



FACULTAD DE PSICOLOGIA

# Eficacia de la psicoterapia en comparación con el tratamiento farmacológico en la ansiedad por la enfermedad.

**Estudiante:** De la cruz Gil, Ricardo Ismael

**Legajo:** 28754

**Director/es:** Ceberio, Marcelo

Tesis de Doctorado presentada para acceder al título de doctor en Psicología

2023

## FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN PARA LA PUBLICACIÓN DE OBRAS EN EL REPOSITORIO DIGITAL INSTITUCIONAL DE LA UFLO UNIVERSIDAD

**RIUFLO** - *Repositorio Institucional de la Universidad de Flores* - fue creado para gestionar y mantener una plataforma digital de acceso libre y abierto para la difusión de la creación intelectual de la Universidad de Flores.

El autor cede a la Universidad de forma gratuita pero no exclusiva, los derechos de reproducción, de distribución y de comunicación pública de su obra, a través del RIUFLO. Por lo tanto, la Universidad adopta para los ítems allí depositados la Licencia Creative Commons atribución - no comercial - compartir igual 4-0 internacional y siempre requerirá que se cite la fuente y se reconozca la autoría. De solicitar otras limitaciones, el autor podrá detallarlas en forma expresa o a través de la elección de otro modelo de Licencia.

**Autorizo la publicación de la obra:**

Desde la fecha [ ]

Dentro de los 6 meses posteriores a su aceptación [ X ]

Otro plazo mayor detallar/justificar:

Lugar y fecha: Lima, Perú, 31 de octubre 2023

Firma y aclaración del autor:

## **Índice:**

1. Introducción: .....	Pág. 4
2. Marco teórico: .....	Pág. 19
3. Antecedentes.....	Pág. 101
4. Planteo de problema.....	Pág. 128
5. Objetivos: .....	Pág. 129
5.1 Objetivo General .....	Pág. 129
5.2 Objetivos específicos .....	Pág. 129
6. Hipótesis.....	Pág. 130
7. Método.....	Pág.130
7.1 Diseño.....	Pág. 130
7.2 Participantes.....	Pág.131
7.3 Pregunta PICO.....	Pág. 131
7.4 Técnica de recolección de datos.....	Pág.132
7.5 Criterios de inclusión.....	Pág. 132
7.6 Criterios de exclusión.....	Pág.133
7.7 Metodología... ..	Pág. 133
8. Resultados previstos y de transferencia: .....	Pág.135
9. Cronograma de actividades: .....	Pág.137
10. Resultados obtenidos:.....	Pág.137
10.1 Síntesis cuantitativa.....	Pág.143
10.2 Síntesis cualitativa.....	Pág.143
10.3 Discusión.....	Pág.145
10.4 Conclusiones y recomendaciones.....	Pág.150
11.Referencias: .....	Pág.151

## **1.- Introducción**

En el año de 1673 el famoso Moliere escribía su obra el enfermo imaginario, en el que su personaje Argan estaba convencido de padecer algún tipo de enfermedad, desde entonces el trastorno hipocondriaco es considerado un trastorno de difícil tratamiento por su resistencia al cambio y dificultad para el abordaje y es que históricamente se consideraba la contraparte masculina de la histeria, relacionada más que a una afección física y corporal a una afección de la mente (Chávez, 2012). La hipocondría a lo largo de su existencia generó controversias, tal es así que al ser considerado un término estigmatizante fue eliminado por la APA y en la versión del DSM V, se introducen dos nuevos trastornos que reemplazaron el antiguo concepto de hipocondría, el primero denominado trastorno de ansiedad por enfermedad y el segundo trastorno de síntomas somáticos (APA,2013). Sin embargo, en la actualidad sigue la controversia ya que la OMS en su CIE-11, lo mantiene y lo clasifica dentro de los trastornos obsesivos compulsivos, los trastornos de ansiedad y otros trastornos relacionados con el miedo (OMS, 2018). Esta controversia respecto a la hipocondría, ha polarizado también a los expertos, algunos están de acuerdo con la APA y otros no (Starcevic, 2015).

Todas las personas en algún momento de su vida pueden tener preocupación por su salud, siendo esta una preocupación relativamente frecuente entre la población en general (Newby et al., 2017). Los temores relacionados con la enfermedad son frecuentes en la población en general, las circunstancias de la vida relacionadas con la percepción de una amenaza hacia la salud e integridad de la persona podrían detonarlo. Una noticia alarmante en los medios, el diagnóstico o el padecimiento de alguna enfermedad en algún familiar o persona allegada, la existencia de alguna molestia física que puede ser interpretada como el inicio de alguna enfermedad más grave, todo esto puede detonar el miedo a la enfermedad (López y Belloch, 2012).

Las dificultades respecto a la hipocondría no quedan ahí, los pacientes que la padecen se muestran reticentes a recibir tratamiento en los servicios de salud mental al considerar que su padecimiento es exclusivamente médico y no psicológico (Díez et al.,2003). Es por ello que la hipocondría tiene un pronóstico menos favorable, solo se recupera entre el 30 y 50 % de los casos y se estima que afecta a un 5% de la población mundial, con graves consecuencias para la salud pública (Chávez, 2012).

Una de las características de estos pacientes hipocondriacos es que se encuentran insatisfechos con la opinión de los médicos respecto a su enfermedad, presentan una mayor sensibilidad y una amplificación de las sensaciones corporales, las percepciones somáticas y la interpretación o atribución psicológica sobre ese estímulo que los lleva a una interpretación errónea y catastrófica de las sensaciones corporales, con una elevada atención focalizada a nivel somatosensorial (Sakai et al. 2010).

Sin embargo, en el trastorno de ansiedad por la enfermedad quienes lo padecen presentan una preocupación excesiva, un estado de ansiedad excesivo acerca de la salud, con la creencia de padecer una enfermedad, interpretando de forma errónea los signos y sensaciones del cuerpo buscando de esta forma encontrar la evidencia de la enfermedad y en general manteniendo una preocupación constante por padecer una enfermedad grave. Presentan ansiedad por su salud, a pesar de que no se evidencia síntoma somático alguno, con ideas disfuncionales sobre la enfermedad, y la presencia de creencias catastróficas que hace que los pacientes asocien las señales, signos y sensaciones corporales que experimentan con posibles enfermedades.

Esta preocupación por padecer una enfermedad, se encuentra sustentada en una creencia irracional, el sujeto interpreta erróneamente las sensaciones corporales, de los signos y estímulos. Las sensaciones fisiológicas normales son mal interpretadas

incrementando su ansiedad, la preocupación del paciente por padecer una enfermedad es excesiva. Incluso con escuchar que otra persona se encuentra enferma puede generarles una gran ansiedad por su salud. De esta manera, estas personas, presentan una creencia asociada respecto a su salud. La preocupación por encontrarse enferma pasa a ocupar gran parte de su vida teniendo impacto en sus actividades diarias, su imagen corporal e identidad (Deacon y Abramowitz, 2008).

En este trastorno el paciente tiene una tendencia a mantener una percepción e interpretación errada de los síntomas y signos corporales, presentando una marcada preocupación y miedo a padecer o llegar a tener una enfermedad, sin que existan síntomas somáticos asociados que la justifiquen (Pascual y Belloch, 2018). Muchas veces estos síntomas son inocuos, pero son percibidos como una señal de enfermedad o una amenaza a su salud, generándole ansiedad. Esto lleva a un incremento en la búsqueda reiterativa de signos y comprobaciones corporales y el inicio de un círculo vicioso, que genera el aumento en la atención y focalización en el cuerpo, en la búsqueda de cualquier cambio. Esta atención selectiva de búsqueda de señales y de posibles enfermedades, hace que busque información en la web, en revistas especializadas o ayuda en los profesionales de la salud. Los síntomas encontrados tratan de relacionarlos con alguna posible enfermedad, todo esto va acompañado generalmente de distrés emocional que lleva a generar diversos malestares, desde miedo y ansiedad. Esto refuerza la atención y focalización en el cuerpo y además una gran intolerancia a la incertidumbre, sobreestimación de la amenaza y el peligro de padecer una enfermedad (Fergus y Valentiner, 2011).

El elevado nivel de ansiedad y preocupación por padecer alguna enfermedad los lleva a establecer una dinámica ritualizada, caracterizada por ejecutar una serie de comportamientos que buscan: identificar o encontrar señales o signos de la enfermedad en el cuerpo, buscar la información en la web, visitar al médico para corroborar o evitarlo.

Esta dinámica interaccional también afecta a nivel cognitivo, generándoles preocupación constante y reiterativa que les produce sufrimiento, siendo esta preocupación una de las características fundamentales del trastorno de ansiedad por la enfermedad. Es la preocupación por la creencia de padecer una enfermedad y la interpretación errónea de signos y sensaciones corporales como evidencia de una enfermedad (Belloch et al., 2019).

Lo que genera una disfunción en sus actividades diarias buscando ayuda médica constantemente y utilizando de forma exagerada los servicios de salud. Llega a molestar a sus familiares cercanos y a los médicos que los atienden, afectando diversas áreas de la vida de la persona (Belloch et al., 2019). Los pacientes afectados presentan adicionalmente un trastorno psiquiátrico co- mórbido principalmente trastorno de ansiedad, trastorno de pánico u obsesivo compulsivo, consultan con mayor frecuencia los servicios de salud general y no los servicios de salud mental (Belloch et al., 2019). Incrementando y saturando la atención de los servicios de salud copándolos, siendo la tasa de utilización de recursos elevada en comparación con la población general, estos pacientes recorren un servicio y otro, van de un profesional a otro buscando validar sus temores (Rachman,2012). La interacción con los sistemas de salud lleva a incrementar y copar los servicios de salud, esos mismos estudios encuentran que la atención médica paradójicamente incrementa la ansiedad (Belloch et al., 2019). Estos pacientes pueden llegar a tener complicaciones derivadas de las pruebas, exámenes y diagnósticos a los que se someten, percibiendo erróneamente que los médicos no les prestan atención.

