

Tratamiento clínico de un caso de hipocondría: de la histeria masculina a la amplificación somatosensorial

Sandra Fuentes Márquez¹, Raquel Remesal Cobreros³ y Diego de la Vega Sánchez⁴
*UGC de Salud Mental Huelva Intercentros.
Huelva (España)*

David Granados Rodríguez²
UGC Salud Mental de Osuna. Sevilla (España)

RESUMEN

El objetivo del presente estudio es el análisis, a través de la exposición de un caso clínico con fobia a atragantarse y miedo a padecer cáncer, del diagnóstico diferencial y del tratamiento cognitivo-conductual mediante perfiles clínicos. *Método:* Se presenta el caso de un hombre ingresado en salud mental por un cuadro de desnutrición severa secundario a baja ingesta. *Resultados:* Incremento notable del peso, disminución de la creencia de padecer un cáncer y exposición a la situación ansiógena de comer. *Conclusiones:* En nuestro caso el componente fóbico es clave en el perfil clínico, dado que desde la fobia a atragantarse articula la creencia de padecer un cáncer, de ahí que las técnicas conductuales obtuvieran resultados positivos. No obstante, es necesaria una mayor investigación acerca de la posibilidad de definir diferentes perfiles clínicos de los pacientes con hipocondría según prepondere un componente fóbico o un componente de convicción de enfermedad.

Palabras clave: Hipocondría, amplificación somato- sensorial, manejo de caso.

ABSTRACT

The aim of the present study is to analyze, through the presentation of a clinical case of choking phobia and fear of getting cancer, the differential diagnosis and cognitive-behavioral treatment in clinical profiles. *Method:* In the case of a man admitted to mental health by a clinical profile of severe secondary malnutrition to low intake is presented. *Results:* Weight increase significantly, decreased belief of getting cancer and exposure to anxiogenic eating situation. *Conclusions:* In our case the phobic component is key to the clinical profile, as from choking phobia articulates the belief of developing cancer, hence behavioral techniques obtain positive results. However, further research on the possibility to define different clinical profiles of patients with hypochondriasis according preponderation phobic component or a component of disease conviction is necessary.

Keywords: Hypochondriasis, somatosensory amplification, case management.

¹ FEA Psicología Clínica. Unidad de Salud Mental Comunitaria - Huelva de la Unidad de Gestión Clínica de Salud Mental Huelva Intercentros. Avenida Ronda Norte s/n 21005, Huelva. Correo electrónico: arddnas@gmail.com

² Hospital de Día de Salud Mental. Hospital Nuestra Señora de la Merced. UGC Salud Mental de Osuna. Avda.de la Constitución, 2, 41640 Osuna (Sevilla).

³ FEA Psicología Clínica. Unidad de Hospitalización de Salud Mental de la Unidad de Gestión Clínica de Salud Mental Huelva Intercentros. Profesora asociada de la Universidad de Huelva. Avenida Ronda Norte s/n 21005, Huelva.

⁴ FEA Psiquiatría. Unidad de Salud Mental Comunitaria- Huelva de la Unidad de Gestión Clínica de Salud Mental Huelva Intercentros. Avenida Ronda Norte s/n 21005, Huelva.

Introducción

Las personas suelen temer por su salud. Es una preocupación relativamente frecuente en la población general, convirtiéndose a menudo en parte de la auto percepción del individuo, en un tema reiterado de conversación y en una respuesta a las situaciones de estrés (Noyes et al., 2000). Si la hipocondría se define como la preocupación por el miedo a tener, o la idea de que se tiene, una enfermedad grave. Entonces, ¿cuándo hablamos de trastorno? Quizás, lo más razonable, es entenderlo desde un punto de vista dimensional, donde en un extremo se situaría la ausencia de preocupación y en el extremo opuesto el trastorno hipocondriaco, que conllevaría no sólo la presencia de la preocupación sino también una marcada afectación o interferencia en diversas áreas de la persona (Fernández y Fernández, 2001). De esta manera, la mayor parte de la población se situaría en la zona intermedia del continuo. Siendo un aspecto de gravedad e intensidad y no simplemente de presencia o ausencia de preocupaciones en torno a la salud.

