

La hipocondría: revisión teórica desde una perspectiva psicoanalítica

Gloria CALLICÓ CANTALEJO
Universidad de Barcelona

Resumen

En este trabajo se lleva a cabo una revisión teórica sobre la hipocondría desde una concepción psicoanalítica. La autora distingue dos modelos diferentes dentro de esta concepción. El primero, basado en el modelo pulsional de Freud, en el que la hipocondría es concebida en primer lugar como una manifestación de la neurosis de angustia y posteriormente como una forma de neurosis actual con una etiología sexual. El segundo, basado en el modelo de las relaciones objetales de Klein en la que la hipocondría es el resultado de la introyección de un objeto externo sentido como malo, enfermo y dañado. Se recogen las contribuciones más importantes que se han aportado a cada uno de estos modelos.

Palabras clave: hipocondría, neurosis actual, delirio somático.

Abstract

This article presents a theoretical review of hypochondria from a psychoanalytic perspective. The author distinguishes two different models within this framework. The first, based on Freud's instinct model, considers hypochondria to be, initially, a demonstration of an anxiety neurosis and, later, a form of present neurosis with a sexual etiology. The second, based on the model of Klein's object relationships, views hypochondria as the result of the introjection of an external object as bad, ill and damaged. The most important contributions to each of these models are presented.

Key words: hypochondria, actual neurosis, somatic delusion.

La hipocondría es un trastorno muy complejo. Su escasa prevalencia, ya sea en su forma neurótica -somatoforme, en términos de DSM-IV- o en su vertiente psicótico-delirante, hace difícil su estudio y comprensión. El hecho de que la hipocondría pueda presentarse como síntoma en multitud de estados patológicos o como un cuadro clínico más o menos preciso

tampoco facilita en nada el abordaje científico de la misma.

Desafiante todo tipo de terapéutica, promotora de *actings* que en ocasiones llevan incluso al paciente a embarcarse en cirugías exploratorias, la hipocondría se erige como un estado mental, focalizado en el organismo, a menudo intacto, donde el paciente escenifica su

Dirección de la autora: Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos. Facultad de Psicología. Universidad de Barcelona, Campus de Vall d'Hebron. Passeig de la Vall d'Hebron, 171. Edificio de Ponent. 08035 Barcelona.

conflictiva psicológica en términos físicos: dolor, punzadas, ahogos, pero sobre todo, enfermedad, cáncer, infección, miedo, mucho miedo a *estar mal, a ser un enfermo*.

Ante este panorama no es de extrañar que cada escuela, casi cada autor, se sienta autorizada a dar su versión sobre el tema. En el presente trabajo se recogen las ideas que, desde Freud, se han gestado sobre la hipocondría desde una perspectiva psicoanalítica. El psicoanálisis en su triple vertiente de método, teoría y técnica, y provisto de su lectura interpretativa de los fenómenos que observa, puede aportar ideas de valor para la comprensión y el tratamiento de la hipocondría.

Dentro de la concepción psicoanalítica presentamos dos perspectivas distintas, en la primera, a la que denominamos perspectiva pulsional, recogemos las aportaciones de Freud y de otros autores más recientes que han basado sus investigaciones sobre la hipocondría en el modelo pulsional del Freud. En la segunda, a la que denominamos perspectiva de las relaciones objetales, nos basamos en las aportaciones de Klein y en contribuciones posteriores realizadas dentro de esta línea.

Perspectiva pulsional

Freud, naturalmente, fue el primero que se ocupó del tema, ya desde el inicio de su labor teórica y técnica. Así, en el trabajo *Sobre la justificación de separar la neurastenia de un determinado síndrome en calidad de neurosis de angustia* (1895a), señala que la neurosis de angustia puede manifestarse en dos formas: en la primera como un estado permanente, en la segunda como un estado

de angustia. De entre los síntomas permanentes del primer estado cita la angustia referida al cuerpo: la hipocondría. En este mismo trabajo, Freud se refiere a la hipocondría como una forma de expectativa angustiada referida a la propia salud, pero señalando, como condición previa, la existencia de parestesias y de sensaciones corporales penosas. La hipocondría, así, se convierte en un estado al que llegan las neurastenias al caer en las neurosis de angustia, considerándola como una posible manifestación de la neurosis de angustia en lugar de como una entidad en sí misma.

