



UNILA
Universidad Latina

UNIVERSIDAD LATINA

CAMPUS CUERNAVACA

LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA

**INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO**

CLAVE DE INCORPORACIÓN No.8344-25

**HIPOCONDRIA EN ADULTOS MAYORES: ESTRATEGIAS
DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA**

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

PRESENTA

ERIKA LLUVIA VENTURA RAMÍREZ

ASESOR DE TESINA

MTRA. MARTHA LAURA RAMÍREZ JAIME

COMITÉ REVISOR

DRA. OLGA MARÍA SALINAS ÁVILA

MTRA. CARMEN DE JESÚS MÁRQUEZ FLORES

CUERNAVACA, MORELOS

DICIEMBRE 2023



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

I. Dedicatoria

Quiero dedicar de forma única y especial el presente trabajo realizado a mi familia quienes han sido mis pilares para salir adelante, principalmente a mis padres por darme la vida y por ser los mejores guías e instrumentos de Dios, les doy las gracias infinitas por cada una de sus enseñanzas, valores y educación que me dieron, ahora soy quien soy.

Lluvia Ramírez

II. Agradecimientos

Agradezco a Dios por permitirme vivir esta etapa profesional y por cumplir cada uno de mis propósitos sueños y anhelos, ya que los tiempos de Dios son perfectos.

Mi querida madre hermosa Antonia Ramírez Carreón, luz de mi vida, la razón de salir adelante. Con tu dedicación y ejemplos a seguir, fuiste y serás mi gran inspiración siempre, y aunque ya no te encuentres aquí presente esto es gracias a ti, por guiarme en cada etapa de mi vida.

Padre mío, Oliverio Ventura Pérez, gracias por forjarme a ser una persona dedicada y comprometida con el trabajo y la vida, sé que este proceso no fue nada fácil, pues ambos tenemos nuestras diferencias, pero te agradezco por tus enseñanzas las llevare presentes, te admiro por tu gran valentía y por ser el padre que eres.

Mis queridos hermanos Juan y Cristel Ventura, les agradezco a ambos de igual manera por estar ahí presentes en todo momento, por su apoyo y motivación que me brindaron, los admiro y me llena de orgullo ver cómo están alcanzando sus metas.

Julio Alejandro Domínguez Estrada, amor de mi vida, sin embargo, también fuiste parte de este proceso y quiero agradecerte por tu compañía y apoyo incondicional, siempre tienes esas palabras de aliento, que hacen que siga con la frente en alto, gracias por creer en mí siempre, te amo.

A la Universidad Latina, a mi directora la Dra. Olga Salinas, a todos los docentes que fueron parte de esta trayectoria (as), amigas y compañeras que formaron parte de mi formación profesional, muchísimas gracias.

Mtra. Martha Laura Ramírez Jaime a mi asesora de tesina por a ver aceptado y brindarme de sus conocimientos profesionales y sabiduría para llevar a cabo este proyecto.

Eternamente agradecida con todos y cada uno de ustedes que creyeron en mí desde un principio.

III. ÍNDICE

Contenido

I. Dedicatoria	II
II. Agradecimientos	III
III. ÍNDICE	V
Índice de tablas	IX
Resumen	X
Introducción	XI
Capítulo I. Antecedentes de la investigación	1
1.1 Antecedentes	1
1.2 Planteamiento del problema	4
1.3 Preguntas específicas de investigación	5
1.4 Objetivos de investigación	5
1.4.1 Objetivo general	5
1.4.2 Objetivos específicos	5
1.5 Justificación	6
1.6 Alcances y limitaciones de estudio	7
1.6.1 Alcances	7
1.6.2 Limitaciones	7

Capítulo II. Marco teórico.....	8
2.1 Hipocondría.....	8
2.1.1 Antecedentes.....	8
2.1.2 Definición de hipocondría	9
2.1.3 Características.....	10
2.1.4 Componentes de la hipocondría.....	11
2.1.5 Criterios diagnósticos de la hipocondría según el ICD-10	12
2.1.6 Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM-V)	12
2.1.7 Clasificación de trastorno hipocondríaco	13
2.1.8 Tipos de hipocondría	14
2.1.9 La salud mental en el adulto mayor	15
2.2 Adulto mayor.....	20
2.2.1 Definición.....	20
2.2.2 Clasificación del adulto mayor	21
2.2.3 Cambios en el adulto mayor	22
2.2.4 Erikson y el adulto mayor	23
2.3 La hipocondría y el adulto mayor	25
2.3.1 signos.....	25

2.3.2 síntomas físicos de la hipocondría	25
2.3.3 síntomas emocionales.....	26
2.3.4 síntomas conductuales.....	26
2.3.5 Causas	26
Capítulo III Metodología.....	27
3.1 Tipo de investigación.....	27
3.2 Técnica de instrumento de investigación.....	27
3.3 Muestra.....	28
3.4 Procedimiento.....	28
Capitulo IV Análisis de Resultados.....	30
4.1 Resultados de la entrevista semiestructurada sobre la hipocondría en el adulto mayor y desglose de esta.	30
4.2 Estrategias de intervención psicológica	34
4.2.1 Terapia cognitiva conductual.....	34
4.2.2 Técnicas de exposición	35
4.2.3 Terapia familiar.....	36
4.2.4 Terapia breve estratégica.....	36
4.2.5 Terapia Ocupacional	37
4.2.6 Terapia del arte	38

4.2.7 Técnicas de relajación.....	38
Discusiones y recomendaciones	40
5.1. Discusión	40
5.2. Recomendaciones	42
PROPUESTA DE INTERVENCIÓN	43
5.2.1 Taller “Hipocondría en los adultos mayores	43
ANEXOS.....	49
Anexo No .1 Entrevista a adultos mayores.....	50
Anexo No.2 Consentimiento informado	52
Referencias	54

Índice de tablas

Tabla 1. Trastorno hipocondriaco	13
Tabla 2. Categoría de adultos mayores.....	21

Resumen

De acuerdo con Torales (2017) El trastorno de ansiedad por enfermedad es la preocupación por la creencia que tiene un paciente de padecer una enfermedad. Es una interpretación errónea de signos y sensaciones corporales, genera en el paciente un malestar intenso clínicamente significativo, con disfunción notable de sus actividades de la vida diaria y con un uso exagerado de recursos de salud.

El presente trabajo de investigación tiene como objetivo principal analizar el trastorno de la hipocondría en el adulto mayor, también conocido como la ansiedad de la enfermedad, es un tema de suma importancia en la actualidad y es recomendable informarse y tener un amplio conocimiento sobre este, sin embargo, no existe mucha información sobre el tema.

El presente proyecto de investigación permitió el diseño de una entrevista semiestructurada que constó de 12 ítems relacionados a la hipocondría en el adulto mayor de situaciones personales familiares y sociales.

La aplicación en un inicio se llevó a cabo con una población 30 voluntarios de un asilo de las cuales se descartaron 20 personas por el motivo de que no se sentían identificados con el trastorno psicológico, en conclusión, la muestra se conformó por 6 mujeres y 4 hombres.

Finalmente, se mencionaron estrategias de intervención psicológica y el diseño de una propuesta de intervención que apoyarán al adulto mayor a llevar una mejor calidad de vida. Esto con el fin, de darle mayor importancia al tema ya que muchas veces la salud mental se deja en segundo plano.

Palabras claves: Adulto mayor, hipocondría, estrategias de intervención psicológica, propuesta de intervención, salud mental.

Introducción

Este trabajo de investigación tiene como propósito principal analizar el trastorno de la hipocondría en el adulto mayor en diferentes aspectos de su vida ya sea en lo emocional, psicológico, cognitivo y físico.

El presente estudio está constituido por 5 capítulos:

En el primer capítulo, se hace la presentación sobre los antecedentes de la investigación continuando con el planteamiento del problema, así como preguntas y objetivos, se da a conocer de igual manera la justificación y finaliza con alcances y limitaciones de la investigación.

El segundo corresponde al marco teórico, el cual se describe los conceptos teóricos sobre los antecedentes de la investigación abordada. En este apartado se menciona, sobre el trastorno de la hipocondría y el adulto mayor desde lo histórico a lo actual.

En el tercer capítulo, se menciona sobre la metodología la siguiente investigación es de tipo cualitativo, el diseño de la técnica del instrumento es una entrevista semiestructurada de 12 ítems, se hace mención sobre la descripción de la muestra a quien va dirigida y el procedimiento que se llevó a cabo en la aplicación.

Cuarto capítulo, se hace un análisis de los resultados obtenidos de la entrevista semiestructurada lo cual se aplicó, dando apertura para una propuesta de intervención hacia los adultos mayores.

Así mismo, mencionando las estrategias de intervención psicológica para la mejora del adulto mayor durante el proceso terapéutico, utilizando diferentes tipos de terapias psicológicas. Con la finalidad de que el adulto mayor lleve su calidad de vida saludable.

Posteriormente se lleva a cabo la discusión a la que se llegó la presente investigación, y se manejan una serie de recomendaciones, finalmente se hace la propuesta de un taller dirigido a público en general.

Capítulo I. Antecedentes de la investigación

1.1 Antecedentes

A continuación, se presentará un análisis de diversas investigaciones enfocadas en la relación de la hipocondría y el adulto mayor, la revisión se realizará en orden cronológica con diferentes puntos de vista.

El trastorno de ansiedad por enfermedad (antes conocido como hipocondría) es la preocupación, no por los síntomas, sino por la creencia que tiene un paciente de padecer una enfermedad. Es una interpretación errónea de signos y sensaciones corporales, genera en el paciente un malestar intenso clínicamente significativo, con disfunción notable de sus actividades de la vida diaria y con un uso exagerado de recursos de salud. (Torales, 2017)

Con el propósito mencionado, se analizó el artículo de (Vaca et al., 1996) quien realizó una investigación con el objetivo de explorar las actitudes disfuncionales y las conductas problemáticas relacionadas con la salud y la enfermedad típica de la hipocondría y del trastorno por angustia. La muestra estuvo compuesta por 34 pacientes (17 con hipocondría y 17 con trastorno por angustia; criterios DSM-III-R) y 17 controles normales que cumplieron diversos cuestionarios (el Inventario de Ansiedad Estado- Rasgo, el Inventario de Depresión de Beck, la Escala de Hipocondrías del Inventario de Personalidad Multifásico de Minnesota, las Escalas de Actitud hacia la Enfermedad, y el Cuestionario de Conducta de Enfermedad). En ese sentido, el autor determinó diferencias en las puntuaciones de ansiedad, depresión y síntomas somáticos al comparar los pacientes hipocondríacos con aquellos con trastorno por angustia; sin embargo, ambos grupos difirieron en algunos componentes de las Escalas de Actitud hacia la Enfermedad y del Cuestionario de Conducta de Enfermedad. Concluyo que los pacientes hipocondríacos tienen un perfil más acentuado de actitudes y conductas de enfermedad que los pacientes con trastorno por angustia.