Históricamente la conceptualización de hipocondría ha sido un aspecto muy controvertido – un ejemplo de ello es la propuesta de Sydenham (1755) durante el S. XVIII que la definía como la forma masculina de la histeria – y sigue siéndolo, actualmente emerge conceptos como la amplificación somatosensorial para intentar definir la fenomenología de este trastorno. (Barsky, Wyshak y Klerman, 1990). Al mismo tiempo, también encontramos que su ubicación nosológica ha sido ampliamente debatida, situándola en muchas ocasiones a medio camino entre la histeria y la psicosis.

Actualmente las clasificaciones internacionales la enmarcan dentro de los trastornos somatomorfes, a saber, presencia de síntomas físicos sin confirmación orgánica o bien habiendo una afectación física la expresión clínica es excesiva para lo que cabría esperar. Los trastornos somatomorfes representan en nuestro sistema sanitario un claro y grave problema por diversas razones: su elevada prevalencia, su dificultad para diferenciarlos de cuadros puramente orgánicos y la excesiva demanda de servicios, pruebas diagnósticas y, en la mayoría de ocasiones, también de personal sanitario por su conocido peregrinar médico.

En este trabajo se expone un caso clínico con el objetivo de replantear la ubicación nosológica del trastorno hipocondriaco, analizar la dificultad del diagnóstico diferencial, así como se expondrán las terapias psicológicas utilizadas en este caso. Dada la larga historia de debates como su impacto sanitario nos hallamos ante una cuestión ineludible.

Paciente y método

Identificación del paciente: Se expone el caso de un hombre ingresado en la Unidad de Hospitalización del Hospital Juan Ramón Jiménez de Huelva. Es un hombre de 51 años, soltero y sin hijos. Natural de un municipio rural y vecino desde la infancia de una ciudad andaluza, donde convive con su hermano. Es el segundo de tres hermanos. Una hermana fallecida a los tres meses de vida y que padecía de retraso mental. Padres fallecidos, ambos de cáncer. Realizó estudios universitarios de magisterio, aunque nunca ha ejercido como profesor. Ha trabajado en diferentes empresas familiares,

siendo su última profesión hace siete años en una compañía hostelera.

No ha padecido enfermedades ni ha requerido intervenciones ni hospitalizaciones previas. Es fumador de 14-15 cigarrillos al día, niega el consumo de otras sustancias así como de comportamientos adictivos. En relación a sus antecedentes en salud mental refiere un primer contacto a los 19 años tras ruptura sentimental y a los 35 años debido a crisis de ansiedad, ambas consultas se realizaron en ámbito privado. Se describe como una persona sensible, meticulosa, con gran pasión por el orden y la limpieza, y extremadamente miedosa.

Análisis del motivo de consulta: Derivado desde la Unidad de Salud Mental Comunitaria de la zona, donde acude de forma urgente remitido desde Atención Primaria por un cuadro de desnutrición severa secundario a baja ingesta de más de un año de duración. En el informe consta como posible juicio clínico un trastorno de la conducta alimentaria a especificar. Dada la situación clínica y al estado de grave desnutrición del paciente se procede al ingreso.

Historia del problema: El paciente ha presentado una importante pérdida de peso en los últimos seis meses, siendo dicha pérdida superior a 16 kilos. Su peso habitual es de 64 kg. (talla 1.79; IMC 20 -normopeso-). En el momento del ingreso el IMC es de 14.66 (peso=47), situándose en la franja de infrapeso -delgadez extrema-. La importante disminución ha sido más palpable en los últimos meses, no obstante el paciente informa de una serie de cambios de años de evolución. Así, indica que desde

