

Creencias disfuncionales en la hipocondría: Un estudio familiar

Sandra Arnáez*, Gemma García-Soriano y Amparo Belloch

Department of Personality, Evaluation and Psychological Treatments. Faculty of Psychology, University of Valencia. Valencia (España)

Resumen: Los modelos cognitivos sobre la hipocondría postulan que las experiencias tempranas con la enfermedad promueven el desarrollo de creencias disfuncionales sobre la enfermedad. Estas creencias pueden permanecer latentes y activarse ante un incidente crítico. Los estudios publicados aportan datos que avalan de manera indirecta estos planteamientos. Teniendo en cuenta que en el núcleo familiar primario se comparten experiencias sobre la enfermedad, examinamos la relación entre las creencias disfuncionales que los progenitores y sus descendientes mantienen sobre la enfermedad y los pensamientos, tales como la intolerancia a la incertidumbre y la sobreestimación de la amenaza, y las relaciones entre dichas creencias, la sintomatología hipocondríaca y depresiva. Cuarenta estudiantes universitarios y sus progenitores (27 padres y 36 madres) completaron auto-informes sobre creencias disfuncionales acerca de la enfermedad, los pensamientos y síntomas hipocondríacos y depresivos. Los resultados mostraron que las creencias disfuncionales sobre la enfermedad y la sobrestimación de la amenaza de los padres, pero no de las madres, se asociaban con las de sus hijos e hijas. Asimismo, las creencias disfuncionales de padres, hijos, e hijas, se relacionaron con síntomas de hipocondría y depresión.

Palabras clave: Hipocondría; Creencias disfuncionales sobre la enfermedad; Sobrestimación de la amenaza; Intolerancia a la incertidumbre; Descendientes.

Title: Dysfunctional beliefs about health and illness: A family study.

Abstract: Cognitive models about hypochondriasis postulate that early experiences with illness can lead individuals to develop dysfunctional beliefs about having an illness. These beliefs can remain in a latent state and be triggered by a critical incident. Published studies have provided data partially supporting these assumptions. Considering that the primary family context shares experiences about illness, we examined the relationships between the dysfunctional beliefs that parents and their offspring maintain about illness and thoughts, such as intolerance to uncertainty and over-estimation of threat, as well as the relationships between these beliefs with hypochondriacal and depressive symptoms. Forty university students and their parents (27 fathers and 36 mothers) completed self-reports on dysfunctional beliefs about illness, thoughts and symptoms of hypochondriasis and depression. Results indicated that the fathers' dysfunctional beliefs about illness and overestimation of threat, but not those of mothers, were associated with their sons and daughters beliefs. Likewise, the dysfunctional beliefs of fathers, sons, and daughters were related to symptoms of hypochondriasis and depression.

Keywords: Hypochondriasis; Dysfunctional beliefs about illness; Overestimation of threat; Intolerance of uncertainty; Offspring.

Introducción

La Hipocondría, o en su denominación actual, trastorno de ansiedad por la enfermedad (APA, 2013), se caracteriza por la preocupación y el miedo a padecer una enfermedad grave sin que haya síntomas somáticos que la justifiquen, y por un elevado grado de ansiedad y alarma ante el estado de salud.

Los modelos cognitivos del trastorno proponen que las creencias disfuncionales sobre los síntomas corporales y la enfermedad están en la base del desarrollo de las preocupaciones hipocondríacas (Abramowitz y Braddock, 2008; Rachman, 2012; Salkovskis y Warwick, 1986; Taylor y Asmundson, 2004). Desde estos modelos se hipotetiza que tales creencias pueden llevar a una persona a atender de manera selectiva a la información que confirme su idea de que padece una enfermedad grave y, paralelamente, a ignorar la información acerca de que su estado de salud es satisfactorio (Chorot y Martínez-Narváez, 2012).

Son varios los estudios que avalan estas hipótesis, poniendo de manifiesto que los individuos con elevada ansie-

dad por la enfermedad (AE) mantienen creencias disfuncionales sobre la enfermedad en mayor medida que quienes no están preocupados por su estado de salud (para una revisión ver Marcus, Gurley, Marchi y Bauer, 2007). Otros autores han analizado esas creencias. En uno de los primeros trabajos sobre el tema, Barsky, Coeytaux, Remy, Sarnie y Cleary (1993) observaron que las personas con elevada AE consideraban que la buena salud era equiparable a un estado ideal en el que no existían síntomas, ni malestar. En nuestro contexto, Castañeiras (2001) encontró un resultado similar en personas con diagnóstico principal de hipocondría (criterios DSM-IV-TR), hasta el punto de que estos pacientes presentaban ideas sobrevaloradas sobre la salud. Hadjistavropoulos et al. (2012) constataron que las creencias disfuncionales sobre la enfermedad predecían los síntomas de ansiedad por la salud y la mala respuesta a la re-aseguración médica tanto en personas sanas como enfermas. Asimismo, se ha observado que las personas que mantienen creencias disfuncionales sobre la salud, piensan también que las enfermedades graves son más frecuentes de lo que realmente son (Marcus y Church, 2003), tienden a sobrestimar la probabilidad y el peligro de padecerlas (Fergus, 2014; Gellatly y Beck, 2016; Scarella et al., 2016), y consideran que tienen menos control sobre la recurrencia de la enfermedad (Ferguson et al., 2000). Además, otros estudios constatan que estas personas presen-