Más o menos en la misma época pero en el trabajo titulado *Manuscrito H. Paranoia* (1895b), Freud considera por primera vez el vínculo entre la hipocondría y la paranoia. La hipocondría sería una defensa paranoide, si en esta última lo que ocurre es que una idea intolerable para el Yo es deformada y proyectada a un objeto del mundo exterior del que se siente provenir aunque pertenezca al mundo interno, en el hipocondriaco el objeto externo sobre el que recae la proyección sería un órgano o una función del propio cuerpo y las ideas intolerables rechazadas de tipo sexual. En 1911, en la obra popularmente conocida como el *caso Schreber*, Freud volverá a relacionar claramente la hipocondría con la paranoia y en *Nuevas puntualizaciones sobre las neuropsicosis de defensa* (1916), vinculó, además, la hipocondría a los autoreproches de la neurosis obsesiva.

En *Contribuciones al simposio sobre la masturbación* (1912) Freud se plantea si la hipocondría puede considerarse como una forma de neurosis actual. En la *Introducción al Narcisismo* (1914) hizo una aportación muy importante al distin-

guir entre líbido del yo y líbido objetal. Freud nos dice que la hipocondría coincide con la enfermedad orgánica en las sensaciones corporales penosas y dolorosas y en cómo ambas situaciones se distribuye la líbido. En las dos, se retira la líbido de los objetos del mundo exterior y se concentra sobre el órgano en cuestión. La diferencia entre una y otra radica en que las sensaciones dolorosas del enfermo orgánico tienen su base en unas alteraciones orgánicas comprobables y esto no ocurre en el caso de la hipocondría. También para la hipocondría, como en el caso de la neurosis de angustia y la neurastenia, mantiene una etiología sexual, y sigue considerándolas en un nivel prácticamente fisiológico. Por otra parte, en este trabajo, vuelve a relacionar la hipocondría como base, con la paranoia y la parafrenia, al señalar que la megalomanía corresponde al dominio psíquico de la líbido aumentada del yo, a la líbido del Yo se le ha añadido, por retracción, la de los objetos. Si se fracasa en esta función psíquica, surge la hipocondría en la parafrenia, de modo similar a cómo surgiría la angustia en las neurosis de transferencia, al no poder el aparato psíquico manejar las cargas de excitación. En *Lo inconsciente* (1915), Freud da un paso más allá, al considerar que la hipocondría constituye un auténtico lenguaje, una forma de expresar alguna cosa a través del cuerpo, sustituto de ciertas ideas y pensamientos del sujeto.

Por su parte, Sandor Ferenczi se interesó también tempranamente en el tema de la hipocondría, vinculándola con el carácter y el erotismo anal, es decir, con las bases de la neurosis obsesiva. En diversas cartas a Freud del año 1910 (Ferenczi, 1910) y en *Ontogénesis del in-*

terés por el dinero (Ferenczi, 1914) Ferenczi apuntó la posibilidad de una mezcla sintomatológica y etiológica entre la hipocondría y la neurosis obsesiva.

En *El psicoanálisis y las perturbaciones mentales de la parálisis general* (1922), Ferenczi añade que en el enfermo orgánico, en muchas ocasiones, la líbido retirada del mundo exterior no se cierne totalmente sobre el yo sino esencialmente sobre el órgano enfermo o herido, provocando, a nivel de ese órgano, síntomas que debemos atribuir a un incremento local de la líbido. De este modo, se explicaría porque la preocupación hipocondríaca puede aparecer en los enfermos orgánicos.

Por otro lado, Stolorow en su artículo *Notes on the signal function of hypochondriacal anxiety* (1977) especula sobre un cierto paralelismo entre el desarrollo de la ansiedad neurótica en las neurosis de transferencia y la ocurrencia de ansiedad hipocondríaca en las neurosis narcisistas. En este sentido, la ansiedad hipocondríaca es vista como la contraparte -al provenir de la líbido del yo- de la ansiedad neurótica.