hace aproximadamente tres años comienza a comer con elevada ansiedad, no identificando factor desencadenante. Tras un año, ocurre un episodio de atragantamiento por el cual substituyó su dieta por una consistente exclusivamente en comidas blandas ante el temor de que ocurriera un nuevo atragantamiento. Dicha patrón alimentario perduró aproximadamente dos años, en los cuales hubo una disminución progresiva de la ingesta de alimentos, así como anticipación ansiosa a la hora de comer, angustia flotante, aislamiento social al evitar comer en público y para eludir comentarios respecto a su imagen y, consecuentemente, un empeoramiento anímico. Tres meses antes del ingreso vuelve a modificar su alimentación substituyendo las comidas blandas por una ingesta sólo de líquidos (ej: sopas, gazpachos). Dicho suceso ocurre en el contexto de informes médicos negativos de familiares y un nuevo episodio de atragantamiento.

El paciente explica con respecto a la comida que *"La hora de la comida es una tortura... me voy a atragantar"*. Su intenso miedo a atragantarse es sostenido por varios episodios previos de atragantamiento pero, fundamentalmente, por la creencia de que se va a producir un atragantamiento debido a que padece un cáncer de esófago y consecuentemente no puede tragar de forma correcta *"La comida no pasa, no puede pasar porque tengo un tumor"*.

Evaluación y diagnóstico diferencial: Las primeras intervenciones fueron destinadas a la evaluación y diagnóstico diferencial. Se realizó una entrevista clínica semiestructurada y se administraron los siguientes cuestionarios:

- Cuestionario de Ansiedad Estado /Rasgo – STAI- (Spielberger, 1970). Compuesto por un total de 40 ítems (20 para cada escala). Obtiene índice de ansiedad estado e índice de ansiedad rasgo.

- Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad -ISRA- (Miguel Tobal y Cano Vindel, 1994). Evalúa los tres sistemas de respuesta de ansiedad: cognitiva, fisiológica y motora; ofrece una puntuación total y factores específicos: ansiedad ante la evaluación, interpersonal, fóbica y ante situaciones habituales /vida cotidiana.

- Inventario de Depresión de Beck –BDI- (Beck, Ward, Mendelson, Mock y Erbaugh, 1961). Evalúa la intensidad de la depresión. Consta de 21 ítems. Se elige aquella frase que mejor se aproxime al estado de ánimo medio durante la última semana.

- Cuestionario de personalidad de Eysenck -EPQ- (Eysenck y Eysenck, 1965). Prueba autoaplicada de opción dicotómica (si/no). Evalúa: estabilidad/neuroticismo; extraversión/introversión; normalidad/ psicoticismo y sinceridad.

El primer objetivo con respecto al diagnóstico diferencial fue valorar la posibilidad de una patología orgánica que explique el cuadro de desnutrición severa que presenta el paciente, para ello se llevaron a cabo diversas pruebas como una radiografía del tracto gastrointestinal mediante bario y una gastroscopia. De esta manera, se descartó que la situación clínica fuera debido a un problema orgánico. Por lo que se planteó que la disminución considerable de peso pudiera enmarcarse en diferentes categorías diagnósticas como: tras-

torno de la conducta alimentaria, trastorno depresivo, trastorno de pánico, trastorno fóbico, trastorno de ideas delirantes, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno somatomorfe o trastorno hipocondriaco.

El siguiente paso fue valorar la existencia de un trastorno de la conducta alimentaria. No obstante, lo que comparte estos cuadros clínicos son el malestar con la imagen corporal y la preocupación por el peso. Nuestro paciente presenta una disminución considerable de peso no motivado por su deseo de perderlo ni por un miedo intenso a engordar. Tampoco hay una alteración en su imagen corporal ni conductas purgativas.

El estado anímico bajo junto con la pérdida de peso son criterios presentes en un episodio depresivo, de esta manera se valoró la posible existencia de un trastorno depresivo con síntomas somáticos. Sin embargo, la alteración del estado de ánimo no era lo primario del cuadro clínico, y su presentación fue posterior a una serie de cambios. Asimismo, en este trastorno son comunes las molestias de diferente localización y las quejas gastrointestinales, así como habría alteraciones en el sueño y en el deseo sexual que en este caso no estaban afectados.

