas que las sufren o a tener miedo a experimentar algún tipo de cáncer etc. También, este tipo de síntomas cuando no se encuentra una causa médica que lo explique, puede ser consecuencia de problemas emocionales y suele ser uno de los más prevalentes en gente con tendencia a la hipocondría (Arnáez et al., 2020; Kenyon, 1976; Pilowsky, 1970; Vallejo et al., 2018).

En cuanto al dolor de espalda, la gente con esta dolencia presentaba pensamientos intrusivos relacionados con la desconfianza del personal sanitario y/o pruebas médicas, se

preocupaban por la salud de los seres queridos con esta dolencia, la relacionaban con tener una enfermedad grave y tenían intrusiones relacionadas con la muerte. Esto puede ser debido a que si lo llevan experimentado desde hace mucho tiempo y no se ha encontrado una causa médica que lo explique, se podría estar generando en ellos incertidumbre y una realización de interpretaciones catastrofistas acerca de padecer una enfermedad grave.

En lo que se refiere con el dolor de pecho y el excesivo cansancio, la gente con esta sintomatología presentaba pensamientos intrusivos en todas las dimensiones, es decir, cuando tenían una molestia leve tenían pensamientos intrusivos, experimentaban más desconfianza en el personal sanitario y/o pruebas médicas, se preocupaban por la salud de su entorno con esta dolencia, asociaban esta dolencia o tener información sobre ella con tener una enfermedad grave, y tenían más pensamientos correlacionados con la muerte. Esto puede deberse a que, en el caso del dolor de pecho, la gente suele vivir este tipo de dolencia con mucha angustia, por el malestar que genera la sintomatología, porque suele asociarse a problemas cardíacos y se realizan interpretaciones normalmente equívocas sobre la posibilidad de sufrir un infarto. Por otro lado, en el caso del excesivo cansancio, esta sintomatología cuando es mantenida en el tiempo suele ser una señal de que algo no funciona bien en nuestro cuerpo, por lo que las personas podrían estar realizando interpretaciones catastróficas.

Al evaluar si cierto tipo de pensamientos intrusivos tenían relevancia en la posible relación con la hipocondría, se encontró que las personas con tendencia hacia la hipocondría presentaban más pensamientos intrusivos de forma espontánea o ante un síntoma leve, tenían más desconfianza en el personal sanitario y/o en los resultados de pruebas médicas, se preocupaba por el estado de salud de un ser querido cuando éste sufría algún tipo de dolencia, asociaban tener síntomas a tener una enfermedad grave o lo asociaban con pensamientos

relacionados con la muerte. Por lo tanto, se cumpliría la hipótesis 5, poniendo así de manifiesto la importancia que tienen los pensamientos intrusivos en el desarrollo de la hipocondría, siguiendo en la línea de los resultados de varios trabajos en los que se planteaba como variable transdiagnóstica la presencia de este tipo de pensamientos (Arnáez et al., 2017; Belloch, 2012; Blom et al., 2011). También, cabe destacar que pese a que cuando se habla de hipocondría se suele asociar a que el paciente con este trastorno únicamente experimenta un miedo o una preocupación excesiva a tener una enfermedad, se ha observado que se trata de un proceso más complejo tal y como señalaban los estudios realizados por Arnáez et al. (2017) y Arnáez et al. (2020), ya que la gente con hipocondría experimenta diferentes tipos de pensamientos que van desde los que aparecen de forma espontánea; los que están relacionados preocupación por el estado de salud de un ser querido; con la desconfianza hacia el personal sanitario, por una interpretación equívoca cuando experimentan síntomas o reciben información sobre enfermedades hasta con pensamientos de cómo va a ser su propia muerte.