*** Correspondence address [Dirección para correspondencia]:**

Sandra Arnáez Sampedro. Dept. of Personality, Evaluation and Psychological Treatments, Faculty of Psychology. University of Valencia. Blasco Ibáñez Av. 2146010-Valencia (Spain) E-mail: sandra.arnaez@uv.es
(Article received: 8-1-2018; revised: 27-6-2018; accepted: 23-7-2018)

tan una elevada intolerancia a la incertidumbre (Abramowitz y Moore, 2007; Abramowitz, Schwartz, y Whiteside, 2002; Boelen y Carleton, 2012; Deacon y Abramowitz, 2008; Fergus y Valentiner, 2011; Reuman et al., 2017), junto con creencias disfuncionales sobre las recomendaciones médicas y la adherencia a los tratamientos, y a menudo muestran una actitud escéptica ante los tratamientos preventivos (Christensen, Moran y Wiebe, 1999; Fulton, Marcus y Merkey, 2011). Por último, en otras investigaciones se ha evidenciado que estas creencias disfuncionales promueven con frecuencia interpretaciones catastrofistas sobre los síntomas y sensaciones corporales (p.ej., Hadjistavropoulos, Craig y Hadjistavropoulos, 1998; Haenen, de Jong, Schmidt, Stevens y Visser, 2000; Marcus, 1999; Rief, Hiller y Margraf, 1998).

Un segundo postulado de los modelos cognitivos sobre la AE plantea que las experiencias tempranas relacionadas con la enfermedad, propia o de terceros, así como experiencias negativas con los servicios de salud, conducen a la formación de creencias disfuncionales sobre los síntomas, la enfermedad y las conductas de salud. Algunos estudios avalan de manera indirecta esta idea, pues muestran que las experiencias, tanto propias como vicarias, relacionadas con la enfermedad y/o con los servicios de salud juegan un papel importante en el desarrollo y mantenimiento del trastorno de ansiedad por la enfermedad (p.ej., Noyes et al., 2005; Noyes et al., 2002; Noyes, Happel y Yagla 1999; Robbins y Kirmayer, 1996; Weck, Bleichhardt y Hiller, 2009; Weck, Harms, Neng y Stangier, 2011).

Sin embargo, hasta donde sabemos, no existen apenas estudios que exploren específicamente la hipótesis inicial, es decir, la de que existe una relación entre experiencias tempranas con la enfermedad y/o con los servicios de salud y el desarrollo de creencias disfuncionales características de la AE. En un estudio relativamente reciente, Alberts, Hadjistavropoulos, Sherry y Stewart (2016) observaron que las personas cuyos padres habían sufrido, o sufrían, una enfermedad grave, presentaban mayores niveles de AE y sostenían la creencia de que era más probable que sufrieran una enfermedad en mayor medida que los individuos con padres sanos.

Teniendo en cuenta la escasez de estudios empíricos sobre estos aspectos, nos planteamos averiguar en qué medida el hecho de compartir experiencias similares sobre la enfermedad y la salud tiene efectos en la adopción de creencias disfuncionales sobre la salud características de la AE. El contexto familiar inmediato nos pareció especialmente adecuado para analizar este aspecto. El objetivo principal de este trabajo ha sido explorar si las creencias que mantienen los progenitores sobre los pensamientos y miedos acerca de la enfermedad mantienen alguna relación con las creencias que sustentan sus descendientes sobre esos mismos aspectos. Un objetivo secundario fue analizar las relaciones entre dichas creencias e indicadores de malestar emocional que la literatura especializada considera importantes en relación con la hipochondría o AE: ansiedad por el estado de salud y depresión.