A partir de la segunda reformulación de la teoría de la ansiedad de Freud (1926) el concepto de ansiedad hipocondríaca es también reformulada. Así, si consideramos que la angustia como señal en la ansiedad neurótica anticipa peligros provenientes de los objetos pulsionales investidos, podemos considerar que la angustia hipocondríaca como señal anticipa peligros que amenazan el sector narcisista de la personalidad. La ansiedad hipocondríaca anticiparía peligros en la cohesión, la estabilidad (identidad) y la afectividad (autoestima) de las representaciones del *self*, pondría sobre aviso de la

urgente necesidad del restablecimiento narcisista. En *Defensive and arrested developmental aspects of death anxiety, hypochondriasis and depersonalization* (1979) Stolorow cuestiona el hecho que la hipocondría sea el resultado de un proceso defensivo, y apunta que probablemente sea el resultado de una detención en el desarrollo del *self*.

De acuerdo con las formulaciones kleinianas, las defensas más primitivas como la proyección, la incorporación y la escisión se encuentran en el origen de la hipocondría, sin embargo, un uso activo de estos mecanismos con propósitos defensivos presuponen el logro de un cierto grado de desarrollo y requiere que estos límites entre *self* y objeto estén en gran parte consolidados. Sin embargo, estos requisitos del nivel de desarrollo no pueden considerarse que se cumplan en todos los casos de hipocondría, principalmente con pacientes con personalidad borderline o psicótica. En algunos casos, la ansiedad hipocondríaca puede aparecer, por ejemplo, como un aspecto de un estado de confusión entre *self* y objeto. Desde esta concepción, la ansiedad hipocondríaca como señal surgiría de un desarrollo detenido que se habría originado sobre la base de una insuficiente articulación y consolidación de la formación del *self*.

Para Stolorow, la ansiedad de muerte, la hipocondría y la despersonalización aparecen como un fenómeno mental muy complejo, de origen múltiple, que sirve a múltiples funciones y que pueden darse en el desarrollo detenido de pacientes como síntomas de deficiencias en la consolidación de una cohesión estructural y temporal de una representación del *self* estable. Además en estos aspectos dete-

nidos del desarrollo, estos tres estados estarían estrechamente relacionados a lo largo de un continuo de grados o estadios de la descomposición narcisista, y son evocados por la aparición de un fragmento o desintegración de la representación del *self*. La ansiedad de muerte ocurre como una señal, cuando la fragmentación del *self* es meramente anticipada como una posible amenaza. La hipocondría aparecería cuando la desintegración regresiva del *self* ha comenzado pero la preocupación por los órganos del cuerpo o las funciones mentales todavía contiene un sólido esfuerzo hacia la restitución del *self*. Por último, en la despersonalización, el proceso de la disolución del *self* ha procedido más ampliamente y es representado directamente por un extraño sentimiento de que el *self* se ha convertido en irreal y extraño, pudiendo conducir a una desorganización psicótica. Esta misma autora subraya en este artículo, la importancia de evaluar si el síntoma está primariamente sirviendo el propósito de defensa o si es más cuidadosamente entendido como reflejando deficiencias en la estructuración de la representación del *self* como un resto del desarrollo detenido.

Por otro lado, Aisenstein y Gibeault (1991) en *The work of hypochondria* (1991) intentan además de profundizar en la comprensión del concepto de hipocondría, diferenciarla de otras manifestaciones somáticas como la histeria de conversión. Plantean, al igual que otros autores si la hipocondría es una entidad nosográfica con una cierta naturaleza crónica parecida a la psicosis, o bien si es un estado psíquico temporal que podemos encontrar tanto en las neurosis como en las psicosis, y que puede aparecer en

diferentes momentos de la vida de una persona, o puede ser asociada a ciertas fases de tratamiento psicoanalítico.

Así, mientras que la hipocondría es un intento absoluto de convencer a su interlocutor de la cualidad e intensidad de su dolor, el histérico, en cambio, se expresa afectivamente a través de la *bella indiferencia*, pareciendo en su descripción de sus síntomas físicos estar más interesado con las ideas acerca de sus dolores que en los dolores mismos. Otro aspecto que les distingue es que mientras el hipocondriaco es invadido por los afectos y no tiene representaciones a su disposición, el histérico en cambio, tiene éxito en causar la desaparición del afecto mientras retiene las representaciones.