De igual manera, Chorot et al., (1997) cuya investigación consistió en delimitar las diferencias entre el trastorno de pánico y la hipocondría a partir de una serie de variables relacionadas con la ansiedad (ansiedad somática y cognitiva, sensibilidad a la ansiedad y preocupación), la actitud hacia la enfermedad y la sintomatología somática, para establecer los posibles patrones discriminativos entre ambos tipos de categorías diagnósticas, el autor utilizó dos grupos de sujetos clínicos (trastorno de pánico vs. hipocondría) y un grupo de sujetos normales (grupo de control). Obtuvo como resultado una cierta diferenciación entre los pacientes con pánico y los hipocondríacos en base a los síntomas y características asociadas a la activación autónoma (sensibilidad a la ansiedad, cardiovascular, etc.). Determinó una separación entre dos dimensiones asociadas a la actitud hacia la enfermedad, estas son, la fobia a la enfermedad y la creencia de enfermedad. Mientras que la primera dimensión podría darse en ambos trastornos (pánico y la hipocondría), la segunda parece más característica del trastorno hipocondríaco.

A su vez Martínez et al., (s. f.) en su estudio de investigación tuvo como finalidad, explorar la influencia de un tratamiento cognitivo-conductual para la hipocondría en los sesgos atencionales hacia la información relacionada con el peligro físico utilizando metodología cuasi-experimental. Con este fin, en la investigación incluyó 12 pacientes con hipocondría (criterios del DSM-III-R) y 17 sujetos normales. Como medida de la atención hacia los estímulos amenazantes utilizó la tarea de Stroop emocional (palabras neutras, palabras de amenaza social y palabras de amenaza física). El tratamiento que aplicaron a los pacientes hipocondríacos fue una adaptación del programa desarrollado por Salkovskis y Warwick. El tratamiento se centró en la modificación de las conductas problemáticas, las interpretaciones catastróficas de las sensaciones corporales y las creencias disfuncionales sobre la salud y la enfermedad. Concluyó que la terapia redujo y normalizó significativamente el sesgo atencional hacia las palabras de amenaza física (vs. palabras neutras). No observó cambios tras la intervención en el sesgo atencional hacia las palabras de amenaza social (vs. palabras neutras). Finalmente, discutió las implicaciones clínicas de los datos y sugirió futuras líneas de investigación.

Por último, Fernández Guerrero (2020) realizó un trabajo de reflexión teórica donde abordó la presencia de alteraciones psíquicas en el adulto mayor, partiendo de la base de que esos trastornos también inciden en ese tramo de edad. El autor determinó que la poca atención a la psicopatología del adulto mayor puede venir mediatizada por ideas preconcebidas acerca de la salud mental de los ancianos ya que no se le concede la misma importancia que en otros grupos de edad, en ese sentido se debe brindar mayor atención en la presencia y evolución de alguna alteración psicótica en la etapa de la senectud.

De acuerdo con los artículos citados anteriormente se puede observar cómo afecta en la vida cotidiana el trastorno de la ansiedad de la enfermedad (hipocondría) al adulto mayor, esto permite ampliar la perspectiva sobre las variables.

1.2 Planteamiento del problema

Cuando se habla de salud física, la mayoría sabe lo que hay que hacer para mantenerla. Pero cuando se pregunta cómo conservar una buena salud mental, no se tiene noción sobre el tema. Sin embargo, es posible regular nuestro bienestar mental y emocional, ejerciendo influencia sobre nuestros pensamientos, sentimientos, deseos y estado de ánimo.

La salud mental, y las enfermedades mentales están determinadas por muchos factores principalmente lo social, lo psicológico y lo biológico; al igual que la salud y la enfermedad en general.

La Organización Mundial para la Salud (OMS) reportó que 500 millones de personas en el mundo cree que sufre de estrés o de algún trastorno somatomorfo.(2007_sem27.pdf, s. f.)

Es curioso observar que, en los tiempos actuales, donde hay más avances médicos, más aumento tecnológico para detectar enfermedades y por ende más se alarga la vida, se están incrementando los trastornos psicopatológicos, en este caso la hipocondría es uno de ellos.

En México, 14 cada de 100 personas sufren este trastorno (Salud, s. f.)

La hipocondría en las personas mayores está estrechamente ligada a la sugestión de tal manera, que el miedo se convierte en un estado anímico constante y que persiste en el tiempo. Síntomas provocados por una ansiedad extrema que puede llegar a resultar incapacitante.(«Hipocondría en las personas mayores», 2021)

Por lo datos anteriores es necesario precisar que la hipocondría afecta directamente al adulto mayor de manera negativa y si no es tratada adecuadamente, este no podría llevar una vida plena y estable.

En razón a lo expuesto se busca dar respuesta a la siguiente pregunta:

¿Cómo afecta psicológicamente la hipocondría en los adultos mayores?

1.3 Preguntas específicas de investigación

- ¿Qué es la hipocondría?
- ¿Qué es el adulto mayor?
- ¿Qué impacto tiene la hipocondría en los adultos mayores?
- ¿Qué estrategias de intervención psicológica le permitirían al adulto mayor manejar la hipocondría?

1.4 Objetivos de investigación

1.4.1 Objetivo general

- Analizar las repercusiones psicológicas de la hipocondría en adultos mayores, para proponer estrategias de manejo.

1.4.2 Objetivos específicos

- Describir la hipocondría
- Detallar la etapa del adulto mayor
- Comprender como se manifiesta el trastorno de la hipocondría durante la vida del adulto mayor
- Mencionar las estrategias de intervención psicológica

1.5 Justificación

Esta investigación se realiza con el objetivo de aportar información sobre las estrategias de intervención psicológica que contribuyan al adulto mayor en el trastorno de la hipocondría de manera favorable, ya que, debido a los recientes datos e investigaciones, 14 de cada 100 personas en México, sufren dicho trastorno y lo preocupante es que éste va en aumento.

La fuerte influencia de los trastornos psiquiátricos, como la depresión, la ansiedad, el síndrome orgánico cerebral y la hipocondría, más que los trastornos físicos, sugiere que la falta de significado y las preocupaciones son más perjudiciales para la satisfacción con la vida que la fragilidad física. (*Zavala et al. - JORGE RAÚL PONCE ALIAGA.pdf*, s. f.)

Es considerada en el ámbito de la psiquiatría como una enfermedad y es motivo de estudios y de continua preocupación, ya que genera cambios de personalidad y de actitud en las personas que la padecen, quienes llegan incluso a imaginar enfermedades que -dicen ellos mismos- aún no han sido descritas por la Medicina, como lo señala la Dra. Ávila Aranda en su libro “Enfermos Imaginarios”

Por esta razón, se pretende buscar conciencia y soluciones para que el adulto mayor maneje de manera profesional la hipocondría, de modo que puedan abrir su panorama y tengan conocimientos sobre el tema, evitando así, su incapacitación y/o aparición de otro trastorno psicológico.

El beneficio de este trabajo de investigación es realizar una propuesta de intervención psicológica donde se destacan los hallazgos relevantes e implicaciones para el cuidado de la salud de los adultos mayores, ofreciendo recomendaciones para futuras investigaciones en este tema.

1.6 Alcances y limitaciones de estudio

1.6.1 Alcances

Se pretende sugerir estrategias de intervención psicológica a la comunidad de adultos mayores y de esa manera brindarle las herramientas necesarias que le ayuden a tener una calidad de vida.

1.6.2 Limitaciones

Se piensa que una limitación principal en el trabajo expuesto será la falta de información sobre la investigación.

Capítulo II. Marco teórico

2.1 Hipocondría

2.1.1 Antecedentes

El siguiente apartado trata de los orígenes de la Hipocondría la cual comienza aproximadamente desde siglo XVII hasta las investigaciones que se encuentran hoy en día.

A lo largo de su evolución, el concepto de Hipocondría se definió, según las épocas, con mayor o menor proximidad a los de histeria, melancolía y paranoia. Hasta el siglo XVII, autores clásicos como Hipócrates o Galeno le atribuían una localización anatómica, considerándola una enfermedad visceral. Para Burton (1621), se trataba de una forma de melancolía con síntomas abdominales, con predominio masculino. En el siglo XVII, Sydenham postula que se trata de la forma masculina de la histeria y que ambas constituyen una única especie morbosa.

En el siglo XVIII, Cullen la categoriza como una neurosis –entendida como “enfermedad del sistema nervioso”-, caracterizada por la presencia de síntomas abdominales, depresión del alma y aprehensión al peligro.

En cambio, en el siglo XIX, de la mano de numerosos autores franceses y alemanes (Esquirol, Morel, Cottard, KrafftEbing, Magnan, Wernicke), pasa a ser considerada como una enfermedad del intelecto, que debe agruparse dentro del grupo de las psicosis, entendiéndosela como una forma de paranoia. En efecto, autores de comienzos del siglo XX la englobaron dentro de las Psicosis, como Kraepelin (1919), quien la consideraba un síntoma dentro de ellas, o como Bleuler, el que sostenía que la Hipocondría era parte de un síndrome esquizofrénico y finalmente Offenkrantz (1962), quien sugería que generalmente se trataba de síntomas prodrómicos de una esquizofrenia.

Para Freud (1912), la Hipocondría es una neurosis actual, junto con la neurosis de angustia y la neurastenia y aún hoy existen discusiones acerca de si se trata de un trastorno independiente o bien forma parte de otra enfermedad, situándola entre la histeria y la psicosis. (Marangoni, 2009)

De igual modo, diversos autores postularon que la hipocondría se trataría de una condición secundaria a la depresión y la ansiedad (Kenyon, 1976; Marías, 1981; Fisch, 1987). A esta aseveración contribuyen el hecho de que en la depresión es frecuente la aparición de diversos síntomas físicos, así como la preocupación por el significado de estos. Por otra parte, explican que muchos de los síntomas que presentan los pacientes hipocondriacos son de ansiedad, provocados generalmente por la existencia de circunstancias estresantes.