Se planteó que el miedo a atragantarse y la pérdida de peso fuera secundaria a un trastorno de angustia, es decir, que el miedo apareciera en el contexto de los ataques de pánico y fuera resultado del miedo o evitación interoceptiva, dado que el paciente había padecido crisis de ansiedad y teme situaciones como estar lejos de casa, entre otros. No obstante, actualmente no se presentaban crisis de angustia, asimismo en el trastorno de angustia el temor está más

relacionado con enfermedades caracterizada por ser de presentación brusca e inmediata como un infarto de miocardio, no como en este caso que el temor se corresponde a una enfermedad insidiosa como es el cáncer.

Otro de los diagnósticos posibles que se barajó fue la presencia de una fobia específica, la fobia a la enfermedad, también conocida como nosofobia. Sin embargo, la fobia es el temor a contraer una enfermedad, mientras que en este caso cree que tiene cáncer, es decir, la expectativa ansiosa de la fobia está orientada al futuro y no en el presente o en el pasado de creer estar ya infectado o padecer una enfermedad. Otra diferencia clave consiste en que en la fobia el temor está más relacionado con estímulos externos (ej. ver a enfermos) y no tanto a estímulos internos.

El miedo a padecer cáncer también podría encuadrarse dentro de un trastorno delirante y más específicamente dentro del subtipo somático, donde la persona tiene la idea delirante de tener una enfermedad médica. En nuestro caso, dicho pensamiento no tiene carácter delirante. Asimismo, se valoró si la preocupación persistente era de carácter obsesivo, sin embargo, no luchaba contra esa idea ni intentaba reducir la ansiedad mediante compulsiones. Sin embargo, existían rasgos de personalidad obsesivos entorno a la limpieza y orden. La cercanía de lo obsesivo y del juicio clínico que se estableció la abordamos en la parte de discusión del presente artículo.

Otra opción era que se encuadrara dentro de un cuadro somatomorfe, dado que hay una queja de una molestia física –no poder tragar– sin hallazgos de presentar una enfermedad

orgánica. Sin embargo, la cualidad de la queja del caso es diferente, por ser precisa –se centra en una única enfermedad grave e incapacitante– y no se centra en la molestia del síntoma sino en cómo el síntoma puede ser una prueba de padecer una enfermedad importante –cáncer–. La queja en un trastorno de somatización suele ser cambiante, vaga, múltiple y exagerada –acercándose a una personalidad de tintes histriónicos– y en este caso es más cercano al orden obsesivo como hemos mencionado anteriormente.

Tras realizar el diagnóstico diferencial el juicio clínico establecido fue de un trastorno hipochondriaco ya que cumple criterios suficientes para éste, a saber, el paciente cree padecer un cáncer basándose en la interpretación errónea sobre el hecho de no poder tragar adecuadamente –véase tabla 1.

Tratamiento: El tratamiento se ha realizado mediante un abordaje multidisciplinar. Desde psiquiatría se le prescribió un ISRS (sertralina 100 mg: 1-1-0) y un ansiolítico (lorazepam 1 mg:1-1-1), desde el servicio de nutrición se le recetó batidos nutritivos y se realizó control periódico de su peso, y finalmente, un abordaje psicoterapéutico que es el describiremos a continuación. A nivel psicológico, se emplean una serie de técnicas utilizadas dentro de la terapia cognitivo conductual del grupo de Oxford (Salkovskis y Warwick, 1986; Martínez Narváez Cabeza de Vaca, M.P., y Botella, C., 1995) como psicoeducación, técnicas de exposición in vivo, prevención de respuesta, técnicas de relajación y reestructuración cognitiva. Se le informo acerca del origen y mantenimiento de su pro-