Por otro lado, son diversas las teorías que buscan explicar el trastorno desde las psicodinámicas, pasando por las cognitivo – conductuales hasta las teorías sistémicas, entre todas ellas el modelo cognitivo conductual ha avanzado mucho más al contar con protocolos de tratamiento y estudios clínicos que los respaldan. Encontrado una tendencia en estos pacientes a amplificar los síntomas somáticos y viscerales, así como a poseer una

interpretación catastrófica de los síntomas padecidos (Pascual y Belloch, 2018.). Cabe señalar que los tratamientos basados en los modelos cognitivos conductuales son los que tienen más estudios empíricos realizados, además que han demostrado su eficacia en el tratamiento de este trastorno (Bouman, 2008). Así mismo, con el surgimiento de la cibernética y posterior desarrollo. La ciencia positivista basada en la objetividad, la certeza y la causalidad eficiente comenzó a remecerse en sus bases epistemológicas. Pese a ello más de cincuenta años después el paradigma cibernético de la circularidad no ha logrado desplazar a la linealidad de la ciencia (Ceberio,2008). La psicoterapia no ha sido ajena a este cambio de paradigma y se observa en distintos ámbitos. Desde la falta de autocrítica por parte de los terapeutas para poder sacar adelante a sus consultantes, responsabilizando a la resistencia de este a poder cambiar y crecer. Evidenciando todavía la existencia de un paradigma centrado en la linealidad y la objetividad absoluta.

### **1.1.- Psicoterapia y uso de fármacos**

Mantenemos hoy dos paradigmas que se encuentran conviviendo juntos. En el campo de la psicología y la psicoterapia, históricamente se ha venido dando una lucha entre dos posiciones, una biologicista u organicista y otra psicologicista respecto al uso de los fármacos y a la validez de los modelos teóricos. Enfrascados en una contienda que solo evidenciaba la perspectiva lineal de sus oponentes. Ambas en una clara dicotomía cartesiana. Un enfrentamiento además que se daba desde el consultorio ( Ceberio, 2016). Por un lado, una oposición a la farmacología. Con argumentos que sustentaban que el fármaco solo apunta al síntoma y no cura la raíz del problema. O que es un negocio de las farmacéuticas y los grandes laboratorios que solo están interesados en lucrar. Y por otro una descalificación total al trabajo del psicoterapeuta en específico en la figura del psicólogo. Estas dos posiciones casi irreconciliables llevaron a la existencia de un conflicto entre el profesional psicólogo y psiquiatra, situación que llevó a generar una

relación que lejos de ayudar al crecimiento y desarrollo del consultante, generaron malestar y confusión. En especial en situaciones en las que, con un mismo consultante, este recibe atención tanto del psiquiatra como del psicólogo. Construyéndose triangulaciones con el consultante en medio de un fuego cruzado (Ceberio, 2016). En todo este conflicto, una de las premisas que se utiliza indica que la terapia psicológica nunca puede ser sustituida por el fármaco. Esta involucra que siempre el psicofármaco acompaña a la psicoterapia. Desde esta perspectiva el psicofármaco es necesario para ayudar a potenciar el efecto en dirección de los objetivos propuestos en la terapia. En casos en los que sea necesario acelerar los tiempos, minimizar los síntomas. Incluso, ni siquiera en casos muy severos el protagonista debería ser la terapia farmacológica (Ceberio, 2016). Siempre debería ser la psicoterapia la que lleva la dirección principal enfocada en la solución. En estos casos más graves en donde el psicofármaco alcanza especial protagonismo, no se alcanza efectividad si no se apoya con la psicoterapia. Sin embargo, ha venido sucediendo todo lo contrario. La psicoterapia ha sido históricamente relegada y supeditada a la farmacoterapia. Hablando específicamente del tratamiento de la hipocondría, esto se ha hecho más evidente hasta nuestros días. Por ello podríamos mencionar que un abordaje combinado es mucho mejor. El empleo de psicofármacos no es aconsejable como única estrategia de intervención terapéutica. Una intervención es efectivamente más eficiente si se aplican los fármacos conjuntamente con la psicoterapia (Ceberio, 2016; Ceberio y De la Cruz, 2023). Teniendo en cuenta esto, y sabiendo que es mejor, en caso se requiera, una combinación de psicoterapia con farmacoterapia, con la dirección de los objetivos planteados por el psicoterapeuta.

Cabe señalar que todavía hay otras barreras a sortear y que tienen que ver con la vigencia del modelo biomédico, esto se hace evidente, cuando hablamos de conceptos tales como tratamiento y enfermedad. Todo esto debido a que tanto la concepción de tratamiento

como de curación involucran la premisa de que la persona que consulta es un enfermo, por lo que debe ser curado. Evidenciando el modelo biomédico imperante. Modelo que aún permanece presente en la psicoterapia. Para ello el tratamiento se concibe como la metodología sistematizada que permitirá curar dicha enfermedad. Modificar el término paciente involucra dejar atrás el paradigma epistemológico biomédico centrado en la trílogía enfermedad, curación y tratamiento que está muy presente en la concepción médica de salud y enfermedad. Y que lleva implícito el rótulo de quién posee una enfermedad es un paciente. Quién a su vez es el que espera ser atendido y lo pone de inicio en una posición inferior, atribuyéndole poder al terapeuta, trazando inmediatamente una distinción asimétrica en la relación (Ceberio, 2008). Involucra también un cambio en la concepción del ser humano, dejar de concebirlo como un enfermo que necesita tratamiento. Esto implica el cambio de enfermedad a tratar por problema a resolver, lo que significa un cambio en el paradigma, ya que supone comprender al ser humano en interacción con su medio. Una concepción más holística. El cambio propuesto de tratamiento por trabajo terapéutico está alineado con la concepción más sistémica. Lo cual implica, concebir al ser humano como un sistema complejo, un sistema teleológico basado en el logro de metas (Von Bertalanffy, 1989). Desde esta posición el trastorno emocional supone el desequilibrio y el bloqueo en la consecución de dichas metas. Involucra también una concepción de enfermedad desde una perspectiva más holística, que incorpore lo orgánico y lo psicológico. Teniendo en cuenta la interinfluencia entre los factores biológicos, cognitivos, psicológicos e interaccionales. Enmarcados en un contexto determinado (Ceberio, 2016). La posición actual desde una perspectiva más holística, busca complementariedades más que escisiones, alejándose de la dicotomía de posiciones irreconciliables. En general, y teniendo en cuenta las evidencias en un abordaje integral ambos psicólogo y psiquiatra, terapia farmacológica y psicoterapia, son una

combinación exitosa (Ceberio, 2016; Scherb y Kerman, 2022). Entendiendo al ser humano desde una perspectiva sistémica. Un todo en el que confluyen aspectos biológicos, emocionales, bioquímicos, hormonales, neuronales, así como familiares y sociales. Rompiendo la visión cartesiana y positivista para adoptar una visión más holística y complementaria.

## **1.2.- La Psicoterapia**

Después de este análisis, queda la pregunta ¿Qué es la psicoterapia? y ¿Cómo se integra a toda esta discusión?. Desde un punto de vista sistémico la psicoterapia es la relación de dos personas, en la que una de ellas, llamada el consultante, asiste a consultar a otra, el terapeuta. Este último capacitado en resolver problemas humanos. Teniendo como objetivo solucionar el problema del consultante. La psicoterapia puede realizarse de manera individual, pareja, familiar o grupal (Ceberio,2008; Ceberio y Watzlawick, 2008). El terapeuta entrenado en un modelo psicológico sistematizado compuesto de técnicas, procedimientos y estrategias clínicas se encuentra capacitado para resolver los problemas que trae el consultante (Ceberio, 2008). La pericia del psicoterapeuta implica ser competente en dicho modelo, conocer su epistemología, su corpus teórico que lo sustenta, evidenciar el manejo de los procedimientos, técnicas y estrategias clínicas que distinguen dicho modelo.

De esta manera, la finalidad de la psicoterapia no se encuentra en el diagnóstico. El terapeuta deja de lado buscar identificar la categoría nosográfica y el rótulo del consultante para buscar cimentar la relación e identificar la estrategia adecuada para estructurar el proceso terapéutico (Ceberio, 2016). El modelo teórico le brindará al terapeuta los lentes necesarios sobre los cuales observará al consultante. Así, desde una perspectiva cibernética pondrá el foco en lo interaccional, en las soluciones intentadas,

en los patrones existentes. Resolver problemas humanos se convierte en su finalidad, y esto implica no sólo el conocimiento de un marco teórico, la experiencia clínica del terapeuta, y la aplicación de herramientas y tácticas articuladas para el logro de objetivos son muy relevantes. Al igual que la incorporación de la creatividad del terapeuta (Ceberio, 2016). Lo que finalmente convierte a la psicoterapia en un arte, de este modo más que solo una técnica rígida a emplear, la psicoterapia es una verdadera expresión artística. Existe arte en la creatividad, en la forma de prescribir, en la selección de una metáfora, en el uso del cuerpo y en el manejo de la voz (Zaldivar,1995; Riveros, 2013). La psicoterapia por lo tanto engloba arte y técnica al servicio del consultante.