Método

Participantes y procedimiento

Se ofreció participar a 50 estudiantes del Grado en Psicología (Universitat de València) en un estudio familiar sobre el trastorno de ansiedad por la enfermedad, a cambio de una compensación académica menor. Los estudiantes interesados acudieron a un seminario explicativo sobre la psicopatología y tratamientos actuales del trastorno, así como sobre el propósito de la investigación. Antes de impartir el seminario, los asistentes firmaron un consentimiento informado y completaron un cuestionario de datos socio-demográficos junto con los auto-informes que se describen más adelante. Después se impartió el seminario propiamente dicho, y a continuación se entregó a cada participante dos sobres, uno para su madre y otro para su padre, que incluían el consentimiento informado y el mismo protocolo de evaluación que habían completado los estudiantes. Para la evaluación de los familiares se ofrecieron las siguientes indicaciones: (1) los estudiantes tenían que evaluar a dos familiares de primer grado, preferiblemente a su madre y a su padre; (2) debían explicar brevemente en qué consistía el estudio, en términos similares a estos: “se trata de un estudio sobre ideas que las personas mantenemos sobre la salud y la enfermedad, y en qué medida estas ideas se comparten en la familia”; (3) era necesario poner énfasis en el anonimato de los datos, indicando que en ningún caso se podría deducir de los datos la identidad personal; (4) tenían que explicar brevemente cómo se completaba cada cuestionario y estar accesibles durante el pase de los mismos para resolver posibles dudas; (5) una vez completados los cuestionarios, debían comprobar que no había ítems sin responder y guardarlos en un sobre delante de su familiar, quien una vez cerrado el sobre, firmaba en el envés para asegurar el anonimato.

Cuarenta estudiantes entregaron los cuestionarios de al menos uno de sus padres (57% madres, 43% padres). La muestra final la integran 40 estudiantes universitarios (65% mujeres), 36 madres y 27 padres. La edad media de los estudiantes fue de 21.88 ($DT = 4.34$) años. En el caso de los progenitores, la edad media de las madres fue de 51.94 años ($DT = 6.33$), y la de los padres de 54.37 ($DT = 5.75$) años. La mayoría de los estudiantes tenían un nivel socio-económico medio (65%) y estaban solteros (95%). En relación a los progenitores, más de una cuarta parte había cursado estudios universitarios (37% madres; 26% padres), su nivel socio-económico era medio (58% madres; 48% padres) y la mayoría estaban casados (75% madres; 62% padres).

Instrumentos

Inventario de Depresión de Beck-II [*Beck Depression Inventory-II*] (BDI-II; Beck et al., 1996; versión española de Sanz, Perdigón y Vázquez, 2003). Instrumento de autoinforme que consta de 21 ítems que evalúan el grado de sintomatología depresiva. La escala de respuesta varía de 0 (ausencia de la

condición anímica planteada) a 3 (presencia intensa de esa condición). El rango posible de puntuación oscila entre 0 y 63. En la muestra evaluada la consistencia interna fue excelente ($\alpha = .90$).

Inventario de Ansiedad por la Salud [Short Health Anxiety Inventory] (SHAI; Salkovskis, Rimes, Warwick y Clark, 2002; versión española de Caballo, 2005). Se trata de un autoinforme de 18 ítems diseñado para evaluar ansiedad por la salud de forma independiente acuá sea el estado de salud actual. Los ítems se responden en una escala Likert de 0 a 3 y evalúan los siguientes aspectos: la preocupación por la salud, la vigilancia de los cambios y sensaciones corporales, y el miedo a las consecuencias de padecer una enfermedad grave. La consistencia interna en la muestra fue satisfactoria ($\alpha = .87$).

Inventario de Creencias Obsesivas-Revisado (ICO-R; Belloch et al., 2010). Es un auto-informe con 50 ítems que evalúan las creencias disfuncionales sobre los propios pensamientos que están implicadas en el desarrollo y/o mantenimiento del trastorno obsesivo-compulsivo y otros trastornos relacionados. Los ítems se evalúan en una escala de respuesta tipo Likert de 7 pasos (desde 1= completamente en desacuerdo, a 7= completamente de acuerdo). Los ítems se agrupan en 8 escalas, de las que para este trabajo únicamente se han considerado las dos más directamente vinculadas con la ansiedad por la salud: intolerancia a la incertidumbre generada por los pensamientos (6 ítems) y sobrestimación de la amenaza asociada a los pensamientos (8 ítems). En la muestra de este estudio los valores de consistencia interna fueron satisfactorios: $\alpha = .78$ y $\alpha = .83$, para ambas escalas, respectivamente.

Escala de Creencias Irracionales sobre la Salud [Irrational Health Belief Scale] (IHBS; Christensen et al., 1999; traducido y retrotraducido al castellano para el presente estudio). Este autoinforme evalúa la tendencia individual a valorar información relacionada con la salud de manera irracional o distorsionada. Incluye 20 viñetas que describen diferentes situaciones o ex-

periencias relacionadas con la salud. Los participantes tienen que indicar en qué grado su pensamiento sería similar al descrito en la viñeta en el caso de que se encontraran en esa misma situación, respondiendo en una escala tipo Likert de 5 puntos (1= No se parece en nada a lo que yo pensaría - 5= Pensaría exactamente lo mismo). En la muestra analizada la consistencia interna fue aceptable ($\alpha = .77$).

Análisis estadísticos

Los análisis estadísticos se llevaron a cabo utilizando el paquete estadístico SPSS para Windows v. 20. Se analizaron los estadísticos de tendencia central (M) y dispersión (DT). Se han llevado a cabo pruebas *t* de Student para estudiar las diferencias entre dos grupos independientes (p. ej., padres vs. madres; hijos vs. hijas) con las correcciones de Levene. El tamaño del efecto se estimó con el estadístico *d* de Cohen. Para estudiar las asociaciones entre las variables incluidas en el estudio se utilizó el coeficiente de correlación de Spearman, puesto que los datos no seguían una distribución normal. El nivel mínimo de significación estadística exigido fue $p \leq .05$.