Tabla 1.
Criterios diagnósticos del DSM- IV y de la CIE- 10 para la hipocondría

DSM- IV	CIE- 10
A. Preocupación por el miedo a tener, o la idea de que se tiene, una enfermedad grave que se basa en la interpretación errónea que hace la persona de los síntomas corporales.	A. Creencia persistente de la presencia de al menos una enfermedad somática grave, que subyace al síntoma o síntomas presentes, aun cuando exploraciones y exámenes repetidos no hayan conseguido encontrar una explicación somática adecuada para los mismos, o una preocupación persistente por una deformidad supuesta.
B. La preocupación persiste a pesar de la evaluación y explicación médica apropiada.	B. Negativa insistente a aceptar las explicaciones y las garantías reiteradas de médicos diferentes de que tras los síntomas no se esconde ninguna enfermedad ni anomalía somática.
C. La creencia del criterio A no es de intensidad delirante (como en el trastorno delirante, subtipo somático) y no se restringe a una preocupación circunscrita acerca de la apariencia (como en el trastorno dismórfico corporal)	
D. La preocupación origina angustia o un deterioro clínicamente significativo a nivel social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento	
E. La duración de la alteración es de por lo menos 6 meses	
F. La preocupación no se explica mejor por un trastorno por ansiedad generalizada, trastorno obsesivo – compulsivo, trastorno de pánico, un episodio depresivo mayor, ansiedad de separación u otro trastorno somatoforme.	
Especificar: Con pobre insight.	

blema -figura 1- como las experiencias previas relacionadas con la enfermedad (padres fallecidos tras enfermedades largas, etc) es un factor de peso en la propensión de creencias disfuncionales sobre los síntomas y la tendencia a la atención selectiva e interpretación catastrófica de los mismos, estimulando pensamientos automáticos, negativos y distorsionados sobre el estado de salud. Se da un factor disposicional, cuantificado mediante el EPQ, como es el afecto negativo (neuroticismo; Pc 99) que favorece la experimentación de emociones negativas. Asimismo presenta un estilo amplificador somatosensorial, puesto que autofocaliza e hipervigila sus sensaciones corporales. Acerca

de las variables de mantenimiento señalamos tanto los factores cognitivos como las estrategias de reaseguramiento que dan lugar a un aumento de estados emocionales negativos.

Se llevó a cabo técnicas de exposición in vivo –mediante desensibilización sistemática y respiración lenta- para el miedo a atragantarse tanto de alimentos como de los fármacos (se negaba a la deglución de cualquier sólido). Los fármacos fueron, en un principio, diluidos en agua, posteriormente seccionados por la mitad hasta la toma completa. La dieta fue escalonada: dieta triturada, dieta fácilmente masticable hasta una dieta normal. La prevención de respuesta se realizó mediante indicaciones a personal