2.1.2 Definición de hipocondría

Hipocondrio proviene del griego hypokhondrion, del mismo significado, palabra formada por el prefijo hypo 'debajo' y khondros 'cartílago'. Antiguamente, se creía que el hipocondrio era la sede de la melancolía, por lo que, en el siglo XVII, hipocondrio se usó con el sentido de 'espíritus inferiores' y de 'depresión'. De allí se derivó el moderno significado, en el sentido de 'aquel que siempre cree estar enfermo', que surgió en el siglo XIX, bajo la forma hipocondría.

Según la real academia española (RAE) menciona que la hipocondría es la afección caracterizada por una gran sensibilidad del sistema nervioso con tristeza habitual y preocupación constante y angustiosa por la salud.(Asale & Rae, s. f.)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) denomina a la hipocondría como un trastorno somatomorfo, condición en la cual el dolor y los síntomas físicos de una persona se relacionan con factores psicológicos. Hasta ahora sus causas son complejas y no existe nada específico que se relacione con el padecimiento

Según el diccionario médico, es un trastorno que consiste en la existencia de un miedo debido al convencimiento de padecer una enfermedad importante, basándose la persona en una mala interpretación de los síntomas somáticos que cree tener, que lo conducen a la demanda continua de consultas, pruebas diagnósticas y tratamientos, que resultan normales, a pesar de lo cual persiste en la idea.

La hipocondría, decía Sigmund Freud, es el enamoramiento de la propia enfermedad. O la enfermedad inventada y buscada que dijeron otros. O la pesadilla diurna que escribió Charlotte Brontë ("La hipocondría hace de mí una constante pesadilla diurna"). (*Hipocondríacos*, 2015)

2.1.3 Características

En relación con la variable de investigación la hipocondría se caracteriza por:

- El miedo o la creencia de padecer una enfermedad grave a partir de la interpretación negativa de los signos y síntomas corporales.
- La presencia de una preocupación generalizada y no delirante.
- Presenta manifestaciones clínicas comunes a múltiples patologías psiquiátricas, como la ansiedad, el miedo y los síntomas somáticos.
- Conductas compensatorias basadas en la búsqueda de explicaciones médicas que confirmen los temores, logrando una tranquilidad transitoria ante los resultados normales que confirmen los temores, logrando una tranquilidad transitoria ante los resultados normales.
- Deterioro de la relación médico-paciente llegando en muchos casos a la iatrogenia y provocando gastos de recursos sanitarios tales como procedimientos diagnósticos y terapéuticos inadecuados, hospitalizaciones innecesarias, absentismo laboral, etc.
- Experimentar una reducción de la ansiedad después de visitar al médico, pero esta reducción dura solo horas o días. Cuando se presenta otro

síntoma, la ansiedad reaparece y el ciclo de preocupación hipocondríaca se reanuda.

- Pensamientos intrusos y sensaciones durante el día que los llevan a consultar con la familia, amigos, internet o diferentes especialistas médicos para asegurarse de que no están gravemente enfermos o para identificar el curso de la enfermedad. (Arnáez, 2019)

2.1.4 Componentes de la hipocondría

Autores clásicos sugirieron la presencia de una serie de componentes esenciales en la hipocondría siendo nucleares los dos primeros:

1) Convicción de enfermedad: Creencia firme de estar enfermo que permanece a pesar de del diagnóstico negativo y del apoyo y tranquilizarían del médico.

2) Miedo a la enfermedad: Se manifiesta una preocupación por tener o poder tener enfermedades graves y una reacción de alarma ante cualquier posible signo indicativo de estas.

3) Preocupación corporal (atención focalizada, interés y vigilancia sobre funciones y sensaciones corporales)

4) Síntomas somáticos: El paciente acude a consulta quejándose de dolores o sensaciones que le parecen anormales. Dichos síntomas no son fingidos, aunque tienden a ser variables, generalizados y vagos.

5) Conductas hipocondríacas: búsqueda insistente e insatisfactoria de médicos y especialistas que detecten su problema (tienen gran desconfianza) tanto en el autodiagnóstico y autotratamiento.

2.1.5 Criterios diagnósticos de la hipocondría según el ICD-10

CIE-10 (Clasificación internacional de enfermedades)

A. Creencia persistente de la presencia de al menos una enfermedad somática grave, que subyacen 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 sobre una deformidad supuesta.

B. Negativa insistente a aceptar las explicaciones y las garantías reiteradas de médicos diferentes de que tras los síntomas no se esconde ninguna enfermedad o anomalía somática. (Dolores, 2017)

2.1.6 Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM-V)

Trastorno de ansiedad por enfermedad Criterios diagnósticos 300.7 (F45.21)

A. Preocupación por padecer o contraer una enfermedad grave.

B. No existen síntomas somáticos o, si están presentes, son únicamente leves. Si existe otra afección médica o un riesgo elevado de presentar una afección médica (p. ej., antecedentes familiares importantes), la preocupación es claramente excesiva o desproporcionada.

C. Existe un grado elevado de ansiedad acerca de la salud, y el individuo se alarma con facilidad por su estado de salud.

D. El individuo tiene comportamientos excesivos relacionados con la salud (p. ej., comprueba repetidamente en su cuerpo si existen signos de enfermedad) o presenta evitación por mala adaptación (p. ej., evita las visitas al clínico y al hospital).

E. La preocupación por la enfermedad ha estado presente al menos durante seis meses, pero la enfermedad temida específica puede variar en ese período de tiempo.

F. La preocupación relacionada con la enfermedad no se explica mejor por otro trastorno mental, como un trastorno de síntomas somáticos, un trastorno de pánico, un trastorno de ansiedad generalizada, un trastorno dismórfico corporal, un trastorno obsesivo-compulsivo o un trastorno delirante de tipo somático.(dsm5-manualdiagnosticoyestadisticodelostrastornosmentales-161006005112.pdf, s. f.)

2.1.7 Clasificación de trastorno hipocondríaco

De acuerdo con la revista publicada por (Pastorelli, 2011), menciona que el trastorno hipocondriaco se clasifica de la siguiente manera:

Tabla 1. Trastorno hipocondriaco

HIPOCONDRIA PRIMARIA	
Hipocondría IV	La preocupación y el miedo de padecer o la convicción de tener, una enfermedad grave, a partir de la interpretación personal de uno o más signos o síntomas somáticos
Delirante	Está caracterizado por la presencia de uno o varios delirios que persisten a lo largo de la vida. Los contenidos más frecuentes son persecución, hipocondría, megalomanía o celos. Pueden presentarse síntomas depresivos; también alucinaciones olfatorias y táctiles.
Trastorno dismórfico corporal	Preocupación por uno o más defectos o imperfecciones percibidas en el aspecto físico, generan malestar psicológico o un deterioro en el funcionamiento de la persona que lo padece.
Delirio de parasitación	Consiste en la creencia de estar infestado por parásitos, insectos o cualquier otro microorganismo viviente.
Síndrome de referencia olfativo	Se define por la creencia del individuo respecto a la emisión de un olor

	desagradable proveniente de su propio organismo y que los demás pueden advertir.
HIPOCONDRIA SECUNDARIA	
Trastornos psiquiátricos	Alteración clínicamente significativa del estado cognitivo, la regulación emocional o el comportamiento de un individuo, que refleja una disfunción de los procesos psicológicos, biológicos o del desarrollo que subyacen en su función mental.
Depresión mayor	Es el estado de ánimo deprimido se caracteriza por la aparición de uno o más episodios.
Trastorno de angustia	Episodios súbitos de miedo intenso sin motivo, que se llaman crisis de angustia (ataques de pánico). Las crisis de angustia se acompañan de síntomas físicos, además de los psíquicos.
Trastorno de ansiedad generalizada	Se caracteriza por la presencia de preocupaciones de carácter excesivo.
Esquizofrenia	Caracterizado por delirio o alucinaciones prominentes, que puede acompañarse de discurso y conducta desorganizados con pérdida de las capacidades individuales o una pérdida grave de la evaluación de la realidad.

2.1.8 Tipos de hipocondría

Existen diversos tipos de hipocondría, según establece el Dr. Brian Fallon, psiquiatra de la Universidad de Columbia:

- Hipocondría obsesivo-ansiosa:
El paciente está continuamente atento a nuevos síntomas, comprueba continuamente las pruebas y se muestra un pensamiento rígido. Sin embargo, no suele tener síntomas físicos, o son mínimos.
- Hipocondría depresiva:

Abundan los síntomas de depresión, ya que el temor hipocondríaco guarda relación con los sentimientos de culpa. El paciente vive la enfermedad como un castigo merecido. Puede haber riesgo de suicidio.

- **Hipocondría somatoforme:**

Son predominantes los síntomas físicos, que ponen de manifiesto una enfermedad real, si bien esta no tiene la gravedad que el paciente considera. (Hipocondría, 2018)

2.1.9 La salud mental en el adulto mayor

a) Psicología de la salud

La Psicología de la salud podría ser definida como “la disciplina o el campo de especialización de la Psicología que aplica los principios, las técnicas y los conocimientos científicos desarrollados por ésta a la evaluación, el diagnóstico, la prevención, la explicación, el tratamiento y/o la modificación de trastornos físicos y/o mentales o cualquier otro comportamiento relevante para los procesos de la salud y enfermedad, en los distintos y variados contextos en que éstos puedan tener lugar”.

Asimismo, se menciona que la psicología de la salud tiene como objetivos aquellos relacionados con comprender y evaluar el estado de bienestar físico y los diferentes factores biológicos, psicológicos y sociales involucrados en el proceso de salud-enfermedad, así como entender los métodos de investigación psicológica aplicados a la prevención y la intervención ante la enfermedad. (Universidad Nacional autónoma de México & Oblitas Guadalupe, 2008)

Los objetivos de la Psicología de la Salud se describen de la siguiente manera:

1. *Promoción de la salud:*

Impulsar estilos de vida saludables con la intención de desarrollar un estado integral de bienestar físico y psicológico en el individuo y así mejorar su calidad

de vida. De algún modo la promoción de la salud busca optimizar las posibilidades de una persona o grupo para lograr un desarrollo pleno y la mejor calidad de vida que puede tener de acuerdo con sus condiciones particulares.