Resultados

Análisis preliminares: diferencias entre grupos

En primer lugar, se analizó si los padres y las madres diferían significativamente en las variables evaluadas. Los resultados indicaron que no existían diferencias significativas entre los progenitores en ninguna de las variables (Tabla 1). También se analizaron las diferencias entre hijos e hijas en las diferentes variables, y se observó que las hijas puntuaban más en intolerancia a la incertidumbre (Tabla 2).

Tabla 1. Diferencias entre padres y madres en creencias, ansiedad por la salud y depresión.

Instrumentos	Padres (<i>n</i> = 27)	Madres (<i>n</i> = 36)	<i>t</i> _(60,38)	<i>d</i> Cohen
	<i>M</i> (<i>SD</i>)	<i>M</i> (<i>SD</i>)		
Creencias Irracionales sobre la Salud	31.52 (11.04)	28.77 (5.85)	-1.261	0.311
Intolerancia a la incertidumbre	3.30 (1.27)	3.60 (1.43)	0.864	0.221
Sobrestimación del peligro	2.50 (1.16)	1.89 (0.67)	-0.645	0.643
Inventario de Ansiedad por la Salud	11.78 (7.98)	10.49 (4.52)	-0.805	0.198
Inventario de Depresión de Beck-II	7.15 (7.13)	9.37 (5.88)	1.329	0.339

Tabla 2. Diferencias entre hijos e hijas en creencias, ansiedad por la salud y depresión.

Instrumentos	Hijos (<i>n</i> = 14)	Hijas (<i>n</i> = 26)	<i>t</i> _(23,38)	<i>d</i>
	<i>M</i> (<i>SD</i>)	<i>M</i> (<i>SD</i>)		
Creencias Irracionales sobre la Salud	35.50 (5.98)	33.42 (6.83)	0.955	0.324
Intolerancia a la incertidumbre	2.70 (0.73)	3.40 (1.12)	-2.274*	0.740
Sobrestimación del peligro	2.13 (1.01)	2.47 (1.09)	-0.957	0.323
Inventario de Ansiedad por la Salud	10.86 (6.53)	13 (6.15)	-1.020	0.337
Inventario de Depresión de Beck-II	6.21 (2.80)	10.12 (11.22)	-1.678	0.478

* $p \leq .05$; ** $p \leq .01$.

Relaciones entre las creencias que progenitores y descendientes mantienen sobre los pensamientos y miedos acerca de la enfermedad.

Aunque no se observaron diferencias significativas entre los progenitores (padres y madres) en las variables evaluadas, se llevaron a cabo análisis de correlaciones de manera separada, para analizar las aportaciones diferenciales de cada uno de ellos. Los resultados se muestran en la Tabla 3.

Table 3. Relaciones entre las creencias de progenitores y descendientes sobre los pensamientos y creencias acerca de la enfermedad.

	Padres (n = 27)	Madres (n = 36)
<i>Inventario de Creencias Irracionales sobre la Salud</i>		
Descendientes (n = 40)	.48*	-.11
Hijos (n = 14)	.73**	-.24
Hijas (n = 26)	.43	-.15
<i>Intolerancia a la incertidumbre</i>		
Descendientes (n = 40)	.24	-.20
Hijos (n = 14)	.10	-.29
Hijas (n = 26)	.47	-.23
<i>Sobrestimación de la amenaza</i>		
Descendientes (n = 40)	.43*	.10
Hijos (n = 14)	.56	.15
Hijas (n = 26)	.39	.04

* $p \leq .05$; ** $p \leq .01$.

En el caso de los padres se encontró una asociación moderada y significativa entre las creencias disfuncionales que mantienen sobre la enfermedad y la sobrestimación de la amenaza, con las que mantienen sus descendientes, sin diferenciar sexo. Sin embargo, en el caso de las madres no se ob-

servó ninguna relación significativa entre sus creencias y las de sus descendientes. Dados estos resultados, que sugieren mayor influencia de los padres en las creencias sobre enfermedad de sus descendientes, se realizaron de nuevo los análisis diferenciando el sexo tanto de los progenitores como de sus descendientes.

Las creencias disfuncionales sobre la enfermedad de los padres se asociaron claramente con las de sus hijos. En el caso de las hijas, se observó una tendencia similar ($r^2 = .18$), aunque la asociación no resultó estadísticamente significativa. Asimismo, se encontraron asociaciones entre la sobrestimación de la amenaza de los padres y la de sus hijos ($r^2 = .31$) e hijas ($r^2 = .15$), que aunque no alcanzaron significación estadística, si compartían tasas de varianza importantes. Un resultado análogo se obtuvo en el caso de las creencias de intolerancia a la incertidumbre: aunque la asociación entre las puntuaciones de los padres y sus hijos no fue significativa, la varianza compartida fue elevada ($r^2 = 0.22$).