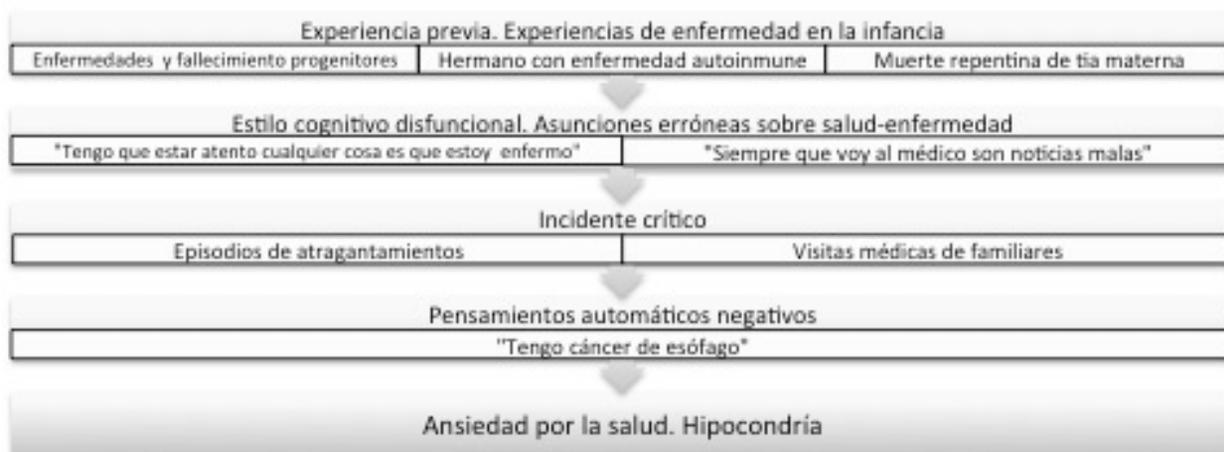


Figura 1. Explicación de origen y mantenimiento de los síntomas

sanitario y familiares para responder con frases neutrales a las conductas de reaseguramiento, así como se indicó la no permanencia de su hermano en las comidas. Además, se identificó y se pusieron a prueba las interpretaciones erróneas mediante reestructuración cognitiva, técnica de las dos columnas y experimentos conductuales con reatribución de síntomas.

Resultados

Durante su hospitalización de 30 días, su peso se incrementó notablemente siendo al alta de 55,2 Kg. (IMC: 17). Su creencia de padecer un cáncer disminuyó considerablemente. Véase las puntuaciones pre y post- tratamiento en tabla 2.

Tabla 2.
Puntuaciones pre y post- tratamiento.

ANTES DEL TRATAMIENTO	DESPUÉS DEL TRATAMIENTO
STAI: A.Estado: Pc 90; A. Rasgo: Pc 99	STAI: A.Estado: Inferior a Pc 50; A.Rasgo: Pc 85
BDI: PD: 23 (Nivel moderado)	BDI: PD: 9 (Ausencia de clínica depresiva)
ISRA: Ansiedad extrema (pc 99) en los 3 sistemas de respuesta	ISRA: Ansiedad moderada (pc 40- 70) en los 3 sistemas de respuesta
EPQ: Extraversión: Pc 65; Neuroticismo: Pc 99; Psicopatía: Pc 20	EPQ: Sólo se administró antes del tratamiento

Discusión

Las múltiples interacciones que se establecen con el estado de ánimo, con la ansiedad y con el propio cuerpo han estado presentes en los intentos de conceptualización y ubicación nosológica de la hipocondría y han marcado la aproximación a una u otra categoría diagnóstica dependiendo si se prima un aspecto u otro. A pesar de su actual clasificación dentro de los trastornos somatomorfos, la similitud y solapamiento con la ansiedad ha abierto, una vez más, la controversia a este respecto. De esta manera, destacan que lo prioritario es la excesiva preocupación y ansiedad por la salud. Especialmente resaltan las similitudes fenomenológicas con la fobia a la enfermedad, con el

trastorno de pánico y con el trastorno obsesivo-compulsivo. El componente de temor e inquietud de la hipocondría está también presente en otros problemas de ansiedad, no obstante lo más característico va a ser el peso clave del aspecto cognitivo y no tanto los síntomas somáticos que se presenten. En relación a la cercanía con respecto al trastorno de pánico es habitual la presencia de hipocondría secundaria al pánico y viceversa. Asimismo, un nuevo concepto como es la amplificación somatosensorial acerca dichas categorías. Una consideración especial dentro de los trastornos de ansiedad es el TOC (no obstante, la propuesta de la DSM-V es la exclusión del TOC de los trastornos de ansiedad). Los autores que defienden la existencia de un espectro O-C incluyen la hipocondría dentro del mismo. Ambos se asemejan en las cavilaciones obsesivas, en el temor a estar infectado, la preocupación exagerada, las comprobaciones constantes de su estado de salud, búsqueda de información y otras conductas de reaseguramiento. Además en nuestro caso también están presentes rasgos de personalidad obsesivos que vuelven a reseñar la similitud entre ambos diagnósticos.