Por último, cabe destacar que al preguntar a los sujetos qué experimentaban como más molesto, los resultados muestran que les generaba más molestia la presencia de síntomas somáticos, por lo que se rechazaría la hipótesis 6. Sin embargo, estos resultados van en la línea de las investigaciones realizadas por Arnáez et al. (2019), Barsky et al. (1993) y Lacunza et al. (2016), en los que se observaron que las personas con una elevada ansiedad por la salud consideraban que tener una buena salud era equiparable a la ausencia de síntomas ni malestar, por ende, no es de extrañar que un elevado porcentaje de la muestra les genere más molestar tener sintomatología. De igual forma, los resultados de la presente investigación muestran que aproximadamente a la mitad de la muestra no le habían encontrado una causa para esa dolencia, no había aceptado la explicación del personal sanitario, le había causado malestar y le

preocupaba que esta dolencia estuviera relacionada con presentar una enfermedad grave. Cabe destacar, que las personas que experimentan una elevada ansiedad por la salud no suelen estar preocupados por el síntoma en sí, sino por las implicaciones y el significado que le otorgan ya que suelen interpretar las sensaciones corporales como señales de alarma/peligro de que algo en el cuerpo no funciona adecuadamente, por lo que deben prestarles atención tal y como señalaba Arnáez et al. (2020).

A modo de conclusión y de cara a futuras investigaciones, los resultados de este estudio ponen de manifiesto la importancia que tienen la presencia de pensamientos intrusivos relacionados con la salud/enfermedad como variable de riesgo para desarrollar hipocondría, ya que una frecuencia alta de los mismos desempeña un papel significativo como síntoma clínico característico en la ansiedad por la salud en los grados mas leves y en la propia hipocondría en los más graves. Por lo que resulta de vital importancia entender cómo funcionan este tipo de pensamientos para poder intervenir en la práctica clínica. Concretamente, para observar el valor que le achacan a este tipo de intrusiones, ver que contenido predomina en cada paciente, el malestar que le genera y las estrategias que utiliza para paliarlo. Del mismo modo, se ha observado que presentar determinados síntomas están relacionados con tener diferentes tipos de pensamientos intrusivos.

De cara a futuras investigaciones sería conveniente seguir en esta línea y evaluar también si la presencia de determinados síntomas está relacionada con la hipocondría, ya que tal y como muestran los resultados, tener síntomas influye en tener ciertos tipos de pensamientos intrusivos relacionados con la salud/enfermedad que a su vez contribuyen en el desarrollo de la hipocondría. Además, sería conveniente evaluar si la presencia de este tipo de pensamientos sería un componente exclusivo de la hipocondría o si también, estaría presente en otros trastornos que

son comórbidos con ella, como, por ejemplo; la depresión mayor, los trastornos de ansiedad (trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de pánico, trastorno de estrés postraumático y trastorno obsesivo compulsivo) o el trastorno de síntomas somáticos.

Finalmente, una de las principales limitaciones que se han encontrado en la realización de esta investigación, ha sido el tamaño muestral ya que no se pueden generalizar los resultados a la población. Por lo que cara a futuras investigaciones, sería conveniente incluir más muestra para obtener resultados generalizables y comparar los resultados entre población general y clínica.



## Referencias

- Abramowitz, J. S., Deacon, B. J. 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(6), 871-883.
- American Psychiatric Association (2013). *DSM-5. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. Arlington, VA: Author. *Cognitive Therapy and Research*, 31(6), 871–883.
- Arnáez, S. (2019). *Vulnerabilidad cognitiva a la hipocondría: intrusiones, valoraciones y creencias disfuncionales/Cognitive vulnerability to hypochondriasis: intrusions, appraisals and dysfunctional beliefs* (Tesis Doctoral) Universitat de Valencia.
- Arnáez, S., García-Soriano, G. y Belloch, A. (2019). Creencias disfuncionales en la hipocondría: un estudio familiar. *Anales de Psicología*, 35(1), 19-25.
- 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.
- Arnáez, S., García-Soriano, G., López-Santiago, J. y Belloch, A. (2020). Dysfunctional beliefs as mediators between illness-related intrusive thoughts and health anxiety symptoms. *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*, 48(3), 315-326.
- Barsky, A. J. (1992). Amplification, somatization, and the somatoform disorders. *Psychosomatics*, 33(1), 28–34.