2. *Prevención de la enfermedad:*

Esta estrategia había sido la más usada dada la influencia del modelo biomédico en la atención del proceso salud enfermedad. Las acciones que plantea se basan en la intervención directa sobre los factores de riesgo asociados con el desarrollo de una enfermedad, intentando minimizar o eliminar su influencia, así que la intención es modificar hábitos no saludables y eliminar comportamientos de riesgo asociados a múltiples patologías crónicas, agudas, infecciosas y accidentes que pueden evitarse o retrasarse si se adoptan las medidas pertinentes. (Universidad Nacional Autónoma de México, FES-Iztacala et al., 2017)

b) La salud mental en el adulto mayor

La salud mental es el estado de equilibrio que debe existir entre las personas y el entorno socio-cultural que los rodea, incluye el bienestar emocional, psíquico y social e influye en cómo piensa, siente, actúa y reacciona una persona ante momentos de estrés.

La salud mental, según la definición propuesta por la OMS, es el estado de bienestar que permite a cada individuo realizar su potencial, enfrentarse a las dificultades usuales de la vida, trabajar productiva y fructíferamente y contribuir con su comunidad.

El concepto de salud mental incluye todo lo que está relacionado con cómo nos sentimos, actuamos y pensamos y busca siempre el bienestar de la persona en términos emocionales, psicológicos y sociales.

Los problemas de salud mental son frecuentes en la población adulta mayor: más de un 20% de este grupo etario puede padecerlos con variados grados de severidad,

de acuerdo con numerosos estudios epidemiológicos a nivel mundial. Debe pues prestárseles tanta o más importancia que a problemas de salud física ya que pueden exacerbar sus manifestaciones (en particular las de enfermedades crónicas) e incrementar la dependencia funcional y el mayor uso de los recursos sanitarios.(Tello-Rodríguez et al., 2016)

¿Cómo puedo saber si una persona mayor cercana está teniendo un problema en su salud mental?:

Las principales señales de alerta/cambios en la conducta son las siguientes:

- Aislamiento social.
- Quejas persistentes de memoria.
- Alteraciones de sueño.
- Preocupaciones excesivas acerca de la enfermedad y la muerte.
- Ansiedad de reciente inicio.
- Rechazo a alimentarse.
- Abandono del cuidado personal

c) Recomendaciones para el cuidado de la salud mental

Durante los últimos años han surgido nuevas investigaciones que demuestran que hay muchas acciones que se pueden realizar para mantener las mentes sanas. Varias de las acciones que se realizan para mantener los cuerpos sanos, contribuyen también a la salud mental.

En este sentido, el Instituto Nacional de Envejecimiento de los Estados Unidos destaca las siguientes recomendaciones:

Cuidar la salud

- ✓ Realizar exámenes de salud recomendados para detección de alteraciones en la glucosa o en los lípidos.
- ✓ Si existen problemas de salud crónicos como la diabetes, la hipertensión arterial, el colesterol alto y la depresión, es necesario vigilarlos y controlarlos.
- ✓ Consultar al profesional de medicina sobre los medicamentos y los posibles efectos secundarios en la memoria, el sueño y la función cerebral.
- ✓ Reducir el riesgo de lesiones cerebrales por caídas y otros accidentes.
- ✓ Limite el consumo de alcohol.
- ✓ Evitar el consumo de tabaco.
- ✓ Dormir lo suficiente, de 7 a 8 horas cada noche.

Mantener la mente activa

- ✓ Aprender nuevas habilidades también puede mejorar la capacidad de pensamiento. Realizar actividades cognitivamente exigentes como leer, practicar ajedrez, armar rompecabezas, tomar o enseñar clases de baile, aprender un nuevo idioma o instrumento musical.

Mantener conexiones sociales

- ✓ Conectarse con otras personas a través de actividades sociales y programas comunitarios mantienen el cerebro activo y más comprometido con el mundo que nos rodea.
- ✓ Visitar a familiares y amigos. Unirse a los programas sociales en los que pueda interactuar y convivir con otras personas de distintas edades.

Mantener una alimentación equilibrada y saludable

- ✓ Llevar una dieta saludable rica en frutas y verduras; granos integrales; carnes magras, pescado, aves de corral; productos lácteos bajos en grasa o sin grasa. Es importante cuidar el tamaño de las porciones.
- ✓ Limitar el consumo de alimentos altos en grasas sólidas, el azúcar y la sal.
- ✓ Beber suficiente agua.
- ✓ Realizar actividad física
- ✓ Mantiene la fuerza y el equilibrio y favorece una sensación de mayor energía.
- ✓ Ayuda a prevenir o retrasar enfermedades del corazón, diabetes, entre otras.
- ✓ Mejora el estado de ánimo y reduce la depresión.
- ✓ Se cree que el ejercicio aeróbico, como la caminata enérgica, es más beneficioso para la salud cognitiva que el ejercicio de tonificación y estiramiento no aeróbico.
- ✓ Se recomienda que todas las personas mayores realicen al menos 150 minutos de actividad física cada semana. Unos 30 minutos la mayoría de los días.

(Mayores, s. f.)

2.2 Adulto mayor

2.2.1 Definición

El término adulto mayor nace del latín adultos, que significa crecer o madurar, mientras que mayor nace del latín maior, cuyo significado hace referencia a grande en edad. El término hace alusión a los últimos años de vida de una persona o a la edad máxima de un ser humano, una etapa vital porque se han vivido o experimentado muchísimas situaciones que generan aprendizaje, además, se presentan diversos cambios, pudiendo ser físicos o psicológicos.

En México se considera adulto mayor a una persona que tiene más de 60 años y se refiere a la etapa que suma todas las experiencias de la vida y pasa por la mayoría de las metas familiares, profesionales y sociales.

Pero también marca el inicio de una etapa donde las personas presentan condiciones de vulnerabilidad física, social y económica.

Según Troen (2003), este término se entiende como el deterioro secuencial que ocurre en la mayoría de los seres vivos, que incluye debilidad, aumento de la tasa de mortalidad después de la madurez, cambios en la composición bioquímica que varían con la edad, mayor susceptibilidad a padecer enfermedades, pérdida de agilidad y movilidad, y diversos cambios fisiológicos. (Ortiz Olivar, 2014)

Las Naciones Unidas considera anciano a toda persona mayor de 65 años para los países desarrollados y de 60 para los países en desarrollo, o sea que en México es considerada anciana una persona a partir de los 60 años.

De acuerdo con la OMS la vejez, representa una construcción social y biográfica del último momento del curso vital y comprende las últimas décadas de la vida de un individuo, con un punto final marcado por la muerte, cuyo avance se produce en función de las identidades de género, las experiencias vitales, los eventos cruciales y las transiciones afrontadas durante la trayectoria de vida. (*Envejecimiento y Vejez*, s. f.)

Según los criterios de la Organización Mundial de la Salud (OMS), se define como adulto mayor o anciano toda persona mayor de 60 años, subdivididos en las siguientes categorías:

Tabla 2. Categoría de adultos mayores

Edad avanzada	60 – 74 años
Viejos o Ancianos	75 – 89 años
Grandes viejos- Longevos	90 – 99 años
Centenarios	Más de 100 años

2.2.2 Clasificación del adulto mayor

a) Persona Adulta Mayor Independiente o Autovalente:

Es aquella capaz de realizar las actividades básicas de la vida diaria: comer, vestirse, desplazarse, asearse, bañarse, así como también las actividades instrumentales de la vida diaria, como cocinar, limpiar la casa, comprar, lavar, planchar, usar el teléfono, manejar su medicación, administrar su economía, con autonomía mental.

b) Persona Adulta Mayor Frágil:

Es quien tiene alguna limitación para realizar todas las actividades de la vida diaria básica.

c) *Persona Adulta Mayor Dependiente o Postrada (No Autovalente):*

Es aquella que requiere del apoyo permanente de terceras personas. Tiene problemas severos de salud funcional y mental. (*plan_adultosmayores2006-2010.pdf*, s. f.)

2.2.3 Cambios en el adulto mayor

- *Fisiológicos:*
Las células envejecen, cambia la estructura corporal, se pierde elasticidad e hidratación en la piel (aparecen las arrugas).
- *Salud:*
Aumenta la prevalencia de enfermedades (morbilidad y mortalidad).
- *Nutricionales:*
Las necesidades metabólicas ya no son las mismas, y por tanto la alimentación debe ser más específica.
- *Cambios en la eliminación:*
Pueden aparecer incontinencias, que tienen consecuencias psíquicas y sociales muy importantes para el anciano.
- *Cambios en la actividad:*
El ritmo de ejercicio disminuye, si bien es más necesario que nunca que el individuo se mantenga activo.
- *El sueño:*
El patrón de descanso cambia, el individuo no sigue rutinas.
- *La percepción:*
Los órganos de los sentidos pueden verse afectados, lo que lleva a problemas sensoriales (sordera, problemas de visión..)
- *Cambios sociales:*
Las relaciones sociales y los roles son distintos, incluso dentro de la familia. Muchas veces la persona tampoco se implica activamente en la sociedad.
- *Sexuales:*

Por limitaciones físicas en órganos sexuales, y pensamientos erróneos arraigados en la sociedad.

- *Cambios en autoconcepto:*

La actitud, la identidad, así como la imagen corporal de uno mismo cambia, y suele ser negativa. Disminuye la autoestima. (Acera, 2020)

2.2.4 Erikson y el adulto mayor

El psicoanalista Erik Erikson, propuso la teoría de las ocho etapas del hombre al tener una visión del desarrollo del ciclo completo de la vida de la persona humana, extendiéndolo en el tiempo, de la infancia a la vejez, y en los contenidos, el psicosexual y el psicosocial, organizados en ocho estadios.

Erikson fue uno de los pocos teóricos en mirar el desarrollo a lo largo de todo el curso de la vida. También fue uno de los primeros en ver el proceso de envejecimiento en sí como parte del desarrollo humano.

Erikson sitúa al adulto mayor en la octava etapa:

ESTADO ADULTO TARDÍO: INTEGRIDAD DEL EGO (SABIDURÍA) Vs DESESPERACIÓN

Erikson describe que la última etapa de la vida abarca de los 60 años a la muerte. Cuando el individuo está satisfecho con sus logros previos, se da la integridad del ego, tarea principal de este periodo. Implica la unificación de toda la personalidad, con el ego como principal fuerza determinante. Se les da un orden y un significado a las cosas vividas. El llegar al final de la vida puede producirles profunda angustia a muchas personas. Los ancianos experimentan dificultades: varían sus dolores, malestares físicos, apatía, pérdida de interés en las cosas y las personas, y tienen hasta sentimientos de inutilidad, aislamiento y desesperación.