Por otro lado, desde esta perspectiva sistémica y dejando de lado el modelo biomédico, esta definición tiene la característica de alejarse del modelo imperante. Incorporando términos tales como trabajo terapéutico y resolución. Excluyendo tratamiento y curación, más característicos del modelo médico (Ceberio,2008). La nueva psicoterapia emerge sobre la base constructivista entendiendo a la realidad como una construcción, centrada en el presente ya que considera que el pasado es inmodificable, planteándose solo reformular la historia presente. Interactiva, cambiando el foco de lo intrapsíquico a la relación entre los elementos del sistema. Desde esta perspectiva más holística es importante comprender que la psicoterapia como un todo homogéneo en el que interactúa terapeuta y consultante pero que a la vez confluyen con otros profesionales como el médico clínico, el trabajador social, el abogado, etc. (Ceberio, 2016). Por otro lado, siguiendo la perspectiva sistémica, el contexto en el cual se desarrolla la psicoterapia también cobra importancia. Desde los primeros planteamientos epistemológicos de la cibernética se plantea que el contexto no es un mero fondo pasivo, sino que por el contrario influye en el comportamiento. El contexto es una matriz de significados, un marco semántico que influye sobre el sistema (Bateson,1998; Ceberio, 2016).

Es el contexto terapéutico en el que se realiza este intercambio interaccional entre terapeuta y consultante. Cobra importancia ya que metacomunica e influye en las reglas de juego de la interacción (Ceberio, 2008). No es lo mismo atender terapéuticamente en un hospital público o en un hospital privado, en la casa del consultante o en una oficina de su centro de labores. Como en las intervenciones que se realizan en los casos de violencia intrafamiliar, en donde se atiende al agresor masculino en un consultorio dentro del ministerio de la mujer o en la defensoría de la mujer. Este último ejemplo nos permite identificar mejor cómo es que el contexto metacomunica, brinda información y no es solo un mero ente pasivo (De la Cruz, 2008; De la Cruz, 2013). Por lo tanto, el contexto como espacio relacional en el que se van a realizar las interacciones entre terapeuta y consultante, influye activamente en la intervención terapéutica, incrementando, alentando, retrotrayendo o limitando el proceso terapéutico (Ceberio, 2008).

Así mismo, el sistema terapéutico compuesto principalmente por el terapeuta y el consultante, juntos al iniciar y acordar el proceso terapéutico definen el problema a trabajar y delimitan la meta a lograr. Esta representa la visión conjunta, el sentido y el para qué de la existencia del espacio terapéutico (De la cruz Gil, 2023). Esta visión compartida entre terapeuta y consultante se encuentra a nivel de estrategia. La estrategia implica la identificación de un objetivo y la planificación coordinada y articulada de acciones para lograrlo. Esto implica la coordinación de actividades, la organización de recursos y la selección y luego ejecución de acciones que permitan alcanzar los objetivos. Las acciones que diseña el terapeuta tienen por objetivo avanzar en el logro de dicha meta, para ello el terapeuta selecciona, organiza y planifica las acciones que serán más adecuadas para el logro del objetivo. Estas acciones son las técnicas y maniobras que se aplicaran al caso. Las técnicas se encuentran estandarizadas y siguen un protocolo sistematizado. Las tácticas son producto de la espontaneidad y la creatividad del

terapeuta. Todas las técnicas son tácticas, pero no todas las tácticas son técnicas (Ceberio,2008). Las tácticas están subordinadas a la estrategia. Y cuya aplicación dependerá del plan que se haya elaborado. Ambas se encuentran en distintos niveles lógicos. La psicoterapia no es solo la aplicación de un estricto y rígido protocolo, involucra también un espacio para la creatividad y la espontaneidad. El proceso terapéutico al ser un sistema abierto y complejo, interactúa con la incertidumbre y el azar. Es ahí que, deja de ser solo una rígida técnica para dar espacio al arte. La psicoterapia como arte, brinda un lugar para la creatividad, la flexibilidad, la innovación y el aprendizaje (Bartoli y De la Cruz, 2023). Terapeuta y consultante interactúan y emergen juntos. Ambos se convierten en un solo sistema. Un sistema que emerge sinérgicamente expuesto a diferentes causalidades: la eficiente, la ascendente, la descendente, la causalidad final y la causalidad circular. El cambio, la transformación y el aprendizaje son el resultado de la confluencia de ese todo sinérgico en el que terapeuta y consultante participan activamente.

Las intervenciones que realiza el terapeuta se dividen en tres tipos: Las verbales, que involucran la persuasión y el cambio de marcos semánticos. Las intervenciones corporales, que involucran el lenguaje analógico. Las intervenciones de acción, que son las prescripciones de comportamiento. Se desarrollan principalmente fuera del contexto de la sesión (Ceberio, 2008). La psicoterapia desde un punto de vista cibernético, se convierte de esta manera en un agente entrópico respecto a la estructura del problema a trabajar, y a un nivel superior en un agente homeostático, estabilizador del caos. A un nivel inferior, a nivel del problema, se relaciona con la estructura del comportamiento sintomático. Los patrones recursivos que integran el problema a resolver. A ese nivel la psicoterapia modifica la estructura y corta el ciclo recursivo de soluciones intentadas ineficaces que pone en práctica el consultante y que paradójicamente solo agravan el

problema. De esta manera, la psicoterapia acelera la entropía permitiendo la deconstrucción del problema. A un nivel superior, a nivel del sistema, actúa como agente estabilizador del caos (Ceberio, 2008). Por lo tanto, actúa generando entropía a nivel inferior y negentropía a nivel del sistema consultante. Todo esto, finalmente permite lograr el equilibrio y bienestar emocional. Por ello, terapeuta y consultante forman un equipo de trabajo cuyo objetivo es el cambio y la modificación del problema en el consultante, permitiéndole lograr la meta acordada en la terapia. Que finalmente le brinde el equilibrio y bienestar emocional. La relación que establecen es un encuentro en el diálogo, simétrico y horizontal, mediante el cual van construyendo sesión tras sesión una nueva realidad y a la vez deconstruyendo la estructura del comportamiento problema.

Desde esta concepción el terapeuta no es el dueño de la verdad, ni se encuentra en una posición superior respecto al consultante. Es consciente que el cambio terapéutico es un proceso sinérgico y emergente que los involucra a ambos. Que desde una concepción autopoiética, el consultante se encuentra cerrado a instrucciones cognitivas externas (Maturana y Varela, 2020). Que requiere por lo tanto un proceso previo que Bateson llamó generación de contexto, que involucra una serie de estrategias que van desde hablar el lenguaje del paciente crear sintonía y rapport (Bateson,1998; Ceberio y Watzlawick,2008). Lo que podemos conocer como el fortalecimiento de la alianza terapéutica que se sabe es la responsable de alrededor del 40% del éxito en un tratamiento psicoterapéutico (Scherb y Kerman, 2022; Scherb et al., 2023). Trabajar en el desarrollo de la alianza terapéutica requiere de un encuentro que implica la legitimación del otro, el reconocimiento del otro como legítimo otro en la relación, y el respeto por su modelo del mundo. Involucra la incorporación fundamental de una objetividad entre paréntesis, que implica la no existencia de una sola verdad y el respeto por el modelo del mundo del consultante.

La psicoterapia desde esta perspectiva es un modelo relacional que involucra el afecto, el manejo de los sentimientos, la metacomunicación terapéutica. Convirtiéndose en un catalizador del cambio y facilitando las intervenciones. De ahí la importancia del vínculo terapéutico y el afecto en dicho encuentro. La relación amorosa es uno de los motores del vínculo terapéutico. En el contexto terapéutico el consultante moldea cómo se desarrolla una relación funcional y clara. Un espacio en el que se resaltan los recursos y capacidades de cara al cambio, el aprendizaje y el crecimiento.

Por otro lado, cabe señalar que la psicoterapia como producto cultural, es influenciada por el contexto más amplio en el cual se desarrolla. De esta manera el contexto social, económico y cultural, así como el paradigma académico vigente imprimen su influencia en los modelos psicoterapéuticos que surgen isomórficamente de la convergencia de todos estos factores. La psicoterapia en consecuencia es producto de su tiempo y su contexto. De esta manera el psicoanálisis Freudiano, el Lacaniano, el modelo gestáltico y el Rogeriano, por citar algunos, responden a las características particulares de su tiempo y espacio histórico, social y cultural. El modelo de psicoterapia breve del MRI evidencia las características del momento social de post guerra y el pragmatismo de la sociedad americana (Ceberio, 2008). Ahora nos encontramos experimentando una etapa post pandemia con características especiales que han marcado su influencia en la psicoterapia, nos han llevado del encuentro personal y presencial. El mismo que se daba en un espacio físico, en un contexto determinado, cara a cara con proximidad afectiva. Hemos pasado a un encuentro terapéutico digital, ante una cámara, sin proximidad física. Nuevos retos y nuevos cambios influyen en la psicoterapia y se ven en el horizonte.

### **1.3.- Impacto de la hipocondría**

La hipocondría o ansiedad por la enfermedad, se ha visto incrementada durante la pandemia. En este periodo post pandémico se pueden seguir evidenciando sus secuelas presentes en la sociedad. Las consecuencias de esta enfermedad trascienden los aspectos clínicos e impactan a nivel familiar, social e incluso laboral, ya que quienes lo padecen tienen una tendencia a realizar continuas visitas a los médicos y centros de salud, seguir tratamientos farmacológicos, someterse a continuos y muchas veces costosas evaluaciones y exámenes clínicos, que incrementan por un lado los costos de esta enfermedad. Siendo una condición perturbadora y costosa para los sistemas de salud (Fink et al., 2010). También afecta la salud emocional de quienes lo padecen, por el desgaste emocional que implica para ellos, al no encontrar a nivel físico el supuesto origen o el causante de su problema, afectando también las relaciones familiares y laborales (Deacon y Abramowitz, 2008; Fergus y Valentin, 2011).

Debido a la elevada resistencia que presenta este trastorno, como lo mencionáramos, la terapia farmacológica ha sido la más recomendada y utilizada tradicionalmente en el tratamiento de la hipocondría. Quedando históricamente la psicoterapia relegada y subordinada al tratamiento farmacológico. Sin embargo, en las últimas décadas, la psicoterapia ha experimentado un desarrollo teórico y técnico sorprendentes. Lo que han llevado a contar con nuevas técnicas y herramientas que hacen posible una mejor intervención psicoterapéutica en el tratamiento de la hipocondría (Abramowitz et al., 2007; Buwalda et al., 2007; Sorensen et al., 2011; Hedman et al., 2013; Bartoli y De la Cruz, 2023).