Por lo que se refiere a las madres, el dato más relevante es la ausencia de relaciones significativas entre las creencias que mantienen sobre la enfermedad y las de sus hijos e hijas.

Asociaciones entre las creencias sobre los pensamientos y miedos acerca de la enfermedad, e indicadores de malestar emocional de los progenitores y sus descendientes.

Para responder al segundo objetivo, siguiendo la línea de los análisis anteriores, se realizaron análisis de correlación independientes, en función del sexo de los progenitores y sus descendientes. Los resultados se muestran en la Tabla 4.

Table 4. Correlaciones entre las creencias sobre los pensamientos y miedos acerca de la enfermedad, e indicadores de ansiedad por la salud y depresión de los padres y sus descendientes.

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

* $p \leq .05$; ** $p \leq .01$.

IBHS= Inventario de Creencias Irracionales sobre la Salud; IU= Intolerancia a la incertidumbre; SA= Sobreestimación de la amenaza; SHAI= Inventario de Ansiedad por la Salud; BDI-II= Inventario de Depresión de Beck-II.

Se encontraron correlaciones significativas y elevadas entre la intolerancia a la incertidumbre de los padres y las creencias sobre la enfermedad de los hijos, y entre la creencia de sobrestimación de la amenaza de los padres y la ansiedad por la salud y síntomas depresivos de los hijos. También se encontraron correlaciones elevadas entre las creencias sobre la enfermedad y la intolerancia a la incertidumbre de los padres y la ansiedad por la salud de las hijas. Además, al igual que lo encontrado entre padres e hijos, se observó una correlación significativa entre la creencia de sobreestimación de la amenaza de los padres y los síntomas depresivos de las hijas.

No se encontraron asociaciones significativas entre las madres y sus hijos e hijas en las variables evaluadas.

Discusión

El primer objetivo de este estudio fue evaluar si las creencias disfuncionales sobre la enfermedad y las creencias de intolerancia a la incertidumbre y sobrestimación de la amenaza, propuestas como importantes para la AE/ hipocondría, eran compartidas entre los progenitores y su descendencia.

Antes de abordar este objetivo, se observó la ausencia de diferencias en las variables evaluadas entre los padres y las madres, aunque si se observaron diferencias en la generación más joven (hijos vs. hijas), específicamente en intolerancia a la incertidumbre, donde las hijas puntuaron más que los hijos. En la última década, son varios los estudios que han abordado el papel de las creencias de intolerancia a la incertidumbre en la AE, dado que es una creencia con valor transdiagnóstico que está presente en diversos trastornos de ansiedad y depresivos (Belloch, 2012; McEvoy y Mahoney, 2012). Respecto a las diferencias de sexo en esta variable, nuestros datos coinciden con los de Robichauda, Dugasa y Conway (2003), quienes encontraron que las mujeres puntuaban más alto que los hombres en intolerancia a la incertidumbre.

Cuando se analizaron las creencias de los progenitores y sus descendientes acerca de la enfermedad, la intolerancia a la incertidumbre y la sobreestimación de la amenaza, se observó que las creencias sobre la enfermedad y la sobreestimación de la amenaza que mantenían los padres guardaban una estrecha relación con las de sus descendientes. Sin embargo, estas asociaciones no se encontraron en relación a la figura materna. Las teorías cognitivo-conductuales sobre la hipocondría postulan que los individuos hipocondríacos mantienen creencias disfuncionales acerca de las enfermedades (p.ej., Kellner, 1985, 1989; Salkovskis et al., 2001). Además, en estas teorías resulta especialmente importante la tendencia de los pacientes hipocondríacos a sobreestimar la probabilidad y el peligro de las enfermedades (p.ej., Olatunji, Deacon y Abramowitz, 2009; Rachman, 2012; Reuman et al., 2017; Wheaton, Berman, Franklin y Abramowitz, 2010). Nuestros resultados parecen indicar que los padres juegan un papel esencial en la transmisión de estas creencias a sus descendientes, al menos en nuestro contexto. En consecuencia, y según las teorías cognitivo-conductuales, las creencias que mantienen los padres, pero no las madres, podrían constituir un factor de vulnerabilidad para el desarrollo de síntomas hipocondríacos en sus descendientes. Resultados similares fueron encontrados en estudios sobre el trastorno obsesivo-compulsivo, donde se analizó la relación entre las creencias de los progenitores y sus descendientes, en relación a las experiencias “not just right” (Sica et al., 2013) o la “looming vulnerability” (Riskind, Sica, Bottesi, Ghisi, y Kashdan, 2017). En estos estudios se observó que las creencias de los padres jugaban un papel más relevante que las de las madres en la predicción de las creencias de sus descendientes.