- Bauzá Siddons, N. (2017). Validación de la versión española de la SOMS-2 (Screening for Somatoform Symptoms-2) para la evaluación de síntomas somáticos en Atención Primaria.
- 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., Ayllón, E., Martínez, M. P., Castañeiras, C. y Jiménez, M.A. (1999). Sensibilidad a las sensaciones corporales e hipocondría. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica, 4*(1), 1-14.
- 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.
- Clark, D. A., Abramowitz, J., Alcolado, G. M., Alonso, P., Belloch, A., Bouvard, M. ... 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.
- Cengiz, G., Hacimusalar, Y., Sacmaci, H. y Aktürk, T. (2019). Comparison of patients with migraine and tension-type headache in terms of somatosensory amplification and health anxiety. *Archivos de Neuro-Psiquiatria, 77*(11), 768-774. doi: 10.1590/0004-282X20190132
- 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.

Hidalgo, B. G. y Medina, E. P. (2019). Internet un medio de consulta a problemas de salud en estudiantes universitarios. *Revista Caribeña de Ciencias Sociales*.

IBM Corp. Released 2017. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 25.0. Armonk, NY: IBM Corp.

Kenyon, F. E. (1976). Hypochondriacal states. *The British Journal of Psychiatry*, 129(1), 1-14.

Lacunza, C. I., Díaz F. J. y Ardanaz A. M. (2016). Tratamiento cognitivo conductual en un caso de trastorno hipocondriaco severo. *Revista de Casos Clínicos en Salud Mental*, 4(2), 79-99.

Langlois, F., Ladouceur, R., Patrick, G. y Freston, M. H. (2004). Characteristics of illness intrusions in a non-clinical sample. *Behaviour Research and Therapy*, 42, 683-696.

Moulding, R., Coles, M. E., Abramowitz, J. S., Alcolado, G. M., Alonso, P., Belloch, A., ... Wong, W. (2014). Part 2. They scare because we care: the relationship between obsessive intrusive thoughts and appraisals and control strategies across cities. *Journal of Obsessive Compulsive and Related Disorders*, 3, (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.

Pilowsky, I., Spence, N., Cobb, J. y Katsikitis, M. (1984). The Illness Behavior Questionnaire as an aid to clinical assessment. *General Hospital Psychiatry*, 6, 123-130.

- Pilowsky, I. (1970). Primary and secondary hypochondriasis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 46(3), 273-285.
- Rachman, S. (1981). Part I. Unwanted intrusive cognitions. *Advances in Behaviour Research and Therapy*, 3, 89-99.
- Rachman, S. (1997). A cognitive theory of obsessions. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 793-802.
- Rachman, S. y Hodgson, R. (1980). *Obsessions and compulsions*. Englewoof Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Rief, W., Schaefer, S. y Fichter, M. (1992a). SOMS 2: Ein Screening-Verfahren zur Identifizierung von Personen mit somatoformen Störungen. *Diagnostica*, 38 (3), 228-241.
- Rief W., Schaefer S., Hiller W. y Fichter M. (1992b). Lifetime diagnoses in patients with somatoform disorders: which came first? *European Archives of Psychiatry in Clinical Neuroscience*, 241, 236-240.
- Salkovskis, P. M. (1985). Obsessional-compulsive problems a cognitive-behavioral analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 23, 571-583.
- Salkovskis, P. M. y Clark, D. M. (1993). Panic disorder and hypochondriasis. *Advances in Behaviour Research and Therapy*, 15(1), 23-48.
- Slavney, P. R. (1987). The hypochondriacal patient and Murphy's "law". *General Hospital Psychiatry*, 9(4), 302-303.

Vallejo, S. G., González, I. A., Moreno, R. P. y Pardillo, D. M. (2018). Hipocondría en la infancia y adolescencia. Revisión bibliográfica. *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil*, 35(1), 7-16. doi: 10.31766/revpsij. v35n1a1

Wells, A. y Hackmann, A. (1993). Imagery and core beliefs in health anxiety: content and origins. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 21, 265-273.