Por otra parte, critican la concepción de Freud de la hipocondría como un proceso patológico, que según estos autores sería ver solamente el proceso hipocondriaco como una retirada de líbido y su acumulación en el yo, en vez de considerar este proceso como un restablecimiento, en el cual, la líbido es una vez más ligada a los objetos, lo que Freud limitó a los estados delirantes. Bajo esta perspectiva, la hipocondría no sería solamente un síntoma sino también una solución psíquica. Ello supone, por un lado, que la proyección dentro del cuerpo implica que éste se convierte en el primer objeto externo, y por otro lado, que la retirada de la líbido narcisista nunca es completa y que el vínculo con el objeto está siempre preservado. La aportación de estos autores consiste en considerar que el síntoma hipocondriaco toma validez plena como una solución dinámica, en la cual el proceso de desinvestmento del objeto, mantiene un mínimo de investmento objetal. Habría

entonces una posibilidad de modificación durante el tratamiento, como un transición desde el dolor físico al dolor mental que correspondería a un cambio desde el investmento narcisista al investmento objetal.

En este sentido, la solución hipocondriaca se extiende entre los modelos de paranoia y melancolía, pero no puede ser equiparada con ninguna interpretación kleiniana de la hipocondría. La hipótesis kleiniana de que la relación de objeto existe desde el nacimiento llevaría a una concepción de la hipocondría como el resultado de la disociación del objeto y de esta proyección dentro del propio cuerpo del sujeto, un mecanismo que es igualmente aplicable a la enfermedad psicósomática y a la histeria de conversión. Esto dificulta, según estos autores, entender la especificidad de la solución hipocondriaca, de ahí que sugieren que un mínimo de investmento hipocondriaco del cuerpo es necesaria en cualquier organización psíquica.

Perspectiva de las relaciones objetales

Podemos considerar que Klein sentó las bases de buena parte del pensamiento psicoanalítico actual pero, en cambio, se ocupó muy escasamente de la Hipocondría. En *Psicoanálisis de niños* (1932) considera que la hipocondría se desarrolla por la introyección de un objeto externo que es sentido como malo, enfermo o dañado. El origen de este proceso debe buscarse en la fantasía del sujeto y especialmente en las fantasías sádicas del mismo frente a sus sentimientos de abandono y soledad con respecto a la madre. En este mismo trabajo vincula los síntomas

hipocondríacos con sentimientos de inmenso vacío en el interior, debido a la expulsión, en la fantasía del paciente, de los objetos internos dañados o peligrosos del interior de su cuerpo hacia el exterior. En *Contribuciones a la psicogénesis de los estados maniaco-depresivos* (1935) señala que la hipocondría se trata de un conjunto de síntomas típicamente paranoides. No obstante, estos síntomas típicamente paranoides cambian de carácter según el paciente avanza desde una posición esquizo-paranoide hacia una posición depresiva. Se trata de una idea muy interesante puesto que la sintomatología hipocondriaca está presente tanto en cuadros esquizofrénicos y paranoides como en los depresivos. Esta misma autora considera que, de la misma forma que las sospechas paranoides son defensas contra las ansiedades depresivas, podemos deducir que también los temores hipocondriacos paranoides pueden representar lo mismo. Esta aportación es significativa para aquellos estudios que contemplan la hipocondría como una forma de depresión latente o encubierta.

En *Algunas conclusiones teóricas sobre la vida emocional del bebé* (1952), Klein vuelve a reiterar que los síntomas hipocondríacos se basan en temores persecutorios experimentados en relación con el interior del organismo, que provienen de la fantasía de ataques provenientes de los objetos internos dañados por los ataques hostiles hacia los objetos externos que posteriormente se han internalizado. Estos ataques se sienten dirigidos hacia el yo del individuo y pueden modificarse cuando el individuo avanza desde la posición esquizo-paranoide a la posición depresiva como ya hemos comentado anteriormente.