Cuando se estudiaron las asociaciones entre las creencias de los progenitores y sus descendientes acerca de la enfermedad, la intolerancia a la incertidumbre y la sobreestimación de la amenaza teniendo en cuenta el sexo de los descendientes (hijos e hijas), se encontraron resultados que seguían la misma tendencia que la muestra total. Más concretamente, se encontró una asociación importante entre las creencias disfuncionales sobre la enfermedad de los padres y los hijos, y se observó una tendencia similar en el caso de las hijas. También se observó una tendencia a la asociación entre

la sobreestimación de la amenaza de los padres y sus descendientes (tanto los hijos como las hijas), y entre la intolerancia a la incertidumbre de los padres y las hijas. Por lo que respecta a las madres, no se encontraron asociaciones significativas. Estos resultados coinciden con los obtenidos con la muestra total y refuerzan el planteamiento de que, en la sintomatología hipocondríaca de los descendientes, tanto si son hijos como hijas, tienen más peso las creencias de los padres que las de las madres.

El segundo objetivo del estudio fue analizar si las creencias disfuncionales evaluadas (i.e., creencias sobre la enfermedad, sobreestimación de la amenaza e intolerancia a la incertidumbre) se relacionaban con indicadores de malestar emocional asociados a la hipocondría, tales como la ansiedad por la salud y la depresión.

Las creencias disfuncionales sobre la enfermedad de los padres y las de sus hijos varones están relacionadas, tal y como ponen de manifiesto los datos. Asimismo, la intolerancia a la incertidumbre de los padres se relaciona con las creencias sobre la enfermedad que sostienen sus hijos. Y, la sobreestimación de la amenaza de los padres, no solo se relaciona con la sobreestimación de la amenaza de los hijos, sino también con la ansiedad por la salud y los síntomas depresivos de los mismos. En el caso de los padres y las hijas se han encontrado asociaciones entre las creencias sobre la enfermedad y la intolerancia a la incertidumbre de los padres y la ansiedad por la salud de las hijas; y, de igual modo que con los hijos varones, una asociación entre la sobreestimación de la amenaza de los padres y los síntomas depresivos de las hijas. Estos datos son, en general, consistentes con los referidos por otros autores y destacan el importante papel que, tanto la intolerancia a la incertidumbre (p.ej., Abramowitz et al., 2007; Abramowitz et al., 2002; Boelen et al., 2012; Deacon et al., 2008; Fergus et al., 2011; Reuman et al., 2017) como la sobreestimación de la amenaza (p.ej., Fergus, 2014; Gellatly et al., 2016; Olatunji et al., 2009; Rachman, 2012; Reuman et al., 2017; Scarella et al., 2016; Wheaton et al., 2010), juegan en la sintomatología del trastorno de AE. De nuevo, no se constataron asociaciones significativas entre las variables evaluadas con respecto a las madres y los hijos e hijas. Por tanto, nuestros datos sugieren que la influencia de los padres no se limitaría únicamente a las creencias, sino que también estaría presente en la ansiedad por la salud y en la depresión, que son considerados elementos fundamentales de la hipocondría.

Este estudio tiene limitaciones. En primer lugar, el tamaño de la muestra fue reducido, lo que dificulta la generalización de los datos, si bien se intentó subsanar este aspecto utilizando un número pequeño de variables en los análisis estadísticos. En segundo lugar, únicamente se han realizado análisis correlacionales entre las variables objeto de estudio, lo que impide examinar potenciales relaciones de causalidad entre las mismas.

Por último, es importante destacar que, aunque se trata de un estudio preliminar, los resultados obtenidos podrían ser especialmente útiles para iniciar una nueva línea de inves-

tigación acerca de la transmisión familiar de las creencias disfuncionales sobre la enfermedad y su influencia en el desarrollo y mantenimiento de la hipocondría. No existen que nosotras sepamos estudios familiares sobre la hipocondría que evalúen estos aspectos (i.e., creencias y síntomas compartidos entre progenitores y su descendencia). Los estudios familiares que se han realizado en relación a este trastorno se han centrado, principalmente, en analizar la presencia de síntomas hipocondriacos en familiares de pacientes diagnosticados de hipocondría. De hecho, el grupo de Noyes (2002, 2005) constató una mayor frecuencia de familiares o amigos enfermos en pacientes con hipocondría comparados con personas sin el trastorno, y observaron que las personas que manifestaron estar muy preocupadas por la enfermedad durante al menos un mes, tenían antecedentes familiares de enfermedad grave, a diferencia de quienes indicaron no haber estado preocupados por la enfermedad. Estos estudios también se han centrado en analizar la historia familiar y vital de los pacientes diagnosticados de hipocondría, evaluando fundamentalmente la existencia de sucesos traumáticos previos, en la infancia o adolescencia, relacionados con la enfermedad o los servicios de salud (p.ej., Noyes et al., 1999, 2002, 2005; Robbins et al., 1996; Weck et al., 2009; Weck et al., 2011). Por todo ello, creemos que estudios como el que aquí presentamos pueden ayudar a explicar el papel que juega la familia en la adquisición de las creencias sobre la enfermedad, consideradas clave en los modelos de vulnerabilidad de la hipocondría.