Este último término lo utiliza Erikson para resumir todos estos problemas. La desesperación es el fracaso de no integrar el ego porque la vida es vista como una serie de potencialidades y metas no alcanzadas ni logradas. La persona desesperada siente que el tiempo es demasiado corto, que ha perdido la fe en sí y en otros, desea una nueva oportunidad de vivir con más ventajas y teme mucho la muerte. (González & de, s. f.)

2.3 La hipocondría y el adulto mayor

2.3.1 signos

- Sobre preocupación por cuestiones de salud
- Niveles de estrés altos
- Cambios bruscos de humor
- Problemas para conciliar el sueño
- Temas de conversación que giran en torno a la enfermedad
- Sin motivación para realizar actividades fuera de la rutina
- Tranquilidad inexistente tras un diagnóstico oficial
- Desconfianza de palabras tranquilizadoras de cuidadores o familiares
- Pensamiento rígido
- Visitas frecuentes al médico

2.3.2 síntomas físicos de la hipocondría

El trastorno hipocondriaco afecta de manera general donde el adulto mayor puede presentar los siguientes síntomas físicos:

- Dolor de cabeza
- Vómitos
- Rojez en la piel
- Taquicardia
- Manchas en la piel
- Dolores de garganta
- Ruidos intestinales
- Estreñimiento
- Dolores musculares
- Rojez en los ojos (cuellar, 2019)

2.3.3 síntomas emocionales

El adulto mayor presenta una gran variación en sus síntomas emocionales, los principales que influyen en la hipocondría son:

- Nerviosismo
- Confusión
- Vergüenza
- Frustración

2.3.4 síntomas conductuales

- Verbalizaciones continuas sobre temas de salud o enfermedad
- Aislamiento social
- Necesidad de explicar con detalle su historia medica
- Dietas estrictas

2.3.5 Causas

La población del adulto mayor se ve sumamente afectada por este trastorno patológico debido a distintas causas:

- Errores médicos en el diagnóstico de una enfermedad
- Búsquedas excesivas en la web sobre algo que creen padecer
- fallecimientos cercanos de alguna enfermedad.

Capítulo III Metodología

3.1 Tipo de investigación

En el siguiente apartado se presenta la metodología que fue utilizada en dicha investigación.

El tipo de investigación en este proyecto fue cualitativo, este término tiene su origen en el latín “qualitas”, el cual hace referencia a la naturaleza, carácter y propiedades de los fenómenos (Niglas, 2010). Con este enfoque también se estudian fenómenos de manera sistemática.

De acuerdo con (Sampieri, s. f.) el enfoque cualitativo utiliza la recolección y análisis de los datos para afinar las preguntas de investigación o revelar nuevas interrogantes en el proceso de interpretación

Asimismo, (Maxwell, 2019) define a la investigación cualitativa como aquella cuyo propósito es ayudar a comprender los sentidos y las perspectivas de las personas estudiadas, esto es, ver el mundo desde sus puntos de vista en lugar de acudir simplemente al punto de vista propio del investigador, estas perspectivas están definidas por sus contextos físicos ,sociales y culturales.

Por lo tanto, esta metodología es fundamental para el trabajo de investigación, ya que ayuda a dar respuesta a través de la interpretación de los datos empíricos a preguntas del porqué, cómo y cuándo del fenómeno estudiado.

3.2 Técnica de instrumento de investigación

Las técnicas son los recursos o procedimientos concretos de los que se vale el investigador para acercarse a los hechos, acceder a su conocimiento y lograr obtener la información. Se constituyen en el conjunto de mecanismos, medios o recursos dirigidos a recolectar, conservar, analizar y transmitir los datos de los fenómenos sobre los cuales se investiga. Entre las técnicas para recolectar información se encuentran:

la observación directa, la encuesta en sus dos modalidades: oral o escrita (cuestionario), la entrevista, el análisis documental, análisis de contenido, etc.

La técnica utilizada en la siguiente investigación fue la entrevista semiestructurada, la cual consiste en preguntas que están definidas previamente -en un guion de entrevista, pero la secuencia, así como su formulación pueden variar en función de cada sujeto entrevistado. De esta manera, se logró obtener la mayor información posible acerca de la hipocondría en el adulto mayor, haciendo a su vez una participación flexible y de libre expresión del sujeto entrevistado.

3.3 Muestra

Se utilizó una pequeña muestra de 10 adultos mayores voluntarios, de edades de 60 años en adelante. Corresponde a 6 mujeres y 4 hombres en un rango de edad de 62 años (siendo la edad más baja) y 96 años (siendo la edad más alta), teniendo un promedio de edad de 75.8.

La población se buscó en un asilo para una mayor amplitud de selección, a los cuales se les explicó sobre la investigación abordada.

3.4 Procedimiento

A continuación, se muestran los pasos a seguir para la realización de la investigación:

1. Se buscó a adultos mayores de 60 años en adelante.
2. Se les aplicó una entrevista semiestructurada que consta de 12 preguntas abiertas sobre el tema de hipocondría dirigidas al adulto mayor
3. Se analizaron las respuestas de la población para encontrar una media en las respuestas dadas para poder saber cómo es que afecta la hipocondría a través de la perspectiva en el adulto mayor

4. A partir de las respuestas analizadas de la población, se dio respuesta a la investigación, dando apertura a la realización de la propuesta de intervención.

Capítulo IV Análisis de Resultados

4.1 Resultados de la entrevista semiestructurada sobre la hipocondría en el adulto mayor y desglose de esta.

Se realizó una entrevista semiestructurada en la cual, los adultos mayores indicaron sus síntomas, preocupaciones y lo que han experimentado sobre el trastorno de la hipocondría.

Con esta pequeña muestra de 10 adultos mayores voluntarios, se observó que han vivenciado de diferente manera lo que es la hipocondría en su vida diaria, la mayoría de ellos se sintió identificado con este trastorno conocido actualmente como ansiedad de la enfermedad y le pareció adecuado recibir apoyo profesional.

En general, para los adultos mayores no fue difícil identificar que podrían tener dicho trastorno, ya que se les brindó información previamente sobre ello.

1. ¿Al escuchar sobre una enfermedad o sintomatología de esta, le genera una sensación de angustia? ¿Por qué?

Al escuchar sobre una enfermedad crónica o sintomatología de esta, los adultos mayores tuvieron similitud en sus respuestas puesto que, **la mayoría consideró que les genera una sensación de angustia** por la preocupación de padecer una enfermedad.

2. Si su respuesta fue si, ¿Cuál enfermedad cree tener?

Los adultos mayores mencionaron que creen tener principalmente **enfermedades graves** como: Diabetes, Cáncer y Covid-19. En México son las causas más frecuentes de mortalidad en la tercera edad.

3. ¿Qué síntomas le hacen creer que tiene dicha enfermedad?

Asimismo, los síntomas descritos por el adulto mayor que les ha generado creer que tienen dicha enfermedad son: **dolores de cabeza, dolor de huesos, náuseas, dolor de garganta, fiebre e incontinencia.**

4. ¿Por qué razón cree tener dicha enfermedad?

La razón por la que creen tener una enfermedad es variada, la más frecuente es **por tener síntomas anormales, seguido de antecedentes familiares** o ya sea por experiencias previas

5. ¿Qué es lo que hace o cuál es su reacción cuando aparece un nuevo síntoma?

Cuando aparece un nuevo síntoma su reacción principalmente es la **preocupación, el miedo y la tristeza**, algunos comentaron que lo que hacen para no sugestionarse son actividades como salir a caminar, buscar ayuda en fuentes primarias y preguntar o hablar con familiares.

6. De acuerdo con su respuesta anterior, ¿Cuántas veces al año acude al médico al sospechar que algo anda mal en su salud?

La consulta médica es brindada por un médico profesional. El adulto mayor al sospechar que algo anda mal en su salud **acude al médico en un rango de 3 a 4 veces al año**, uno de ellos mencionó que no acude por miedo a que le diagnostiquen una enfermedad no curable.

7. ¿Ha dudado de sus resultados/diagnóstico al realizarse estudios clínicos a pesar de que todo salió bien? ¿Por qué?

La mayoría de los adultos mayores **han dudado de sus resultados/diagnósticos al realizarse estudios clínicos**, comentan que se los vuelven a realizar para confirmar y buscan otras opciones como ir con otro médico para estar seguros y tener otros puntos de vista.

8. Por otro lado, ¿Considera que sus temas de conversación están relacionados con alguna enfermedad que cree tener? ¿Por qué?

No todos los adultos mayores consideran que sus temas de conversación están relacionados con alguna enfermedad que creen tener, porque **opinan que sus pláticas o diálogos son variados**, por ejemplo: de familia, metafísica, entre otros. Algunos evitan los temas de enfermedad para no preocupar a la familia o por salud mental. Uno de ellos habla con su familia de todos los síntomas que llega a sentir.

9. ¿Siente que sus amigos y familiares no toman en serio sus preocupaciones de salud?

Tener una red de apoyo primaria como la familia y amigos favorece una mejor calidad de vida. Algunos amigos y familiares si toman en serio las preocupaciones de salud del adulto mayor, otros no tanto ya que no los toman en cuenta, no les dan importancia o solo por interés económico.

10. ¿De qué manera se informa de las enfermedades que existen en la actualidad?

Para informarse sobre las enfermedades que existen en la actualidad, el adulto mayor lo hace de distintas formas, las que sobresalen son: **mediante pláticas con conocidos, noticias que salen en televisión, internet, periódicos, revistas**, etc., y por redes sociales.

11. ¿Alguien de su entorno tiene la preocupación excesiva de padecer una enfermedad?

La mitad de la población de los adultos mayores hizo mención que **alguien de su entorno social tiene la preocupación excesiva de padecer una enfermedad**, lo que hace referencia a que más personas podrían padecer del mismo trastorno.

12. ¿Le gustaría recibir apoyo de profesionales para conocer más sobre este trastorno y obtener ayuda psicológica para tener una mejor calidad de vida?

Por último, en su mayoría, el adulto mayor **está de acuerdo con recibir apoyo profesional** para conocer sobre el trastorno de la hipocondría y obtener ayuda psicológica para una mejor calidad de vida. Sin embargo, no todos están de acuerdo porque consideran que les genera más preocupación por su salud, prefieren evitarlo.