Herbert Rosenfeld uno de los psicoanalistas postkleinianos contemporáneos más implicados en el trabajo clínico con pacientes con patologías severas, publicó, en 1965, su obra más conocida: *Estados psicóticos*. Allí distingue distintos estados clínicos de la hipocondría. Por una parte, habría la entidad mórbida llamada hipocondría propiamente dicha, que es una psicosis crónica muy grave y de mal pronóstico, por otra parte, habría los estados hipocondríacos, más pasajeros, de origen neurótico o psicótico, que se dan tanto en las neurosis como en las psicosis y en cualquier otra entidad clínica. Estos estados hipocondriacos también son comunes en la adolescencia puesto que en esta época de reajuste se reactivan ansiedades primitivas que deben ser reelaboradas por el sujeto. Rosenfeld remarca también el papel de la proyección en la hipocondría. El hipocondriaco proyecta constantemente partes de su *self* mental e incluso físico así como los propios objetos internos sobre los objetos externos, para ser luego reintroyectados por el Yo y escindidos dentro del cuerpo y los órganos corporales. Por otra parte, destaca también la intervención de la envidia vivida en un nivel oral y su relación con la proyección anal como mecanismos con un gran poder destructivo tanto sobre los objetos externos como los internos y el propio cuerpo. El nivel del desarrollo psico-sexual del hipocondriaco se encontraría alterado, dándose una mezcla de impulsos orales, anales y genitales, probablemente como consecuencia de un temprano desarrollo de las sensaciones genitales en niños que no han hallado satisfacción en el pecho debido a un exceso de envidia oral.

Una característica de la hipocondría, según este mismo autor, es la incapacidad de lograr una satisfacción oral adecuada. El sadismo oral y la envidia, experimentados como intolerables, serían proyectadas por el Yo sobre los objetos externos para ser luego reintroyectados dentro del cuerpo y los órganos corporales. Mientras que este proceso de proyección y reintroyección es una de las características más destacables del paciente hipocondríaco, la intensidad del mecanismo de disociación anormal marcaría la diferencia entre los fenómenos hipocondríacos y los psicósomáticos, ya que en los primeros, la ansiedad es retenida y depositada en el cuerpo a diferencia de lo que ocurre en los segundos donde la disociación es más completa. La hipocondría crónica tiene, a menudo una función defensiva contra los estados esquizofrénicos o paranoides agudos. El paciente hipocondríaco ubica en su organismo y sus órganos las ansiedades, emociones y conflictos que éste vive en torno a sus relaciones objetales, a pesar de que suele poseer una rígida estructura de carácter de tipo narcisista, hay una parte de la personalidad más sana, que se encuentra en conflicto con estos mismos aspectos narcisistas y que experimenta un enorme dolor por la amenaza de pérdida de los objetos mientras que los síntomas hipocondríacos expresarían un gran esfuerzo del paciente en contra de esta pérdida. Una pérdida objetal que vendría representada por las preocupaciones del paciente a propósito de su propio organismo, órganos dañados, heridos, enfermos, doloridos. Esta situación de pérdida y de conflicto entre los aspectos más narcisistas de la personalidad y aquellos otros más sensibles a las relaciones con los otros, provoca en el paciente una

situación desesperada de sufrimiento mental, frente a lo cual, el hipocondríaco pone en marcha los procesos de proyección y de reintroyección que antes hemos comentado, si bien bajo el prisma de fantasías de tipo depresivo. De este modo, el paciente hipocondríaco presenta severas dificultades para diferenciar entre ansiedades depresivas y paranoides.

En su última obra *Impasse e Interpretación* (1987), Rosenfeld sigue insistiendo que cuando nos encontramos con pacientes que sufren una hipocondría grave, hay que diferenciar si se trata de una enfermedad con identidad propia. Si ello es así, aun cabe hacer otra distinción entre un tipo de hipocondría caracterizado por delirios extraños referidos al estado y función del cuerpo y de ciertos órganos corporales y que formaría parte de una esquizofrenia y un segundo tipo en que estos delirios extraños son escasos, pero el paciente está siempre preocupado por sus temores a padecer ciertas enfermedades físicas tales como cáncer, tuberculosis, o enfermedades del corazón. La preocupación por uno u otro órgano, en este caso es fluctuante.