Este estudio tiene limitaciones. En primer lugar, el tamaño de la muestra fue reducido, lo que dificulta la generalización de los datos, si bien se intentó subsanar este aspecto utilizando un número pequeño de variables en los análisis estadísticos. En segundo lugar, únicamente se han realizado análisis correlacionales entre las variables objeto de estudio, lo que impide examinar potenciales relaciones de causalidad entre las mismas.

Referencias

- Abramowitz, J. S., Schwartz, S. A., & Whiteside, S. P. (2002). A contemporary conceptual model of hypochondriasis. *Mayo Clinic Proceedings*, 77, 1323–1330.
- Abramowitz, J. S., & Braddock, A. (2008). *Psychological treatment of health anxiety and hypochondriasis: A biopsychosocial approach*. New York: Hogrefe publishing.
- Abramowitz, J. S., & Moore, E. L. (2007). An experimental analysis of hypochondriasis. *Behaviour Research and Therapy*, 45(3), 413–424.
- Alberts, N. M., Hadjistavropoulos, H. D., Sherry, S. B., & Stewart, S. H. (2016). Linking illness in parents to health anxiety in offspring: do beliefs about health play a role? *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 44(1), 18–29.
- American Psychiatric Association. (2010). APA (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, (5th Ed.). Arlington, VA: Author.
- Barsky, A.J., Coeytaux, Remy, R., Sarnie, M.K., & Cleary, P.D. (1993). Hypochondriacal patients' beliefs about good health. *American Journal of Psychiatry*, 150, 1085–1089.
- 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(3), 295–311.
- Belloch, A., Morillo, C., Luciano, J. V., García-Soriano, G., Cabedo, E., & Carrió, C. (2010). Dysfunctional belief domains related to obsessive-compulsive disorder: a further examination of their dimensionality and specificity. *The Spanish Journal of Psychology*, 13(1), 376–88.
- Boelen, P. A., & Carleton, R. N. (2012). Intolerance of uncertainty, hypochondriacal concerns, obsessive-compulsive symptoms, and worry. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 200(3), 208–213.
- Caballo, V. (2005). *Manual para la evaluación clínica de los trastornos psicológicos*. Ediciones Pirámide.
- Castañeiras, C. (2001). *Avances en psicopatología y clínica de la hipocondría*. Tesis doctoral. Universidad de Valencia.
- Chorot & Martínez-Narváez (2012). Trastornos somatoformes. In Belloch, A., Sandín, B., & Ramos, F. (Ed.), *Manual de psicopatología* (pp. 177–212). Madrid, España: McGraw-Hill.
- Christensen, A. J., Moran, P. J., & Wiebe, J. S. (1999). Assessment of irrational health beliefs: relation to health practices and medical regimen adherence. *Health Psychology*, 18(2), 169.
- Deacon, B., & Abramowitz, J. S. (2008). Is hypochondriasis related to obsessive-compulsive disorder, panic disorder, or both? An empirical evaluation. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 22(2), 115–127.