226/2020

## Apéndices

### Apéndice A. Resolución OIR (Oficina de Investigación Responsable)

Dra. Dña. M<sup>a</sup> Carmen Neipp López  
Dpto. Psicología de la Salud

Elche, a 29 de mayo de 2020

Tutor/a	M <sup>a</sup> Carmen Neipp López	
Alumno/a	Laura Buforn Ruiz	
Tipo de actividad	Otros	TFM
Título del proyecto	Influencia de la presencia de pensamientos intrusivos en la hipocondría.	
Códigos GIS estancias donde se desarrolla la actividad	E11	
<b>Evaluación riesgos laborales</b>	<b>Conforme (Autodeclaración)</b>	
<b>Evaluación ética uso muestras biológicas humanas</b>	<b>No solicitado</b>	
<b>Evaluación ética humanos</b>	<b>Favorable</b>	
<b>Evaluación ética animales</b>	<b>No solicitado</b>	
Registro	2020.288.E.OIR; 2020.315.E.OIR; 2020.316.E.OIR	
<b>Referencia</b>	<b>TFM.DPS.MNL.02.20</b>	
<b>Caducidad</b>	<b>5 años</b>	

Se considera que el presente proyecto carece de riesgos laborales significativos para las personas que participan en el mismo, ya sean de la UMH o de otras organizaciones.

No se ha evaluado el uso de muestras biológicas humanas porque no se ha solicitado, ni se ha considerado necesario en base a la información aportada.

No se ha evaluado el uso de animales en un proyecto de investigación porque no se ha solicitado, ni se ha considerado necesario en base a la información aportada.

La evaluación de la participación de voluntarios humanos en un proyecto de investigación, desde el punto de vista ético y de riesgos laborales, es favorable.

Por todo lo anterior, el dictamen del OEP es **favorable**.

Atentamente,

**ALBERTO|  
PASTOR|CAMPOS**

Firmado digitalmente por  
ALBERTO|PASTOR|CAMPOS  
Fecha: 2020.06.02 07:39:41  
+02'00'

Alberto Pastor Campos  
Secretario del Órgano Evaluador de Proyectos  
Vicerrectorado de Investigación

**DOMINGO  
LUIS|OROZCO|  
BELTRAN**

Firmado digitalmente por  
DOMINGO LUIS|OROZCO|  
BELTRAN  
Fecha: 2020.06.02  
08:25:12 +02'00'

Domingo L. Orozco Beltrán  
Presidente del Órgano Evaluador de Proyectos  
Vicerrectorado de Investigación

Información adicional:

- Para poder llevar a cabo la presente actividad en las instalaciones de la UMH, además del dictamen de la OEP, es necesario contar con la autorización del representante institucional. Esta gestión se realiza a través del SGI-OTRI, quien gestiona las correspondientes prestaciones de servicio, contratos / convenios y proyectos de investigación.
- En caso de que la presente actividad se desarrolle total o parcialmente en otras instituciones es responsabilidad del investigador principal solicitar cuantas autorizaciones sean pertinentes, de manera que se garantice, al menos, que los responsables de las mismas están informados.
- Le recordamos que durante la realización del proyecto debe cumplir con las exigencias en materia de prevención de riesgos laborales. En concreto: las recogidas en el plan de prevención de la UMH y en las planificaciones preventivas de las unidades en las que se integra la investigación. Igualmente, debe promover la realización de reconocimientos médicos periódicos entre su personal; cumplir con los procedimientos sobre coordinación de actividades empresariales en el caso de que trabaje en el centro de trabajo de otra empresa o que personal de otra empresa se desplace a las instalaciones de la UMH; y atender a las obligaciones formativas del personal en materia de prevención de riesgos laborales. Le indicamos que tiene a su disposición al Servicio de Prevención de la UMH para asesorarle en esta materia.