Donald Meltzer siguiendo los pasos de los primeros trabajos de Rosenfeld en su artículo *The differentiation of somatic delusions from hypochondria* (1964) cree que es posible hacer una diferenciación metapsicológica entre lo que él denomina síntomas hipocondríacos por un lado y delirios somáticos por otro lado. Bajo el término de delirio somático, Meltzer describe un tipo de conflicto en relación al cuerpo. Su tesis es la siguiente: el delirio somático es una expresión física y psíquica de : a) una amplia y profunda escisión en el *self*, en que b) una porción expulsada viene representada y toma

posiciones de la función de una particular parte del cuerpo, c) esta parte es después experimentada tomando vida propia, totalmente ajena al yo y con poder efectivo para interferir tanto las buenas relaciones internas como las externas. En cuanto a un nivel de descripción clínica de ambos términos, se usa el término hipocondría para aquellos síntomas que conciernen a órganos internos mientras que el término somático se suele utilizar para aquellas otras preocupaciones corporales mórbidas. El contraste más evidente entre estos dos tipos de patologías es que mientras los síntomas hipocondríacos tienden a ser relatados con una cierta irritabilidad y una expectación de que tengan una base física, el delirio somático sólo es prudentemente y recelosamente confesado bajo presión del delirio de referencia. En cuanto a la sintomatología, la hipocondría es experimentada como fluctuante, cambiando de un lugar a otro, una carga que sostiene el paciente a sus espaldas, con ataques periódicos. En cambio, el delirio somático está implacablemente presente, progresando desde una primitiva dispersión hacia la unificación en una particular parte del cuerpo, aprisionado por el significado del ostracismo social que es sentido como causa del síntoma y vagamente presente desde sus orígenes.

Las aportaciones de David Rosenfeld -no se trata de Herbert Rosenfeld- en *Hypochondrias, somatic delusion and body scheme in psychoanalytic practice* (1984) mantiene que habría un primer tipo de hipocondría basado predominantemente en la proyección sobre el mundo externo, que él denomina delirio somático y caracterizado por el delirio autorreferencial en el que se implica a otros, y que

puede ser focalizado sobre distintas áreas del cuerpo. Este tipo de sujeto puede caer en el aislamiento social debido a su convicción de sentirse vigilado y a que piensa que todo el mundo conoce su perturbación corporal. Rosenfeld explica el proceso subyacente de este tipo de hipocondría, a través de todo un complejo proceso de proyecciones, introyecciones y reproyecciones. Habría un segundo tipo de hipocondría basado predominantemente sobre mecanismos autísticos. Desde una concepción clínica, este tipo de hipocondría es silenciosa, crónica y muy rígida. Los sujetos afectados por este tipo de hipocondría presentan un encapsulamiento que es la causa de su poca conexión con el mundo externo. Aparentemente, manifiestan un control de su núcleo hipocondríaco, pero si este núcleo es movilizado pueden emerger cuadros psicósomáticos que pueden ser un indicio de mejora y cambio. En estos pacientes su esquema corporal aparece contenido a diferencia del otro tipo de hipocondría. El encapsulamiento usado como defensa contra el conflicto subyacente, es tan rígido que estos pacientes parecen no necesitar tratamiento terapéutico. Un tercer tipo de hipocondría estaría basado predominantemente sobre lo que él denomina esquema corporal psicótico-primitivo. Rosenfeld explica que habría dos nociones inconscientes diferentes respecto el esquema corporal: la neurótica y la psicótica. Los sujetos que funcionan con un esquema corporal neurótico conservan un revestimiento normal, así como la percepción psicológica de una piel cálida que protege y recubre, junto con la experiencia de tener unos padres protectores. En cambio, aquellos pacientes que funcionan con un

«esquema corporal psicótico-primitivo» han perdido la noción psicológica de la piel, sienten que su esquema corporal es un fluido vital, algunas veces concebido como sangre y precariamente contenido por una membrana débil. Estos dos esquemas estarían presentes de una forma móvil y alternativa, aunque generalmente, prevalecería uno u otro tipo. Del mismo modo, los tres tipos de hipocondría descritos por Rosenfeld no serían estáticos ni rígidos, sino que por el contrario podrían fluctuar de uno a otro. Así, un sujeto podría empezar con un delirio autorreferencial o somático, después cambiar a una hipocondría de encapsulamiento para continuar con un tipo de preocupación hipocondríaca localizada en su esquema corporal psicótico-primitivo.