- Fergus, T. A. (2014). Health-related dysfunctional beliefs and health anxiety: Further evidence of cognitive specificity. *Journal of Clinical Psychology, 70*(3), 248-259.
- Fergus, T. A., & Valentiner, D. P. (2011). Intolerance of uncertainty moderates the relationship between catastrophic health appraisals and health anxiety. *Cognitive Therapy and Research, 35*(6), 560-565.
- Ferguson, E. (2000). Hypochondriacal concerns and the five-factor model of personality. *Journal of Personality, 68*(4), 705-724.
- Fulton, J. J., Marcus, D. K., & Merkey, T. (2011). Irrational health beliefs and health anxiety. *Journal of Clinical Psychology, 67*(6), 527-538.
- Gellatly, R., & Beck, A. T. (2016). Catastrophic thinking: A transdiagnostic process across psychiatric disorders. *Cognitive Therapy and Research, 40*(4), 441-452.
- Hadjistavropoulos, H. D., Craig, K. D., & Hadjistavropoulos, T. (1998). Cognitive and behavioral responses to illness information: the role of health anxiety. *Behaviour Research and Therapy, 36*(2), 149-164.
- Hadjistavropoulos, H. D., Janzen, J. A., Kehler, M. D., Leclerc, J. A., Sharpe, D., & Bourgault-Fagnou, M. D. (2012). Core cognitions related to health anxiety in self-reported medical and non-medical samples. *Journal of Behavioral Medicine, 35*(2), 167-178.
- Haenen, M. A., de Jong, P. J., Schmidt, A. J., Stevens, S., & Visser, L. (2000). Hypochondriacs' estimation of negative outcomes: domain-specificity and responsiveness to reassuring and alarming information. *Behaviour Research and Therapy, 38*(8), 819-833.
- Kellner, R. (1985). Functional somatic symptoms and hypochondriasis: a survey of empirical studies. *Archives of General Psychiatry, 42*(8), 821-833.
- Kellner, R. (1989). Hypochondriasis and body dysmorphic disorder. *Treatments of psychiatric disorders: a task force report of the American Psychiatric Association, 3*, 2138-2146.
- Marcus, D. K. (1999). The cognitive-behavioral model of hypochondriasis: misinformation and triggers. *Journal of Psychosomatic Research, 47*(1), 79-91.
- Marcus, D. K., Gurley, J. R., Marchi, M. M., & Bauer, C. (2007). Cognitive and perceptual variables in hypochondriasis and health anxiety: A systematic review. *Clinical Psychology Review, 27*(2), 127-139.
- Marcus, D. K., & Church, S. E. (2003). Are dysfunctional beliefs about illness unique to hypochondriasis? *Journal of Psychosomatic Research, 54*(6), 543-547.
- McEvoy, P. M., & Mahoney, A. E. (2012). To be sure, to be sure: Intolerance of uncertainty mediates symptoms of various anxiety disorders and depression. *Behavior Therapy, 43*(3), 533-545.
- Noyes, R., Carney, C. P., Hillis, S. L., Jones, L. E., & Langbehn, D. R. (2005). Prevalence and correlates of illness worry in the general population. *Psychosomatics, 46*(6), 529-539.
- Noyes, R., Happel, R. L., & Yagla, S. J. (1999). Correlates of hypochondriasis in a nonclinical population. *Psychosomatics, 40*(6), 461-469.
- Noyes, R., Stuart, S., Langbehn, D. R., Happel, R. L., Longley, S. L., & Yagla, S. J. (2002). Childhood antecedents of hypochondriasis. *Psychosomatics, 43*(4), 282-289.
- Olatunji, B. O., Deacon, B. J., & Abramowitz, J. S. (2009). Is health anxiety an anxiety disorder? *British Journal of Psychiatry, 194*, 481-482.
- Rachman, S. (2012). Health anxiety disorders: a cognitive construal. *Behaviour Research and Therapy, 50*(7), 502-512.
- Reuman, L., Jacoby, R. J., Blakey, S. M., Riemann, B. C., Leonard, R. C., & Abramowitz, J. S. (2017). Predictors of illness anxiety symptoms in patients with obsessive compulsive disorder. *Psychiatry Research, 256*, 417-422.
- Rief, W., Hiller, W., & Margraf, J. (1998). Cognitive aspects of hypochondriasis and the somatization syndrome. *Journal of Abnormal Psychology, 107*(4), 587.
- Riskind, J. H., Sica, C., Bottesi, G., Ghisi, M., & Kashdan, T. B. (2017). Cognitive vulnerabilities in parents as a potential risk factor for anxiety symptoms in young adult offspring: An exploration of looming cognitive style. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 54*, 229-238.
- Robbins, J. M., & Kirmayer, L. J. (1996). Transient and persistent hypochondriacal worry in primary care. *Psychological Medicine, 26*(3), 575-589.
- Robichaud, M., Dugas, M. J., & Conway, M. (2003). Gender differences in worry and associated cognitive-behavioral variables. *Journal of Anxiety Disorders, 17*(5), 501-516.
- Warwick, H. M., & Salkovskis, P. M. (1990). Hypochondriasis. *Behaviour Research and Therapy, 28*(2), 105-117.
- Sanz, J., Perdigón, A. L., & Vázquez, C. (2003). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 2. Propiedades psicométricas en población general. *Clinica y Salud, 14*(3).
- Scarella, T. M., Laferton, J. A., Ahern, D. K., Fallon, B. A., & Barsky, A. (2016). The relationship of hypochondriasis to anxiety, depressive, and somatoform disorders. *Psychosomatics, 57*(2), 200-207.
- Sica, C., Caudek, C., Bottesi, G., De Fazio, E., Ghisi, M., Marchetti, I., & Orsucci, A. (2013). Fathers' "not just right experiences" predict obsessive-compulsive symptoms in their sons: Family study of a non-clinical Italian sample. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders, 2*(3), 263-272.
- Taylor, S., & Asmundson, G. (2004). *Treating health anxiety: A cognitive-behavioral Approach*. New York: Guilford.
- Weck, F., Bleichhardt, G., & Hiller, W. (2009). The factor structure of the Illness Attitude Scales in a German population. *International Journal of Behavioral Medicine, 16*(2), 164-171.
- Weck, F., Harms, G., Neng, J. M., & Stangier, U. (2011). Hypochondrische Merkmale bei Patienten einer psychotherapeutischen Ambulanz. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*.
- Wheaton, M. G., Berman, N. C., Franklin, J. C., & Abramowitz, J. S. (2010). Health anxiety: Latent structure and associations with anxiety-related psychological processes in a student sample. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 32*(4), 565-574.