En el contexto actual post pandemia, se hace necesario contar con técnicas y modelos psicoterapéuticos que puedan hacer frente al incremento de la prevalencia de los trastornos en la salud mental que como consecuencia directa del Covid-19 y de las políticas de confinamiento establecidas por los distintos gobiernos vienen afectando a la

sociedad Latinoamericana y mundial. El presente estudio pretende conocer la eficacia de la psicoterapia en comparación con la terapia farmacológica en el tratamiento de la hipocondría, por sus implicancias presenta relevancia clínica, terapéutica, social, económica y de salud pública.

## **2.- Marco Teórico**

El trastorno hipocondriaco o también conocido como ansiedad por la enfermedad es considerado un trastorno de relevancia clínica, social y de salud pública, por los efectos y consecuencias que tiene. Es también un trastorno de difícil tratamiento por su resistencia al cambio, dificultad para el abordaje y unido a que los pacientes que la padecen se muestran reticentes a recibir atención en los servicios de salud mental al considerar que su padecimiento es exclusivamente médico y no psicológico (Lacunza et al. 2016). Adicionalmente la hipocondría se caracteriza por el consumo compulsivo de los recursos

médicos y los servicios de salud lo que hace que este trastorno tenga una gran repercusión social y económica en quienes la padecen (Barsky et al., 2001).

Este trastorno, se caracteriza por que el paciente presenta una preocupación obsesiva y constante de padecer alguna enfermedad, sustentado en interpretaciones erróneas de las señales corporales que le causan una elevada ansiedad (APA, 2013). Esta condición lleva a quien la padece a visitar constantemente al médico y hacer uso continuo de los servicios sanitarios, a la vez que presenta un comportamiento compulsivo de comprobación de su estado físico (OMS, 2018).

### **2.1.-Manifestaciones clínicas de la hipocondría**

A nivel clínico la hipocondría presenta una serie de características entre ellas la persistente preocupación por padecer una o más enfermedades teniendo como fundamento la interpretación errónea de los síntomas somáticos (APA, 2013). Los estudios realizados sobre este trastorno han identificado inicialmente tres dimensiones que caracterizan a la hipocondría, la primera está relacionada con la fobia a la enfermedad, la segunda con la preocupación por el cuerpo y la tercera la convicción de estar sufriendo una enfermedad. Se han incorporado otras dimensiones como la que llevaría a la ejecución de comportamientos de comprobación corporal y la búsqueda de información sobre sus posibles síntomas clínicos. La renuencia a aceptar la opinión médica confirmando que no padece enfermedad alguna. El temor constante de presentar una enfermedad, es muy característicos en el paciente hipocondriaco.

**Tabla N° 1**  
Características de la Hipocondría

<b>Características</b>
Fobia a la enfermedad
Preocupación por el cuerpo
Convicción de estar sufriendo una enfermedad

---

Comportamientos de comprobación corporal

Búsqueda de información sobre síntomas clínicos

Renuencia a aceptar la opinión médica

Buscan conversar respecto a los síntomas y señales  
de las enfermedades

Búsqueda de información sobre los síntomas y  
enfermedades

---

La intensidad de los síntomas puede permanecer en el tiempo y variar entre un paciente y otro, de esta manera algunos pacientes pueden realizar más comprobaciones y estar más enfocados en buscar información sobre sus posibles síntomas y otros estar más ansiosos ante la creencia de que ya tienen una enfermedad grave, debido a la comprobación realizada de los síntomas corporales.

En sus relaciones sociales, incorporan los temas referidos a las enfermedades, buscan dialogar respecto a síntomas y señales de las enfermedades, estando atentos a escuchar o buscar información sobre algunas enfermedades. Esto los lleva a buscar información respecto a alguna enfermedad o respecto a los síntomas que han encontrado y que piensan que están padeciendo.

Los pacientes con hipocondría presentan también una gran preocupación por el cuerpo, concentrándose en las funciones corporales, realizan una constante y continua evaluación del cuerpo, estando atentos ante cualquier señal que podría ser el síntoma de una grave enfermedad. Esta preocupación por el cuerpo llega a ser obsesiva, convirtiéndose en una búsqueda obsesiva de señales corporales, buscando comprobar que efectivamente se encuentran sanos. Son capaces de enfocarse en pequeñas señales o signos que validen su preocupación, obsesionándose. Buscan tener el control de todo lo

que les ocurre en su cuerpo. Así como una inusual persistencia de comprobar que están sanos. Se encuentran obsesionados por pensamientos, imágenes y sentimientos relacionados con la presencia de una enfermedad grave que pueda llevarlos a la muerte.

**Tabla N° 2.**  
Dimensiones y comportamientos de la hipocondría

<b>Dimensión</b>	<b>Comportamientos</b>
Atención focalizada	Concentrados en las funciones corporales
Rituales	Realizan una constante evaluación y chequeo del cuerpo
Pensamientos	Preocupación obsesiva y recurrente por la enfermedad Preocupación por el cuerpo buscan tener el control de todo lo que les ocurre en el cuerpo
Relaciones sociales	Buscan conversar sobre las enfermedades, síntomas y señales
VAK (Visual, auditivo y kinestésico)	Imágenes, sensaciones y diálogo interno catastrófico de que pueden estar padeciendo una enfermedad

Quienes padecen de ansiedad por la enfermedad se pueden quejar de uno o más síntomas. Habiéndose observado que las quejas más frecuentes son las referidas a algunas partes del cuerpo como la cabeza, el cuello, el pecho, la piel, la zona del abdomen,

relacionada a todo el sistema gastrointestinal, el sistema músculo esquelético, el sistema nervioso (Pilowsky, 1970).

Adicionalmente manifiestan quejas constantes respecto a padecer síntomas corporales. Ante la revisión de un facultativo, por lo general, encuentra que dichas quejas no tienen base orgánica o de existir la preocupación por los síntomas resulta ser demasiado desproporcionada.

Los pacientes hipocondriacos tienden a interpretar los síntomas de manera catastrófica, al estar pendientes de las manifestaciones de su cuerpo, encuentran con facilidad muchas sensaciones y síntomas que luego son consideradas como una señal de enfermedad grave (Robbins y Kirmayer, 1996; Arnáez, 2019).

Otra característica, es que estos pacientes más que estar preocupados por el síntoma en sí, se encuentran más agobiados por las implicancias y consecuencias de dicho síntoma. La percepción que tienen del síntoma y la reacción que presentan. Consideran que los síntomas corporales requieren atención ya que potencialmente pueden ser una manifestación de una enfermedad grave experimentando miedo, irritabilidad y una gran intolerancia a la incertidumbre (Slavney, 1987; Haenen et al., 1997).

A nivel clínico si comparamos este trastorno hipocondriaco con otros trastornos clínicos como el trastorno de pánico, tenemos que el trastorno de pánico requiere la aparición de crisis de angustia imprevisibles, no limitadas a circunstancias particulares como si ocurre con la hipocondría (Lacunza et al., 2016). Por otro lado, en la fobia a la enfermedad o nosofobia el paciente presenta un gran temor a contraer una enfermedad, presenta una expectativa ansiosa centrada en el futuro temiendo que ocurra lo temido. En el trastorno hipocondriaco por el contrario el temor se centra en el presente y el paciente está convencido que ya se encuentra enfermo (Lacunza et al., 2016). En los pacientes que

tienen ansiedad generalizada no se encuentra prioritariamente la preocupación por su salud, tienen múltiples preocupaciones, en el que los síntomas somáticos o el miedo a la enfermedad no son la principal preocupación (Lacunza et al., 2016). Por otro lado, en los pacientes que presentan trastornos obsesivos compulsivos pueden manifestar comportamientos compulsivos y pensamientos intrusivos relacionados con la enfermedad, estas ideas referidas a las enfermedades son menos intrusivas en los que padecen este trastorno (Gellatly y Beck, 2016). Los pacientes que padecen trastornos depresivos, presentan bajo estado de ánimo y fatiga. Si bien presentan algunas rumiaciones acerca de la salud, estas no son el foco principal, como si es el caso en el trastorno hipocondriaco.

Históricamente se consideraba a la histeria una enfermedad exclusiva de las mujeres y en ese sentido la hipocondría era la contraparte masculina, relacionada más que a lo físico y corporal a la mente (Chávez, 2012). Como hemos podido apreciar en el análisis realizado, la hipocondría al igual que muchos otros trastornos mentales, coexiste con otros, siendo más la norma que la excepción. Existiendo una tendencia a convertirse en un problema crónico cuando se encuentra presente en la vida del paciente (Belloch et al., 2019). La hipocondría puede llegar a cronificarse y eso debido a que los pacientes que la padecen pueden ocultar el problema debido, entre otras causas, al miedo o la vergüenza que les genera ser estigmatizados. También a la falta de conciencia de que padecen una enfermedad. Es por ello que la dificultad en dar con el diagnóstico correcto, la falta de instrumentos diagnósticos que permitan identificar el trastorno y evitar así una cronificación del mismo. Así como una mayor demanda de servicios de salud y visitas a diversos especialistas, y el incremento de los gastos hacen de este trastorno difícil de tratar (Belloch et al., 2019). La preocupación por la salud afecta la vida familiar, el entorno social y laboral del paciente.