Referencias

- AISENSTEIN, M. y GIBEAULT, A. (1991). The work of hypochondria. A contribution to the study of the specificity of hypochondria, in particular in relation to hysterical conversion and organic disease. *International Journal of Psychoanalysis*, 72, 669-681.
- FERENCZI, S. (1910). Cartas a S. Freud. En: *Ferenczi-Freud Correspondance 1908-1914*. París: Calmann Levy, 1968.
- FERENCZI, S. (1914). Ontogénesis del interés por el dinero. En: *Obras Completas, Vol. I*. Madrid: Espasa Calpe, 1981.
- FERENCZI, S. (1922). El psicoanálisis y las perturbaciones mentales de la parálisis general. En: *Obras Completas, Vol. IV*. Madrid: Espasa Calpe, 1981.
- FREUD, S. (1895a). Sobre la justificación de separar la neurastenia de un determinado síndrome en calidad de neurosis de angustia. En: *Obras Completas, Vol. III*. Buenos Aires: Amorrortu, 1978.
- FREUD, S. (1895b). Manuscrito H. Paranoia. Fragmentos de la correspondencia con Fliess -1950-. En: *Obras Completas, Vol. I*. Buenos Aires: Amorrortu, 1978.
- FREUD, S. (1896). Nuevas puntualizaciones sobre las neuropsicosis de defensa. En: *Obras Completas, Vol. III*. Buenos Aires: Amorrortu, 1978.
- FREUD, S. (1911). Sobre un caso de paranoia autobiográficamente descrito. Caso Schreber. En: *Obras Completas, Vol. XII*. Buenos Aires: Amorrortu, 1978.
- FREUD, S. (1912). Contribuciones al simposio sobre la masturbación. En: *Obras Completas, Vol. XII*. Buenos Aires: Amorrortu, 1978.
- FREUD, S. (1914). Introducción al Narcisismo. En: *Obras Completas, Vol. XIV*. Buenos Aires: Amorrortu, 1978.
- FREUD, S. (1915). Lo Inconsciente. En: *Obras Completas, Vol. XIV*. Buenos Aires: Amorrortu, 1978.
- KLEIN, M. (1932). Psicoanálisis de niños. En: *Obras Completas, Vol. I*. Buenos Aires: Paidós, 1980.
- KLEIN, M. (1935). Contribuciones a la psicogénesis de los estados maniaco-depresivos. En: *Obras Completas, Vol. II*. Buenos Aires: Paidós, 1980.
- KLEIN, M. (1952). Algunas conclusiones teóricas sobre la vida emocional del bebé. En: *Obras Completas, Vol. IV*. Buenos Aires: Paidós, 1980.
- MELTZER, D. (1964). The differentiation of somatic delusions from hypochondria. *International Journal of Psychoanalysis*, 45, 246-250.

- ROSENFELD, D. (1984). Hypochondrias, somatic delusion and body scheme in psychoanalytic practice. *International Journal of Psychoanalysis*, 65, 377-387.
- ROSENFELD, H. (1965). *Estados psicóticos*. Buenos Aires: Hormé-Paidós, 1980.
- ROSENFELD, H. (1987) *Impasse e Interpretación*. Madrid: Tecnipublicaciones.
- STOLOROW, R.D. (1977). Notes on the signal function of hypochondriacal anxiety. *International Journal of Psychoanalysis*, 58, 245-246.
- STOLOROW, R.D. (1979). Defensive and arrested developmental aspects of death anxiety, hypochondriasis and depersonalization. *International Journal of Psychoanalysis*, 60, 201-213.