Actualmente la investigación señala la posibilidad de definir diferentes perfiles clínicos de los pacientes con hipocondría según prepondere un componente fóbico o un componente de convicción de enfermedad, por lo que ya no hablaríamos de juicios clínicos diferentes sino dentro de un mismo espectro o dimensión (Ramos Ríos, Espiño Díaz, López Moríñigo, Varela Casal y García Mahía, 2008). Así, lo primordial serían las características clínicas individuales de cada paciente que nos

guiaría hacia una terapia con unas técnicas terapéuticas diferentes para asegurar de esta manera una mejor respuesta al tratamiento. En estudios aleatorizados se ha demostrado la eficacia tanto de la terapia cognitiva como de la terapia de exposición en el tratamiento de la hipocondría (Weck, Neng, Richtberg, Jakob, Stangier, 2014). En nuestro caso el componente fóbico era clave, dado que desde la fobia a atragantarse articula la creencia de padecer un cáncer, de ahí que las técnicas conductuales resultaran adecuadas y obtuvieran resultados positivos. No obstante, es necesaria una mayor investigación acerca de dichos perfiles para dar una mejor respuesta a las personas que padecen hipocondría.

Referencias bibliográficas

- Barsky, A.J., Wyshak, G. y Klerman, G.L. (1990). The somatosensory amplification scale and its relationship to hypochondriasis. *Journal of Psychosomatic Research*, 24(4), 323-334.
- Beck, A.T., Ward, C.H., Mendelson, M., Mock, J. y Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.
- Clark, D.M., et al. (1998). Two psychological treatments for hypochondriasis. *British Journal of Psychiatry*, 173, 218-225.
- Eysenck, H.J. y Eysenck, S.B.G. (1965). Manual of the Eysenck Personality Inventory. Versión española de M. Shnchez Turet. Madrid: TEA, S.A., (2008).
- Fernández, C. y Fernández, R. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la hipocondría. *Psicothema*, 13(3), 407-418.
- Martínez Narváez Cabeza de Vaca, M.^a P., y Botella, C. (1995). Aplicación de un tratamiento cognitivo-conductual a un caso de hipocondría primaria. *Análisis y Modificación de Conducta*, 21, 697-734.
- Miguel Tobal, J.J. y Cano Vindel, A. (1994). *Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad*

–I.S.R.A. –. Madrid: Tea Ediciones

- Noyes, R., Hartz, A.J., Doebbeling, C., Mallis, R. W., Hapel, R. L., Wemwe, L.A. y Yagla, S.J. (2000). Illness fears in the general population. *Psychosomatic Medicine*, 62, 318-325.
- Ramos Ríos, R., Espiño Díaz, I., López Moríñigo, J., Varela Casal, P., y García Mahía, M.C. (2008). Hiponcondría: nosología y modelos explicativos. Revisión histórica y de las controversias actuales. *Interpsiquis*, 1, 1-11. Recuperado de <http://hdl.handle.net/10401/4495>
- Salkovskis, P.M. y Warwich, H.M. (1986). Morbid preoccupations, health anxiety and reassurance: a cognitive behavioural approach to hypochondriasis. *Behavior Research and Therapy*, 24, (5), 597-602.
- Salkovskis, P.M. y Clark, D.M. (1993). Panic disorder and hypochondriasis. *Advances in Behaviour Research and Therapy*, 15, 23-48.
- Spielberger C.D., Gorsuch, R.L., y Lushene, R.E. (1970). *Cuestionario de Ansiedad Estado/Rasgo*. Madrid: TEA.
- Sydenham, T. (1755/2007). La afección histérica. En Conti, N. y Stagnaro, J.C. (Eds.). *Historia de la ansiedad. Textos escogidos*, 11-18. Buenos Aires: Editorial Polemos.
- Weck, F., Neng, J.M., Richtberg, S., Kakob, M., Stangier, U. (2014). Cognitive therapy versus exposure therapy for hypochondriasis (health anxiety): A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2014 Dec 15.