4.2 Estrategias de intervención psicológica

Actualmente, existen diferentes estrategias de intervención psicológica con la intención de asistir al adulto mayor y ayudarlo a comprender sus problemas reducirlos o superarlos para la mejora de su salud mental.

4.2.1 Terapia cognitiva conductual

La TCC se ha transformado en una de las estrategias por excelencia de tipo no farmacológico para el tratamiento de la hipocondría.

Es un modelo de tratamiento de varios trastornos mentales, ayuda al paciente a que cambie sus pensamientos, emociones, conductas y respuestas fisiológicas disfuncionales por otras más adaptativas para combatir sus problemas. Está conformado por un grupo de intervenciones que se ponen en práctica luego de una exhaustiva evaluación de las características biopsicosociales del paciente, y que tiene en cuenta el visto bueno, compromiso y colaboración de este.

El tratamiento dura generalmente entre 10 y 20 sesiones, y los pacientes experimentan a menudo una reducción considerable de los síntomas después de 4 o 6 semanas de tratamiento.

Por lo tanto, en la TCC, el profesional ayuda al paciente a definir unos objetivos y le enseña a aplicar técnicas psicológicas que contribuyan a disminuir dicho malestar. Las técnicas de exposición y de reestructuración cognitiva son ejemplos de dichas técnicas. (Fullana et al., 2012)

La reestructuración cognitiva (RC)

Consiste en que el cliente, con la ayuda inicial del terapeuta, identifique y cuestione sus pensamientos desadaptativos, de modo que queden sustituidos por otros más apropiados y se reduzca o elimine así la perturbación emocional y/o conductual causada por los primeros. En la RC los pensamientos son considerados

como hipótesis y terapeuta y paciente trabajan juntos para recoger datos que determinen si dichas hipótesis son correctas o útiles. En vez de decir a los pacientes cuáles son los pensamientos alternativos válidos, el terapeuta formula una serie de preguntas y diseña experimentos conductuales para que los pacientes evalúen y sometan a prueba sus pensamientos negativos y lleguen a una conclusión sobre la validez o utilidad de los mismos(*Reestructuración.pdf*, s. f.)

4.2.2 Técnicas de exposición

Estas técnicas se utilizan en la Terapia Cognitivo Conductual, tienen como elemento común la exposición al estímulo temido, y se distinguen en cuanto a alguno de estos factores:

- a) Forma de presentación del estímulo temido (real o simbólica).
- b) Intensidad de la presentación (Inundación frente a exposición gradual).
- c) Duración de la presentación.
- d) Frecuencia de las presentaciones (masiva frente a espaciada), y ayuda o apoyo para la presentación del estímulo temido.

La participación del terapeuta o de un terapeuta en las sesiones de exposición es una práctica habitual en aquellos casos donde pueda ser esencial que el individuo que se va a exponer cuente con un elemento de seguridad que le permita el acercamiento a la situación temida, para después desvanecer poco a poco este apoyo.

Por tal razón reduce la angustia emocional o física que se siente al enfrentarse a un objeto, situación, pensamientos o recuerdos angustiantes. Durante este tipo de terapia se aborda lo siguiente:

- Hablar sobre sus temores, pensamientos o sentimientos de angustia
- Aprender maneras de enfrentar el miedo, controlar los pensamientos o sobrellevar la angustia física y emocional.
- Visualizar el temor, pensamiento angustioso, o sentimiento de angustia física y emocional de una manera diferente.

4.2.3 Terapia familiar

La Psicoterapia familiar es un método especial de tratamiento de los desórdenes emocionales. Utiliza un grupo natural, primario, la familia. Su ámbito de intervención no es el paciente individual aislado sino la familia vista como un todo orgánico. Su objetivo no es sólo eliminar síntomas o adecuar personalidades al ambiente en que deben actuar sino más bien crear una nueva manera de vivir".

Sus principales características son las siguientes:

- 1.- Hay más de dos personas y la interacción no es confidencial.
- 2.-La interacción no verbal asume una importancia primaria, paralela a la verbal.
- 3.-Es a menudo, más corta que la terapia, aunque es enormemente variable.
- 4.-La relación tiene como propósito definidos cambios en el sistema familiar de interacción, no el de cada uno de sus individuos. Los cambios individuales son secundarios al cambio en el sistema familiar.(Pereyra, s. f.)

4.2.4 Terapia breve estratégica

La terapia breve estratégica se entiende como un modelo de intervención psicológica creado por Giorgio Nardone que trata de resolver problemas complicados con soluciones aparentemente simples. Es muy habitual que frente a un problema adoptemos siempre las mismas soluciones y no funcionen, pero, como decía Einstein: "Si buscas resultados distintos, no hagas siempre lo mismo".

Por lo tanto, la terapia breve estratégica analiza las soluciones que se han adoptado para resolver el problema y que no han funcionado para buscar una solución que no se haya utilizado nunca y probarla.

De esta forma se rompe con lo que se ha hecho anteriormente y se innova con la solución a aplicar. No se busca una causa del problema psicológico que tiene una persona, puesto que se entiende que el pasado no se puede cambiar. El pasado solo se utiliza para saber lo que no ha servido, y se buscan nuevas perspectivas que nunca se hayan utilizado. (*¿En qué consiste la terapia breve estratégica?*, 2016)

El objetivo de la terapia breve estratégica es provocar una ruptura del círculo vicioso que se produce como consecuencia de las soluciones que se han intentado sin éxito y la persistencia del problema en el paciente. Esta terapia se aplica en multitud de tipos de trastornos como los siguientes:

- Trastornos de alimentación como la anorexia o la bulimia.
- Trastornos sexuales como la disfunción eréctil, la eyaculación precoz, trastornos de deseo.
- Depresiones, problemas de familia, de pareja o de trabajo.
- Trastornos de ansiedad como ataques de pánico, fobia social, obsesiones, trastornos psicósomáticos.

4.2.5 Terapia Ocupacional

Es, según la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS), “el conjunto de técnicas, métodos y actuaciones que, a través de actividades aplicadas con fines terapéuticos, previene y mantiene la salud, favorece la restauración de la función, suple los déficits invalidantes y valora los supuestos comportamientos mentales y su significación profunda para conseguir la mayor independencia y reinserción posible del individuo en todos sus aspectos: laboral, mental, físico y social”.

La Terapia Ocupacional se encarga de facilitar y mejorar el desempeño de las personas en sus actividades del diario vivir, ocupando la mayor parte de su tiempo libre. De igual manera, interviene con personas de cualquier grupo etario que están en situación de enfermedad, discapacidad o vulnerabilidad social, en diferentes ambientes de acuerdo con la realidad de cada individuo o grupo en cuestión, incidiendo en la salud, bienestar individual y de significación de la persona como tal.

4.2.6 Terapia del arte

La arteterapia utiliza el arte como vía terapéutica; es un modo de desarrollo personal, de autoconocimiento y de expresión emocional, a través de experiencias significativas, en pro del desarrollo social e integral de los individuos. Se expresa por medio de actividades como la pintura, el teatro, el yoga, la danza, la escritura, música, entre otros.

El propósito es permitir a los individuos expresar libremente sus emociones, para conectarse consigo mismo. De esta manera se logra identificar y contrarrestar sus miedos, angustias, frustración, disminuir la depresión y ansiedad con el fin mejorar la percepción sobre la calidad de vida.(Rodríguez Zambrano et al., 2022)

4.2.7 Técnicas de relajación

En este sentido, el entrenamiento en técnicas de relajación supone una exposición a sensaciones de malestar provocados por la hipocondría que puede producir una reactividad fisiológica aun mayor, acompañada de una necesidad de movimiento por lo que el terapeuta debe de plantear el entrenamiento considerando la nueva situación y estar en condiciones de ajustar su intervención reduciendo los objetivos de la sesión, dando pautas que faciliten la ejecución (permitir los ojos abiertos al comienzo) y, en resumen, considerando el entrenamiento como un proceso más o menos largo de habituación.(*Manual-de-técnicas-de-intervención-cognitiva-conductuales.pdf*, s. f.)

Existen variedad de técnicas de relajación indicadas para los problemas de ansiedad.

a) *El entrenamiento en relajación progresiva de Jacobson:*

Consiste en aprender a tensar y después soltar o relajar de manera secuencial varios grupos de músculos, a la vez que se le va pidiendo que vaya prestando gran atención a las sensaciones asociadas a la tensión y a la relajación. Con ello se pretende que el paciente aprenda a relajarse y vaya reconociendo y discriminando la tensión y la relajación tal y como aparece en la vida diaria, y que al final sea capaz de reducir la tensión muscular cuando él quiera hacerlo.

b) *El entrenamiento autógeno de Schultz:*

Se basa en la inducción de las sensaciones corporales que acompañan al estado hipnótico, con el fin de provocar la desconexión orgánica a la que nos lleva dicho estado. Consiste en la inducción de sensaciones de pesadez y calor que se acompañan de ejercicios cardíacos y respiratorios.

Discusiones y recomendaciones

5.1. Discusión

A continuación, se discutirá sobre el conocimiento del trastorno de la hipocondría en relación con el adulto mayor.

En primer estancia, la definición moderna de la hipocondría apareció con Gillespie quién la entendió como “una preocupación mental respecto a una enfermedad física o mental, real o supuesta” (García-Arroyo, 2021).

En segunda estancia, en México se considera adulto mayor a una persona que tiene 60 años o más y se refiere a la etapa que suma todas las experiencias de la vida y pasa por la mayoría de las metas familiares, profesionales y sociales. Pero también marca el inicio de una etapa donde las personas presentan condiciones de vulnerabilidad física, social y económica. (*DíaAdultoMayor2020.pdf*, s. f.)

La hipocondría afecta de manera emocional, física y psicológica al adulto mayor, esta les genera convicción de enfermedad, miedo a la enfermedad, preocupación corporal y síntomas somáticos, haciendo que su bienestar se vea afectado directamente de forma perjudicial. Por lo tanto, se requiere que se le dé la máxima importancia al adulto mayor en todos los aspectos, principalmente en los factores biológicos, psicológicos y sociales, ya que muchas veces los problemas de salud mental en el adulto mayor pasan desapercibidos, no son diagnosticados o son subtratados, por lo que los profesionales de la salud (psicólogos, psiquiatras y neuropsicólogos) son indispensables para un manejo oportuno y eficiente.