Los temores relacionados con la enfermedad son frecuentes en la población en general, diversas situaciones y circunstancias de la vida relacionadas con la percepción de una amenaza hacia la salud e integridad de la persona podrían detonar el trastorno. Una noticia alarmante en los medios, el diagnóstico o el padecimiento de alguna enfermedad en algún familiar o persona allegada, la existencia de alguna molestia física que puede ser interpretada como el inicio de alguna enfermedad más grave, todo esto puede detonar la enfermedad (Pascual y Belloch, 2018). A nivel transgeneracional existiría un desencadenante asociado a algún acontecimiento crítico que llevaría a un estado de ansiedad por la salud en la persona que lo padece, desde ahí una enfermedad en un familiar, la muerte de un ser querido, un grave padecimiento prolongado derivaría en un estado de ansiedad por la enfermedad (Belloch et al., 2019).

Según algunos estudios los padres tienen un rol importante en la transmisión transgeneracional de las creencias a sus descendientes (García-Soriano y Belloch, 2013). La incertidumbre activa, una tríada emocional como el miedo, la ansiedad y la angustia (Ceberio, et al., 2021). A nivel personal el paciente manifiesta tener presencia de síntomas físicos, sin que exista evidencia orgánica de poseerlos o que los explique, los síntomas no son producidos intencionalmente o son fingidos, las molestias o la explicación de la sintomatología por parte del paciente es vaga, general, poco relacionada con otros cuadros clínicos. Referidos más bien al dolor, el sistema cardiorrespiratorio o intestinal (López, 2011).

Otra característica es la tendencia en estos pacientes a amplificar las señales corporales, presentan un umbral más bajo en la sensación somática, son capaces de identificar incluso pequeños cambios en la actividad fisiológica (Barsky et al., 2001). Los pacientes con preocupaciones hipocondriacas, lejos de ser una entidad independiente, podría entenderse como un problema asimilable a otros trastornos psicopatológicos

(López, 2011). Un punto relevante a tener en cuenta para el tratamiento, se refiere a identificar si prevalece en el trastorno, un componente más fóbico o un componente de convicción de enfermedad. Ya que existirían diferencias por las características clínicas de todas las personas en algún momento pueden tener más preocupación por su salud, siendo esta una preocupación relativamente frecuente entre la población en general (Pascual y Belloch, 2018). Identificar dichos componentes ayudarían en el establecimiento del plan terapéutico más centrado en las creencias o en el componente fóbico.

## **2.2.-Dinámica relacional de la hipocondría**

La hipocondría presenta una serie de patrones repetitivos tanto cognitivos como comportamentales, estos patrones permiten aproximarnos a la comprensión del trastorno. Un patrón recurrente en la hipocondría es la alteración en el comportamiento. Los pacientes con hipocondría realizan conductas que tienen por objetivo aliviar las preocupaciones que sienten por su salud, en ese sentido realizan comportamientos cuya finalidad es menguar dicho malestar, pero que paradójicamente los incrementan (Ver figura N° 1). Estos patrones pasan por ejecutar una serie de comportamientos tales como la vigilancia constante sobre su cuerpo. Se encuentran atentos ante cualquier pequeño cambio que pueda suceder, que incluso los lleva a verificar constantemente sus funciones corporales de forma repetitiva como medir o verificar la presión corporal, medirse la temperatura, verificando su cuerpo en busca de algún cambio, en búsqueda de alguna señal de disfunción.

Esta atención excesiva y focalizada sobre el cuerpo tiene dos efectos, por un lado, se genera una hipersensibilidad a los cambios generados en su cuerpo, incluso producto de procesos fisiológicos normales como los procesos digestivos o la salivación. Pueden

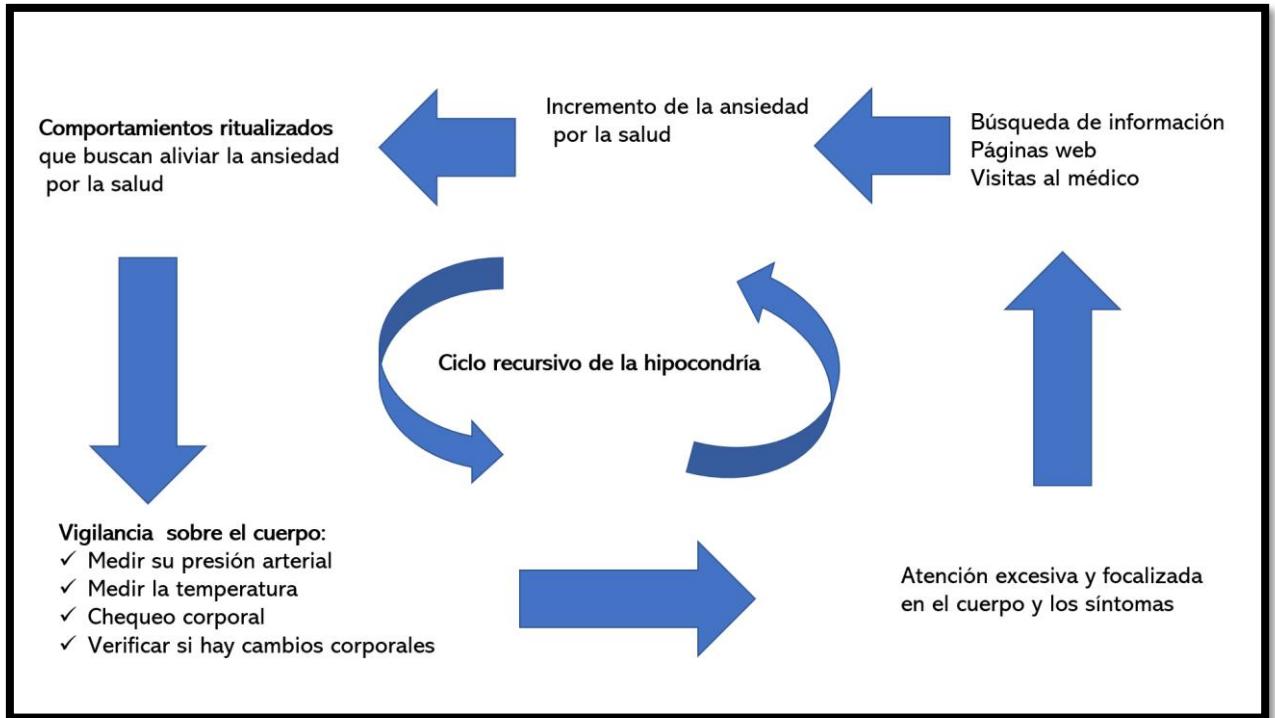
ser considerados como una señal de disfunción, alertándolos de una posible enfermedad. Lo segundo, es que, en el afán de prevenir, empiezan a ejecutar una serie de comportamientos de acopio de documentación e información respecto a los síntomas y las señales percibidas. Esto los lleva a buscar información constantemente y de forma reiterada sobre las posibles enfermedades que puede estar padeciendo y correlacionarlo con los signos y síntomas encontrados. Ante la evidencia documentada, el comportamiento se retroalimenta y esta vez, pueden incluso realizar una búsqueda más fina de señales adicionales, según lo encontrado en la literatura revisada. De esta manera, pueden medirse la presión, el pulso o cualquier otra acción que corrobore sus sospechas. Si el registro no coincide con los valores esperados le genera ansiedad (Rachman, 2012). Incrementando el circuito recursivo, en un espiral que se retroalimenta.

En la dinámica relacional del trastorno, juegan un papel muy importante los comportamientos ritualizados, que estos pacientes realizan. Inicialmente tienen una finalidad preventiva y en ese sentido ejecutan estos comportamientos de chequeo y comprobación constantemente de que no tienen ninguna enfermedad. Estos comportamientos presentan ciertos patrones reiterativos, se dan en un rango de horas, con una frecuencia y en un contexto específico. Siguen también una secuencia cognitiva e interaccional. De esta manera, estos pacientes pueden hacer un chequeo corporal en la privacidad de su dormitorio, todas las mañanas en la búsqueda de alguna señal de anomalía. Se genera un patrón que establece una dinámica de revisión del cuerpo. Que lejos de aliviar la preocupación, solo la incrementa, aumentando la ansiedad y la preocupación por padecer una enfermedad.

Posteriormente, pueden preguntar con frecuencia a sus familiares y amigos si notan alguna señal o alguna anomalía en su cuerpo. Están interesados en conversar sobre las enfermedades, sus signos, sus síntomas. Adicionalmente pueden llevar estas consultas

a los facultativos. Realizan frecuentemente consultas virtuales en páginas de salud o consultan información relacionada. Es por ello que la comprobación y el reaseguro son típicos en la dinámica de estos pacientes.