## Apéndice B. Modelo Consentimiento Informado

### Información al participante

Nos dirigimos a usted para solicitar su consentimiento para participar en el proyecto de investigación titulado: "Influencia de la presencia de pensamientos intrusivos en la hipocondría". Este proyecto ha sido aprobado por el Comité de Ética (Órgano Evaluador de Proyectos) de la Universidad Miguel Hernández (UMH). El proyecto se llevará a cabo de acuerdo con todas las normas y códigos éticos de conducta aplicables a esta investigación con seres humanos y al Código de Buenas Prácticas Científicas de la UMH. Lea la información proporcionada y no dude en consultarnos las dudas que le puedan surgir. Cuando haya comprendido el proyecto se le solicitará que firme el consentimiento informado si desea participar en él.

Si decide participar en este estudio debe saber que lo hace voluntariamente y que podrá, así mismo, abandonarlo en cualquier momento. En el caso en que decida suspender su participación, ello no va a suponer ningún tipo de penalización ni pérdida o perjuicio en sus derechos y/o relación con los investigadores.

### ¿Por qué se realiza este proyecto?

Existen estudios que demuestran la importancia que tienen los procesos cognitivos para poder realizar un diagnóstico de hipocondría. Sin embargo, la investigación sobre esta variable es realmente escasa. Además, no se conocen estudios que demuestren la importancia que tienen la combinación de la presencia de pensamientos intrusivos sobre la enfermedad junto con la posible existencia de síntomas somáticos. En este estudio pretendemos evaluar la importancia que tienen estas variables en el desarrollo de la hipocondría.

### **¿Cuál es el objetivo del proyecto?**

El presente estudio tiene como objetivo evaluar la importancia que tiene la presencia de pensamientos intrusivos en la hipocondría.

### **¿Qué beneficios puedo obtener por participar en este estudio?**

Usted recibirá el mismo trato participe o no en el proyecto. En consecuencia, no obtendrá ningún beneficio directo con su participación. No obstante, la información que nos facilite, así como la que se obtenga de los análisis que se realicen, pueden ser de gran utilidad para mejorar el conocimiento que tenemos hoy día sobre el componente cognitivo para el desarrollo de la hipocondría y ello permitirá idear formas de prevención, manejo y tratamiento mejores que las que poseemos en la actualidad. Por su participación en el estudio no obtendrá compensación económica.

### **¿Qué riesgos puedo sufrir por participar en el estudio?**

No supone ningún riesgo para el/la participante participar en la realización del mismo.

### **¿Qué datos se van a recoger?**

Datos demográficos, donde se reclute información sobre el sexo, edad y nivel socioeconómico. Los cuestionarios serán totalmente anónimos siendo imposible identificar a cada sujeto.

### **¿Cómo se tratarán mis datos personales y cómo se preservará la confidencialidad?**

La recogida, tratamiento y uso de los datos requeridos por este estudio se hará de acuerdo con lo estipulado en Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales

y garantía de los derechos digitales, y a lo estipulado en el Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016 de Protección de Datos (RGPD)

El acceso a su información personal quedará restringido al investigador principal, cuando se precise, para comprobar los datos y procedimientos del estudio, pero siempre manteniendo la confidencialidad de estos de acuerdo con la legislación vigente. El Investigador, cuando procese y trate sus datos tomará las medidas oportunas para protegerlos y evitar el acceso a los mismos de terceros no autorizados. Tanto el centro como el investigador principal son responsables respectivamente del tratamiento de sus datos y se comprometen a cumplir con la normativa de protección de datos en vigor. Los datos recogidos para el estudio estarán identificados mediante un código (seudonimización), de manera que no se incluya información que pueda identificarle, y sólo el investigador responsable del estudio/colaboradores podrá relacionar dichos datos con usted. Por lo tanto, su identidad no será revelada a ninguna otra persona salvo a las autoridades, cuando así lo requiera una situación de riesgo recogida por la normativa vigente.

Por ello, manifiesto que estoy satisfecho con la información recibida y en tales condiciones estoy de acuerdo y **consiento el uso de mis datos para la investigación.**

Fdo:

En.....de.....de.....