Con respecto a la entrevista semiestructurada que se aplicó a los 10 adultos mayores, la mayoría de los voluntarios han dudado de sus resultados/diagnósticos al realizarse estudios clínicos y han presentado sensación de angustia, de igual manera, cuando aparece un nuevo síntoma físico su reacción principalmente es la preocupación, el miedo y la tristeza porque creen tener una enfermedad grave.

Por lo tanto, se demostró que la gran parte de los adultos mayores son hipocondriacos, siendo de gran ayuda el reconocer este trastorno por sí mismos. De ahí la importancia de atender a los adultos mayores en las diferentes esferas psicológicas como la emocional, cognitiva, salud mental etc.

En los participantes del estudio se pudo observar el abandono por parte de sus familiares, la soledad, y en algunos la depresión. De tal manera, es necesario e importante contar con estrategias y servicios especializados en la salud mental, de tal modo que la calidad de vida tanto del paciente como del familiar sea eficaz, asimismo es necesario contar con redes de apoyo de su entorno social o con los que establecen vínculos, para que sea efectivo. La propuesta del taller “hipocondría en el adulto mayor” podría coadyuvar en el estado de salud de los adultos mayores que cursen por alguna ansiedad o deficiencia de salud tanto mental como física.

5.2. Recomendaciones

A continuación, se brinda una propuesta y/o recomendación que se cree conveniente a la investigación realizada.

El objetivo de esta propuesta de intervención se centra en la elaboración de un taller enfocado en la hipocondría (ansiedad de la enfermedad) y en ayudar al adulto mayor a identificar este trastorno psicológico en su vida, para que puedan prevenir y a las situaciones que se lleguen a presentar.

En este taller se busca que el adulto mayor tenga un amplio conocimiento y orientación sobre del trastorno hipocondriaco, ya que con ello se puedan desarrollar estrategias de intervención psicológicas para una calidad de vida saludable.

La propuesta será diseñada para dar una intervención de 3 sesiones, junto con un manual de autoayuda para los ataques de ansiedad.

PROPUESTA DE INTERVENCIÓN

5.2.1 Taller “Hipocondría en los adultos mayores

Dirigido: Público en general

Número de sesiones: 3

Fechas: Lunes, Miércoles y Viernes

Lugar: Centros gerontológicos y asilos

OBJETIVO DEL TALLER:

- Orientar e informar a los adultos mayores sobre la hipocondría a través de estrategias de intervención psicológica. Para una mejor calidad de vida.

Objetivos específicos

- Transmitir a los adultos mayores sobre el tema del trastorno psicológico la hipocondría.
- Dar a conocer como el estado emocional interfiere en la salud mental del adulto mayor.
- Establecer estrategias psicológicas que permitan mejorar la calidad de vida en el adulto mayor.

Temario:

- ¿Qué es la hipocondría?
- Claves para detectar la hipocondría
- ¿Cómo ayudar a un familiar que padece hipocondría?
- ¿Que son las emociones?
- ¿Cuáles son las emociones básicas?
- ¿Cómo podemos aprender a regular nuestras emociones?
- Identificar y ¿cómo manejar las emociones en la hipocondría?

- Estrategias de intervención psicológica para la hipocondría en el adulto mayor.

Actividades:

- La papa caliente: El coordinador les solicitará a los participantes que, formen un círculo. Al azar le pedirá a una persona que tome la pelota, en ese momento empezarán a pasar la pelota de mano en mano, mientras los integrantes dicen "se quema la papa, ise quema la papa" así tantas veces como sea necesario hasta que el coordinador diga "La papa se quemó!" Aquel que tenga la pelota en ese momento tendrá que presentarse, diciendo su nombre en voz alta y anotándolo en una ficha bibliográfica, y comienza una ronda nueva. Así sucesivamente hasta que todos los participantes se hayan presentado.
- El dado de las emociones: en esta dinámica se construye un dado en el que en cada cara se represente una emoción distinta. Con los integrantes sentados en círculo, cada uno en orden irán tirando el dado y representarán la cara que aparece en él. Se complementa diciendo situaciones que les provoquen esas mismas.
- Dinámica de cierre "las huellas del recorrido" se invita a los integrantes a dar un cierre individual, reconociendo lo compartido y aprendido del taller, será de manera verbal para que se puedan expresar libremente.

Materiales:

- ✓ Lap top
- ✓ Proyector
- ✓ Dípticos
- ✓ Manual de autoayuda
- ✓ Ficha bibliográfica
- ✓ Lapicero

✓ pelota

Tiempo estimado: 90 minutos por sesión

Videos para proyectar:

- “El hipocondríaco dos aspirinas y un té”. Duración 3:28 minutos cortometraje, breve sobre el trastorno psicológico hipocondríaco.
<https://www.youtube.com/watch?v=1jgKJBz7dzk>
- Hipocondría: Ansiedad por la enfermedad. Duración 9:34 minutos. resumen de lo expuesto de la primera sesión.
https://www.youtube.com/watch?v=_aSiX-o8yqM
- “Relajación progresiva de Jacobson! duración 11:59 minutos, técnica para los problemas de ansiedad.
https://www.youtube.com/watch?v=vAaRM_wV5W8

Programa Taller “Hipocondría en los adultos mayores

Sesión /objetivo	Temas	Actividades	Horario	Material
Sesión 1. Transmitir a los adultos mayores el tema del trastorno psicológico de la hipocondría		1.Dinámica inicial de integración (la papa caliente)	10:00-10:20 am	-Lap top -Proyector
		2.Cortometraje: “El hipocondríaco dos aspirinas y un té” https://www.youtube.com/watch?v=1jgKJBz7dzk	10:20-10:25 am	-Videos -Dípticos -Manual de autoayuda -ficha bibliográfica
	- ¿Qué es la hipocondría?	2.Exposicion de los temas y entrega de díptico y manual de autoayuda	10:25-11:10 am	-Lapicero -pelota
	-Claves para detectar la hipocondría	3. Proyección de video” (REFORZAMIENTO) Hipocondría: Ansiedad por la enfermedad. https://www.youtube.com/watch?v=aSiX-o8yqM	11:10-11:20 am	
	-¿Cómo ayudar a un familiar que padece hipocondría?	4.Área de preguntas	11:20-11:30 am	

Programa

Sesión /objetivo	Temas	Actividades	Tiempo	Material
Sesión 2 Dar a conocer como el estado emocional interfiere en la salud mental del adulto mayor	- ¿Qué son las emociones? -¿Cuáles son las emociones básicas? ¿Cómo podemos aprender a regular nuestras emociones - Identificar y cómo manejar las emociones en la hipocondría	1. Lluvia de ideas (repaso de la sesión anterior) 2.Exposicion de los temas 3.Dinámica (El dado de las emociones) 4.Área de preguntas	10:00 a 10:10 AM 10:10-a 11:00AM 11:00-11:20AM 11:20-11:30 AM	-Lap Top -proyector -Dado e las emociones

Programa

Sesión /objetivo	Tema	Actividades	Tiempo	Material
Sesión 3 Establecer estrategias psicológicas que permitan mejorar la calidad de vida en el adulto mayor	Estrategias de intervención psicológica para la hipocondría en el adulto mayor -TCC -T.O -T.A -T.B -T.F -T.R	1.Lluvia de ideas (repaso de la sesión anterior)	10:00-10:10am	-proyector -Lap Top -Video
		2.Exposición del tema	10:10-11:00 am	
		3.proyeccion de video: Relajación progresiva de Jacobson https://www.youtube.com/watch?v=vAaRM_wV5W8	11:00-11:20 am	
		4.Dinámica de cierre “Las huellas del recorrido”	11:20-11:30 am	

ANEXOS

Anexo No .1 Entrevista a adultos mayores

En esta entrevista se le presentan una serie de preguntas sobre la hipocondría en el adulto mayor.

Instrucciones: Conteste las siguientes preguntas lo más honesto posible

Género _____

Edad _____

1. ¿Al escuchar sobre una enfermedad o sintomatología de la misma, le genera una sensación de angustia? ¿Por qué?

2.Si su respuesta fue si, ¿Cuál enfermedad cree tener?

3. ¿Qué síntomas le hacen creer que tiene dicha enfermedad?

4. ¿Por qué razón cree tener dicha enfermedad? (Coloque una X con las que se identifique)

Síntomas anormales	
Antecedentes familiares de enfermedades graves	
Experiencias previas	

5. ¿Qué es lo que hace o cuál es su reacción cuando aparece un nuevo síntoma?
6. De acuerdo con su respuesta anterior, ¿Cuántas veces al año acude al médico al sospechar que algo anda mal en su salud?
7. ¿Ha dudado de sus resultados/diagnostico al realizarse estudios clínicos a pesar de que todo salió bien? ¿Por qué?
8. Por otro lado, ¿Considera que sus temas de conversación están relacionados con alguna enfermedad que cree tener? ¿Por qué?
9. ¿Siente que sus amigos y familiares no toman en serio sus preocupaciones de salud?
10. ¿De qué manera se informa de las enfermedades que existen en la actualidad?
11. ¿Alguien de su entorno tiene la preocupación excesiva de padecer una enfermedad?
12. ¿Le gustaría recibir apoyo de profesionales para conocer más sobre este trastorno y obtener ayuda psicológica para tener una mejor calidad de vida?

Anexo No.2 Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA APLICACIÓN DE LA ENTREVISTA

Este documento intenta explicarle todas las cuestiones relativas a la utilización que se realizaría de sus datos de la participación de la entrevista. La presente entrevista se encuentra estructurada por un conjunto de preguntas reflexivas de tipo abiertas, mismas que en su totalidad constituyen la base de un instrumento de tipo cualitativo, el trabajo a desarrollar tiene por título "HIPOCONDRIA EN EL ADULTO MAYOR: ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA". Léalo atentamente y consulte con el/la terapeuta todas las dudas que se le planteen.

1. INFORMACION ACERCA DE LA ENTREVISTA:

El individuo responsable del proceso, la ex estudiante ERIKA LLUVIA VENTURA RAMÍREZ, quien fue perteneciente a la licenciatura de psicología de la Universidad Latina (Vicente Guerrero 1806, Col. Las Maravillas, Cuernavaca, Morelos CP. 62230.), se compromete a demostrar una actitud seria y respetuosa hacia el voluntario, y mantener la confidencialidad respecto a su identidad. De tal modo se llevara a cabo la entrevista con fines formativos y de desarrollo profesional, la entrevista se utilizara como apoyo para la supervisión que se realiza en el equipo profesional para asegurar la máxima eficiencia, eficacia y excelencia en la investigación.