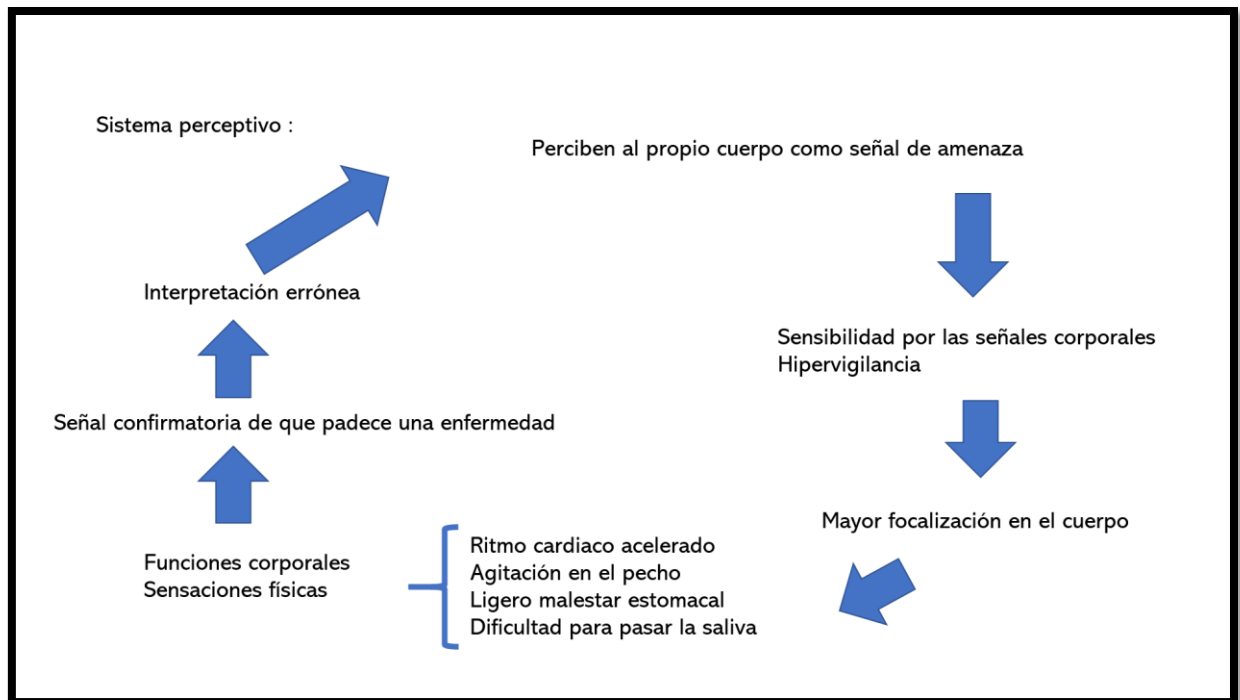
**Figura N° 1. Ciclo recursivo de la Hipocondría**



Otra característica de este padecimiento presente en su dinámica es la interpretación errónea de las funciones corporales. Usualmente las alteraciones que registra el paciente no guardan relación con procesos disfuncionales y se trata más bien de alteraciones normales que son interpretadas erróneamente. Los pacientes hipocondriacos toman como prueba de que efectivamente se encuentran enfermos. El estrés y la ansiedad los llevan a que los comportamientos ritualizados de vigilancia corporal, incremente la sensibilidad de los pacientes a las señales corporales (Abramowitz y Braddock, 2006). Se presenta también una sensación de incapacidad en los pacientes para manejar sus preocupaciones, la búsqueda de información en internet tiene efectos más negativos que positivos en estos pacientes.

Muchos de los usuarios de internet buscan información sobre las enfermedades y van en una búsqueda de escalada saltando de un tópico más leve a uno más grave (White y Horwitz, 2009). Otra característica es el aumento de la sensibilidad por el cuerpo. En la ansiedad por la salud, los pacientes se manifiestan mucho más sensibles a las sensaciones físicas relacionadas con la activación del sistema nervioso simpático, la sensibilidad de estos pacientes ante la ansiedad sería un predictor de la ansiedad por la salud y esto unido a la presencia de alexitimia, referida a la incapacidad de expresar emociones, resultándoles dificultoso a estos pacientes expresar verbalmente sus emociones, aunque no explicaría el trastorno hipocondriaco (López, 2011). Los mecanismos asociados a la hipervigilancia corporal y al incremento de la sensibilidad, lleva a que estos pacientes experimenten un estado de activación emocional. La preocupación por padecer una enfermedad los lleva a permanecer alertas, lo que los conduce nuevamente a buscar señales en el cuerpo que comprueben de que puede ser una manifestación de la posible enfermedad que está padeciendo, la amplificación de las señales provenientes del cuerpo, lleva a incrementar la ideación perturbadora del padecimiento. Interpretando erróneamente incluso funciones regulares del cuerpo sin significación clínica, como señal de un posible grave padecimiento (Ver figura N° 2). De esta manera, la dificultad para pasar la saliva, el ritmo cardíaco, la agitación en el pecho o un ligero malestar estomacal son señales que comprueban sus temores. De ahí que estos pacientes se encuentran muy centrados en el cuerpo, percibiendo al propio cuerpo como la fuente de amenaza principal (López y Belloch, 2012).

**Figura N° 2. Sistema perceptivo de la hipocondría.**

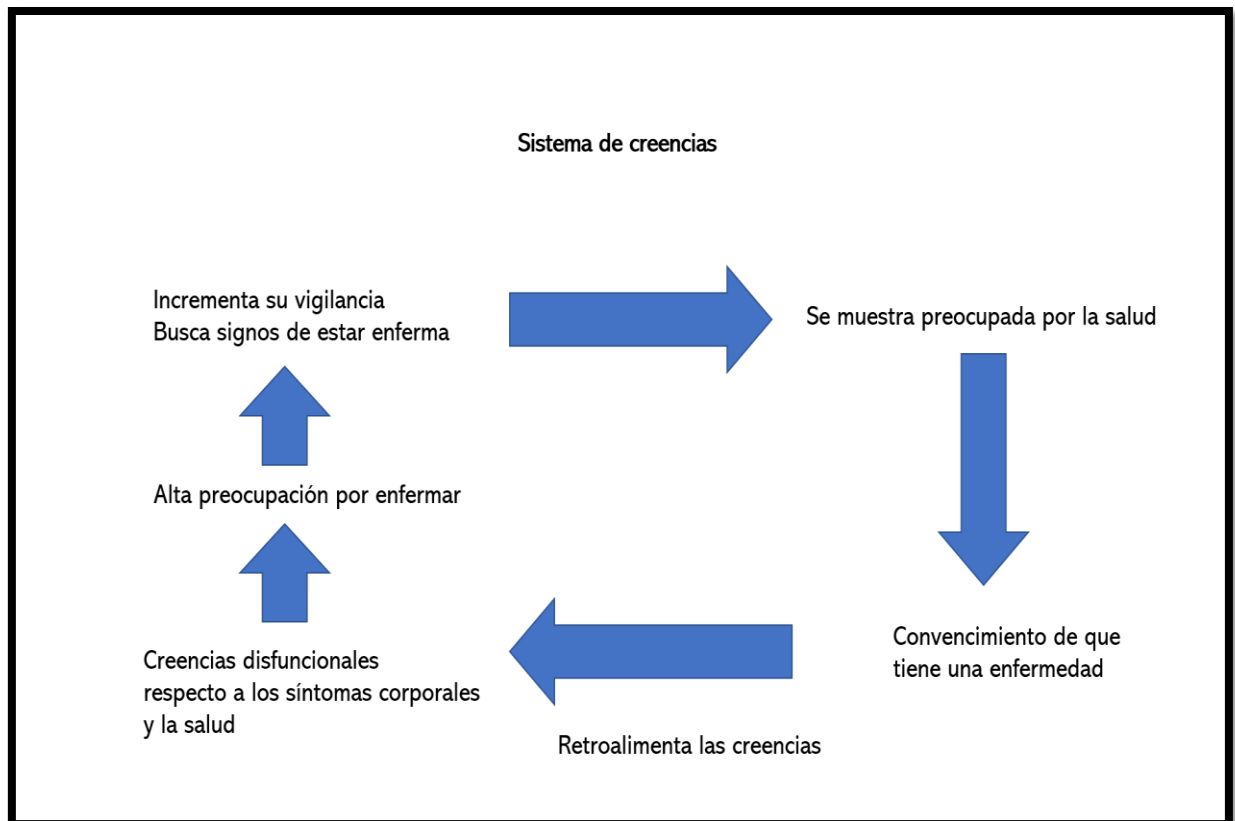


Otra característica encontrada son la existencia de creencias disfuncionales que la persona tiene respecto a los síntomas corporales que puede identificar, estas creencias incrementan la tendencia a desarrollar interpretaciones catastróficas cuando experimentan sensaciones corporales (Lacunza, et al. 2016). El papel de las creencias en la dinámica hipocondriaca es importante. La persona se encuentra preocupada en enfermarse, incrementa su vigilancia estando atenta ante cualquier signo de estar enferma, mostrándose preocupada por su salud.

En el modelo se resalta el error cognitivo del paciente que mantiene estos comportamientos pese a que los exámenes y evaluaciones clínicas no encuentran problemas médicos que puedan estar causando su malestar. Pese a ello, los pacientes descalifican los intentos de los diversos profesionales médicos quienes tratan de explicarles desde la lógica y el sentido común, de que no tienen nada, que no han encontrado nada, pero esto lejos de calmar a estos pacientes, solo logra incrementar su molestia hacia dichos profesionales (Lacunza et al., 2016). Se sienten frustrados e

incomprendidos. Todo esfuerzo realizado por parte de los profesionales de la salud, tratando de convencer bajo argumentos lógicos y evidencia empírica, tales como pruebas clínicas, resultados de laboratorio (Ver figura N° 3). No hacen más que incrementar la desconfianza en estos pacientes y la descalificación hacia los profesionales de la salud. Cabe señalar que este trastorno se cimenta en una lógica de la creencia. Ellos tienen la convicción de estar padeciendo una enfermedad. La lógica de la creencia al igual que la ideología no admiten evidencia empírica alguna. Por lo tanto, todo esfuerzo bien intencionado que busque convencerlos de lo contrario, no logrará su objetivo.

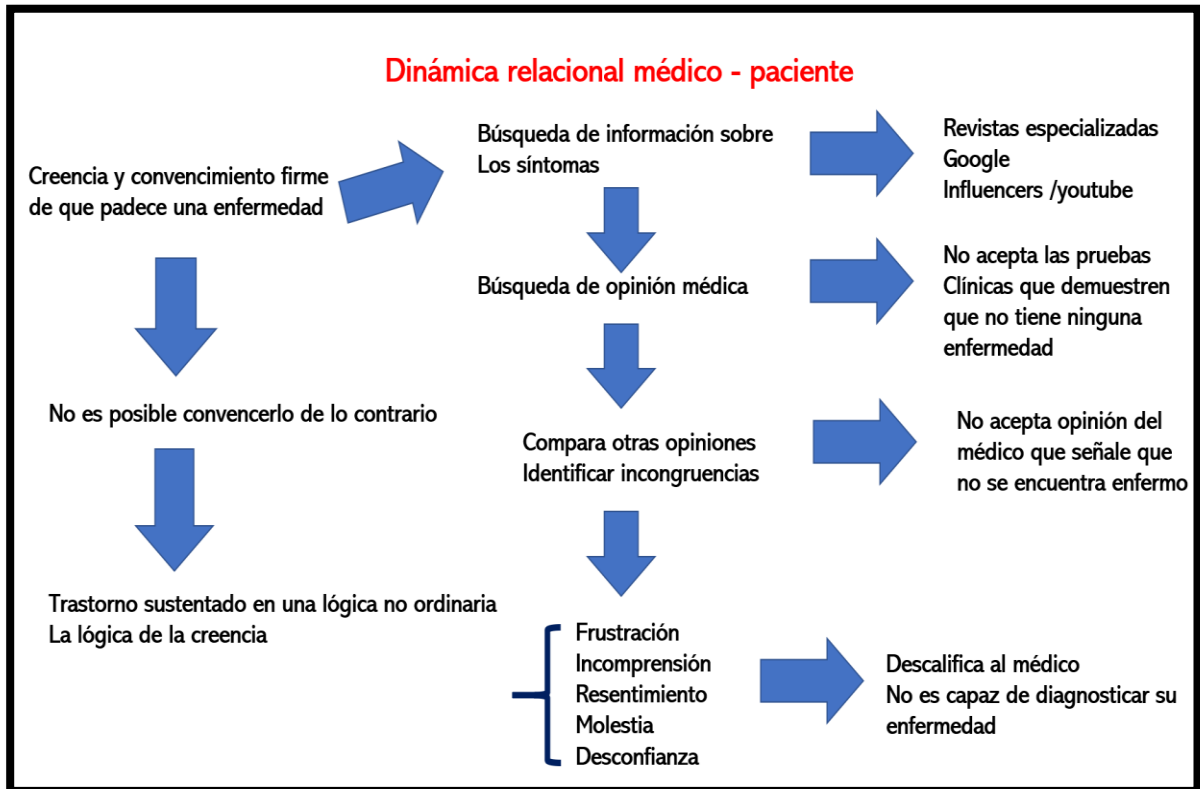
### **Figura N° 3. Sistema de creencias**



Cabe señalar que dichos pacientes se encuentran convencidos de que padecen una enfermedad que todavía no se los han detectado y no se les puede convencer de lo contrario. Esto es importante ya que como se mencionó incluso a pesar de que las evaluaciones, pruebas clínicas y diagnósticos a los que se han sometido, les demuestran lo contrario, no son convencidos por las explicaciones médicas que tratan de persuadirlos de que no tienen ningún padecimiento. Al contrario, todos estos esfuerzos no hacen nada más que exacerbar su malestar hacia el médico, dejándolo y buscando otro que valide su supuesto padecimiento. Las creencias disfuncionales que la persona tiene respecto a los síntomas corporales incrementan la tendencia a desarrollar interpretaciones catastróficas cuando las experimentan. La persona se encuentra preocupada en enfermarse, incrementa su vigilancia estando atenta ante cualquier signo de estar enferma, mostrándose

preocupada por su salud, el modelo cognitivo resalta el error cognitivo del paciente que mantiene estos comportamientos (Lacunza et al., 2016).

**Figura N° 4. Dinámica relacional médico – paciente en la hipocondría.**



Los pacientes con hipocondría presentan un comportamiento recurrente que se conoce como “doctor shopping” concepto que hace referencia a la tendencia que presentan de buscar distintas opiniones médicas, constituyéndose en un patrón comportamental de continuas y reiteradas visitas a los médicos para comparar opiniones e identificar incongruencias. Llegan incluso a descalificar el profesionalismo del médico, por considerar que no es capaz de encontrar su mal o diagnosticar adecuadamente la grave enfermedad que lo aqueja. Al permanecer y mantenerse esta situación en el tiempo les genera frustración y resentimiento. Se sienten incomprendidos, consideran que los médicos no los entienden, llegando incluso a molestarse cuando los médicos les demuestran con sus exámenes clínicos que no padecen ninguna enfermedad llegando a generarse una actitud de desconfianza hacia el personal médico (Avia, 1999; Starcevic,

2001). Esto los lleva a establecer una dinámica relacional particular con los médicos y los servicios de salud (Ver figura N° 4), una dinámica que permanece en el tiempo constituyéndose en un patrón relacional. En esta dinámica se encuentran constantemente buscando y comparando opiniones médicas, estableciéndose una constante de visitas a los médicos, realización de exámenes, comparación de opiniones, descalificación. Para nuevamente empezar con el mismo patrón. Todo esto les genera cansancio, frustración, malestar y sufrimiento.

### **2.3.- Ecología del síntoma hipocondriaco**

Analizaremos la ecología del comportamiento sintomático. Todos los elementos que a través de la interacción confluyen para el surgimiento del síntoma hipocondriaco. A nivel familiar, individual, evolutivo. En un eje diacrónico y sincrónico. Debemos de tener en cuenta también que, en la interacción humana, los comportamientos de los integrantes de un sistema, a nivel familiar e individual siguen determinadas reglas. El síntoma puede limitar ciertos comportamientos y hacer más frecuentes y redundantes otros, limitando de esta manera el accionar de la persona y afectando a su entorno. Esto mismo se aplica al síntoma hipocondriaco. Estas reglas establecen significados y cuando hay configuraciones hay significados (Watzlawick et al.,2003).

De esta manera a través de la interacción y evolución en el tiempo, se configura una estructura del comportamiento sintomático hipocondriaco. El mismo que presenta una estructura que obedece a ciertas características, de esta manera el síntoma se evidencia en un contexto determinado, con una frecuencia de aparición. Presenta una secuencia de comportamientos que afecta al consultante y al resto de integrantes del sistema. Tiene además una intensidad y una duración determinadas. Conocer la estructura del síntoma es importante para su transformación. Analizaremos el comportamiento

sintomático teniendo en cuenta su contexto ecológico. Estudiando sus interacciones y evolución en el tiempo, así como los efectos de ese comportamiento sobre los comportamientos de los demás, desplazando el foco de lo intrapsíquico hacia el sistema más amplio. Pasaremos de un estudio deductivo de la mente a un estudio de las interacciones evidenciables de la relación (Watzlawick, 2012).

Para ello analizaremos el síntoma hipocondriaco desde dos niveles uno evolutivo-diacrónico y un nivel sincrónico. El primero hace referencia al nivel transgeneracional. Involucra un nivel ontogenético, una línea evolutiva temporal, en la cual el sistema familiar a través del tiempo en contacto con su medio va moviéndose contingentemente. En este nivel son relevantes los acontecimientos familiares relacionados con las diversas enfermedades que el sistema va experimentando. Estas experiencias van marcando en el sistema y sus miembros la relación que tendrán respecto a la salud y la enfermedad. Se va construyendo una epistemología familiar entorno a las enfermedades. En ese sentido, las diversas circunstancias que afectaron a la familia y sus integrantes relacionadas con enfermedades crónicas, graves padecimientos, convalecencia prolongada y transmisión de enfermedades se van registrando en el sistema familiar y en su narrativa (Ver figura N° 5).

La epistemología de la familia y sus integrantes incorpora estos aprendizajes. De esta manera el cáncer que padeció la abuela y que afectó o viene afectando a todas las mujeres en la familia. La diabetes que llevó al abuelo y luego al padre a que le amputaran la pierna. El Alzheimer, que llevó al abuelo a un prolongado padecimiento. La muerte repentina del padre ante un ataque al corazón. El sufrimiento prolongado de la madre y su internamiento por su insuficiencia renal. Las continuas y costosas operaciones a las que se sometió el tío para poder trasplantarle la médula, en fin, un sin número de enfermedades que pueden ir afectando a la familia y sus miembros. Van construyendo en

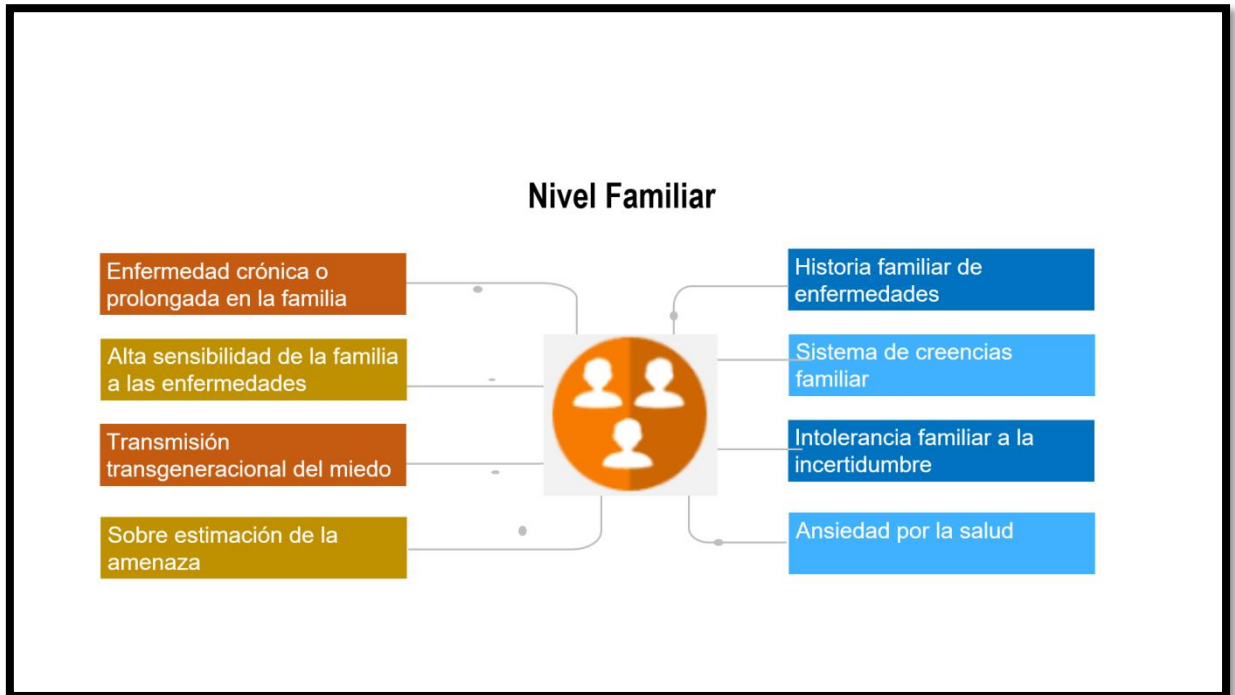
la historia evolutiva la epistemología familiar entorno a las enfermedades, su interacción, sus actitudes y las creencias al respecto.