2. USO Y CONFIDENCIALIDAD DE LOS DATOS:

Los datos que se obtengan de su participación serán utilizados únicamente con fines de formación, guardándose siempre sus datos personales en un lugar seguro de tal manera que ninguna persona ajena pueda acceder a esta información y atendiendo a un estricto cumplimiento de la ley orgánica 15/1999 sobre la protección de datos de carácter personal. En ningún caso se harán públicos sus datos personales, siempre garantizando la plena confidencialidad de los datos y el riguroso cumplimiento del secreto profesional el uso y manejo de la información y el material obtenidos.

3. REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

Si en el caso de decidir participar y consentir la colaboración inicialmente, en algún momento de la intención usted desea dejar de participar, la facultad de psicología, rogamos que nos lo comunique y a partir de ese momento se dejara de utilizar con fines de formación y desarrollo profesional.

4. DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

Yo..... He leído el documento de consentimiento informado que ha sido entregado, he comprendido las explicaciones en el facilitadas acerca de la entrevista y he podido resolver todas mis dudas y preguntas que he planeado al respecto. También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presento. Así mismo he sido informado /a de que mis datos personales serán protegidos y serán utilizados únicamente con fines de formación y desarrollo profesional, tomando todo ello en consideración y en tales condiciones, CONSIENTO participar en la entrevista y que los datos que se deriven de mi participación sean utilizados para cubrir objetivos especificados en el documento En.....a.....de.....2023

Firma:

(El/la usuario/z

Referencias

2007_sem27.pdf. (s. f.). Recuperado 31 de enero de 2023, de https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/14054/2007_sem27.pdf

Acera, M. (2020, abril 7). *Características de la Tercera Edad: Conoce a nuestros mayores | Deusto*. Deusto Salud. <https://www.deustosalud.com/blog/tercera-edad/caracteristicas-tercera-edad>

Arnáez, S. (2019). *Vulnerabilidad cognitiva a la hipocondría: Intrusiones, valoraciones y creencias disfuncionales/ cognitive vulnerability to hypochondriasis: intrusions, appraisals and dysfunctional beliefs* [Http://purl.org/dc/dcmitype/Text, Universitat de València]. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=255774>

ASALE, R.-, & RAE. (s. f.). *Hipocondría | Diccionario de la lengua española*. «Diccionario de la lengua española» - Edición del Tricentenario. Recuperado 8 de febrero de 2023, de <https://dle.rae.es/hipocondria>

Chorot, P., Sandín, B., Valiente, R. M., Germán, M. A. S., & Déniz, M. R. (1997). Actitud hacia la enfermedad, ansiedad y sintomatología somática en pacientes con trastorno de pánico e hipocóndria. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 2(2), Article 2. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.2.num.2.1997.3838>

cuellar, B. (2019, marzo 24). *¿Cuáles son los Síntomas de la hipocondría?. Guía Clínica*. Qué piensa un psicólogo. <https://quepiensaunpsicologo.com/psicologia/clinica/sintomas-hipocondria/>

DíaAdultoMayor2020.pdf. (s. f.). Recuperado 19 de mayo de 2023, de <https://iieg.gob.mx/ns/wp-content/uploads/2020/08/D%C3%ADaAdultoMayor2020.pdf>

Dolores, A., María. (2017). *La hipocondría*. Comercial Grupo ANAYA, S.A.

Dsm5-manualdiagnosticoyestadisticodelostrastornosmentales-161006005112.pdf. (s. f.). Recuperado 8 de febrero de 2023, de <https://www.federaciocatalanatdah.org/wp-content/uploads/2018/12/dsm5-manualdiagnosticoyestadisticodelostrastornosmentales-161006005112.pdf>

¿En qué consiste la terapia breve estratégica? (2016, diciembre 2). VIU. <https://www.universidadviu.com/es/actualidad/nuestros-expertos/en-que-consiste-la-terapia-breve-estrategica>

Envejecimiento y Vejez. (s. f.). Recuperado 15 de febrero de 2023, de <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/promocion-social/Paginas/envejecimiento-vejez.aspx>

Fernández Guerrero, M. J. (2020). Psicopatología en el adulto mayor: No todo es demencia. *Studia Zamorensia*, 19 (*Studia Zamorensia (segunda etapa)*), 67-81.

Fullana, M. A., Fernández de la Cruz, L., Bulbena, A., & Toro, J. (2012). Eficacia de la terapia cognitivo-conductual para los trastornos mentales. *Medicina Clínica*, 138(5), 215-219. <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2011.02.017>

García-Arroyo, J. M. (2021). Aspectos subjetivos de la hipocondría. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 84(3), 219-229. <https://doi.org/10.20453/rnp.v84i3.4037>

González, G. P. C., & de, D. (s. f.). *El desarrollo del ego. Sus ocho etapas según erik erikson*.

Hipocondría: Cuando la enfermedad es una obsesión. (2018, octubre 24). Top Doctors. <https://www.topdoctors.es/articulos-medicos/hipocondria-y-nosofobia-cuando-la-enfermedad-se-convierte-en-obsesion>

Hipocondria en las personas mayores. (2021, junio 1). *Centro de día Madrid - El Enebral*. <https://www.enebralcentrodedia.com/hipocondria-personas-mayores/>

Hipocondríacos: Encadenados a la enfermedad inventada. (2015, febrero 6). ELMUNDO.

<https://www.elmundo.es/salud/2015/02/06/54c237aa268e3ed52a8b457e.html>

Manual-de-técnicas-de-intervención-cognitiva-conductuales.pdf. (s. f.). Recuperado 9 de marzo de 2023, de <https://capacpsico.com.mx/wp-content/uploads/2021/06/Manual-de-t%C3%A9cnicas-de-intervenci%C3%B3n-cognitiva-conductuales.pdf>

Marangoni, A. (2009). *El origen de las palabras. Etimología de algunos términos usados en medicina.*

Martínez, M. P., Belloch, A., & de Valencia, U. (s. f.). *Efectos de un tratamiento cognitivo-conductual para la hipocondría en los sesgos atencionales.* 4.

Maxwell, J. A. (2019). *Diseño de investigación cualitativa.* Editorial GEDISA.

Mayores, I. N. de las P. A. (s. f.). *La importancia de la salud mental para un envejecimiento saludable.* gob.mx. Recuperado 11 de agosto de 2023, de <http://www.gob.mx/inapam/articulos/la-importancia-de-la-salud-mental-para-un-envejecimiento-saludable?idiom=es>

Ortiz Olivar, A. (2014). Aquatic education for drowning prevention. Contributions to its development from an experience report. *Revista Universitaria de la Educación física y el Deporte*, 7, 51.

Pereyra, D. C. N. (s. f.). *¿Qué es terapia familiar?*

Plan_adultosmayores2006-2010.pdf. (s. f.). Recuperado 15 de febrero de 2023, de https://fiapam.org/wp-content/uploads/2013/06/plan_adultosmayores2006-2010.pdf

Reestructuración.pdf. (s. f.). Recuperado 9 de marzo de 2023, de <https://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/12302/1/Reestructuraci%C3%B3n.pdf>

Rodríguez Zambrano, A., Corral, K., Macías, B., Pincay, G., Ceballos, Y., Rengifo, R., Santana, J., Intriago, S., Sánchez, G., Farías, Y., Mendoza, N., Delgado, J., Conforme, S., Ontaneda, J., Villafuerte, J., Zambrano, C., Aragonés Nuela, A. A., & Zambrano Solorzano, M. (2022). *Respuestas educativas para la inclusión y atención a la diversidad: Aportes desde la academia: Colección: respuestas educativas para la inclusión y atención a la diversidad, año 2022*. <https://doi.org/10.26820/978-9942-622-12-9>

Salud, S. de. (s. f.). 106. *Cerca del 14 por ciento de los mexicanos presenta trastorno de somatización*. gov.mx. Recuperado 31 de enero de 2023, de http://www.gob.mx/salud/prensa/106-cerca-del-14-por-ciento-de-los-mexicanos-presenta-trastorno-de-somatizacion?fbclid=IwAR05hAHeZo-0hv5wl03fOrHcBRca7mjlbbMc2_kXzIsoYjfAS2I4Y5kXXfc

Sampieri, R. H. (s. f.). *Metodología de la investigación—Sexta Edición*.

Tello-Rodríguez, T., Alarcón, R. D., & Vizcarra-Escobar, D. (2016). Salud mental en el adulto mayor: Trastornos neurocognitivos mayores, afectivos y del sueño. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 33(2), 342-350. <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2016.332.2211>

Torales, J. (2017). ¡Ayúdeme doctor, estoy muy enfermo! Una actualización de la clásica hipocondría al vigente trastorno de ansiedad por enfermedad. *Revista Virtual de la Sociedad Paraguaya de Medicina Interna*, 4(1), 77-86. [https://doi.org/10.18004/rvspmi/2312-3893/2017.04\(01\)77-086](https://doi.org/10.18004/rvspmi/2312-3893/2017.04(01)77-086)

Universidad Nacional Autónoma de México, FES-Iztacala, Perez-Laborde, L. E., & Moreyra-Jiménez, L. (2017). El quehacer del profesional de la psicología de la salud: Definiciones y Objetivos. *Vol. 3, Núm. 2 (2017) Escenarios actuales de aplicación de*

la psicología, 3(2), 136-155. <https://doi.org/10.22402/j.rdiopycs.unam.3.2.2017.81.136-155>

Universidad Nacional autónoma de México, & Oblitas Guadalupe, L. (2008). Psicología de la salud: Una ciencia del bienestar y la felicidad. *Avances en Psicología*, 16(1), 9-38. <https://doi.org/10.33539/avpsicol.2008.v16.2733>

Vaca, P. M. N.-C. de, Belloch, A., & Arbona, C. B. (1996). Hipocondría y trastornos por angustia: ¿Dos perfiles distintos de actitudes y conductas de enfermedad? *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 1(3), Article 3. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.1.num.3.1996.3824>

Zavala et al. - JORGE RAÚL PONCE ALIAGA.pdf. (s. f.). Recuperado 1 de febrero de 2023, de <http://www.ti.autonomadeica.edu.pe/bitstream/autonomadeica/805/1/Gremma%20Litsa%20Quispitira%20Quispe.pdf>