Si las experiencias respecto a las enfermedades en la historia familiar no han sido buenas y más bien han involucrado malestar, dolor y sufrimiento la epistemología familiar entorno a ello se ve alimentada por estas historias de dolor, que llevaran al sistema a generar percepciones, cogniciones, creencias y narrativas acordes a esa historia. Todo ello, cobra significado y hace sensible a los miembros del sistema familiar frente a las enfermedades, los procedimientos quirúrgicos y la muerte. Incluso pueden llegar a poner especial sensibilidad con algún órgano o alguna enfermedad en particular. El cáncer, la diabetes, la tiroides, el hígado, la vesícula, el corazón. El sistema inmunitario, el sistema digestivo, etc. Llevándolos a estar más sensibles y alertas frente a posibles señales relacionadas a dicha enfermedad en particular.

Las emociones también se incorporan al sistema, de esta manera, el miedo, la angustia van cobrando relevancia, así como la incertidumbre por el futuro o la pérdida de control. Estas enfermedades al repetirse de una generación a otra van creando en la familia y sus miembros un sistema de creencias que incorpora la vulnerabilidad, la percepción y la creencia de que pueden padecer una grave enfermedad. La duda, la incertidumbre socaba a la familia y se transmite entre sus miembros. “mamá murió de cáncer, la abuela también, seguro a mí también me va a dar, al igual que a mis hijas”, “mi padre sufrió mucho con la próstata, mis hermanos también, todos han sido operados de la próstata ahora solo faltó yo”. La narrativa entorno a las enfermedades, la angustia y el miedo se hacen presentes en las conversaciones familiares, la incertidumbre, el malestar y el miedo se apoderan poco a poco de sus miembros haciéndolos más sensibles. Se va construyendo así mismo, la percepción de incapacidad y falta de recursos personales para hacerle frente.

Se construye una epistemología en el sistema familiar vulnerable a las enfermedades, emocionalmente frágil y sensible respecto a padecer cualquier dolencia.

**Figura N° 5. Nivel familiar y transgeneracional.**



### **Creencias disfuncionales en la familia**

Las experiencias tempranas en relación a una enfermedad grave que haya padecido un integrante de la familia, o un tercero significativo. Así como el haber tenido experiencias negativas en los servicios de salud tienen una gran influencia en la formación de las creencias disfuncionales sobre la enfermedad y los síntomas corporales. Todo ello influye en la posterior existencia de hipocondría, en su mantenimiento y desarrollo (Abramowitz et al., 2008; Olatunji et al., 2009; Scarella et al., 2016). En algunos estudios se ha encontrado que los padres juegan un papel fundamental en la transmisión de las creencias disfuncionales y la vulnerabilidad respecto al trastorno en sus descendientes en el núcleo de la familia. Las personas que en su familia habían tenido padres que sufrieron

una enfermedad grave presentaban niveles más elevados de ansiedad por la enfermedad (Arnáez et al., 2019). El sistema familiar transmite estas creencias disfuncionales de una generación a otra, de esta manera sus integrantes se tornan más sensibles respecto a la salud y la enfermedad.

Entre dichas creencias tenemos la intolerancia a la incertidumbre, la sobreestimación de la amenaza. Los padres transmiten dichas creencias a sus hijos a través de las interacciones familiares. Se encuentra una correlación elevada y significativa entre la sobre estimación de la amenaza, la intolerancia a la incertidumbre y la ansiedad por la salud en los padres y sus hijos (Arnáez et al.,2019).

A nivel familiar y transgeneracional, estas familias presentan una historia familiar muy relacionada y sensible a las enfermedades que han sufrido los miembros del sistema. Con una narrativa llena de historias de dolor y padecimiento. Esto ha llevado a la construcción de un sistema de creencias familiar relacionado a la vulnerabilidad y fragilidad en relación a las enfermedades. La familia va transmitiendo este sistema de creencias de una generación a otra. Narrativas como: “Todas las mujeres de mi familia murieron de cáncer”. “ Mi abuela y mi madre sufrieron del corazón”. “Mi padre estuvo convaleciente gran parte de su vida”. “Mis abuelos y ahora mi padre tienen demencia”. “Todos en mi familia somos enfermizos”. Este nivel transgeneracional influye sobre los miembros del sistema haciéndolos más sensibles y vulnerables a las enfermedades.

Otro aspecto a tener en cuenta en la ecología del síntoma hipocondriaco es la dinámica familiar. Esta jugaría un rol importante en el mantenimiento y desarrollo del trastorno hipocondriaco. En el núcleo familiar se comparten las experiencias sobre la salud y enfermedad, se transmiten creencias y valores ( De la cruz, 2003, De la Cruz, 2008). Los integrantes del sistema familiar se interrelacionan y comparten experiencias

respecto a la enfermedad. Si alguno de sus integrantes padece una enfermedad, se encuentra internado o convaleciente, este hecho afecta la dinámica familiar, el sistema se organiza en torno al miembro enfermo. Los niveles de estrés, la sensibilidad y ansiedad por la enfermedad se incrementan.

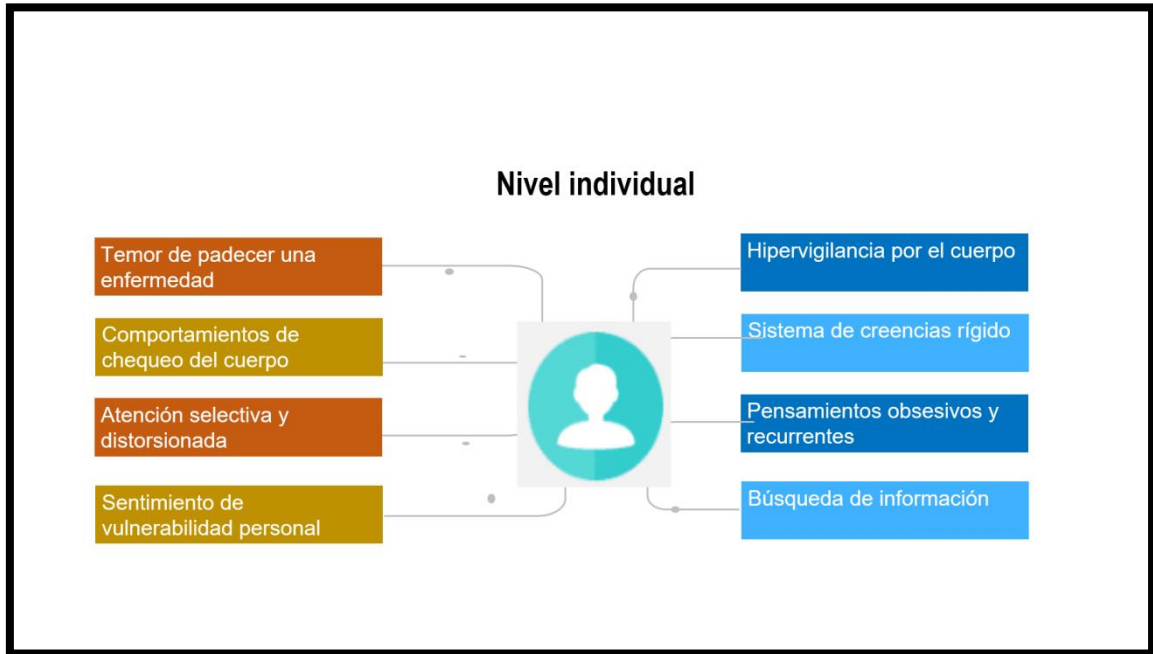
A nivel de factores individuales tenemos las creencias personales que cada miembro del sistema a incorporado como válidas en relación a la enfermedad, la salud, los recursos personales para hacerle frente (ver figura N° 6). Las personas hipocondriacas presentan un sistema de creencias rígido sobre la enfermedad, la salud, y los síntomas corporales percibidos como peligrosos. Creencias limitantes que presenta la persona respecto a la salud y enfermedad mismas que poco a poco van mellando su autoestima, su eficacia personal y limitando sus capacidades de afrontamiento. Sesgando su percepción. Creencias tales como “Soy enfermizo”, “sufro del corazón”, ”sufro del hígado”, “de niño siempre sufría de los bronquios”, “de niño era muy enfermizo”” siempre he sido débil” etc. Que llevan a una sensación de incapacidad, fragilidad y vulnerabilidad personal.

Estas creencias una vez establecidas, quien las padece tiene la tendencia de focalizarse de manera selectiva en buscar síntomas y señales que confirmen que presenta una enfermedad y así mismo dejar de lado e ignorar la información acerca de que tiene un buen estado de salud o se encuentra sano, presentando interpretaciones catastróficas sobre dichas señales y síntomas ( Fulton, et al.,2011). Un punto importante a tener en cuenta a nivel terapéutico es modificar dichas creencias disfuncionales.

En este nivel Individual existe, una vulnerabilidad personal en relación a las enfermedades y distorsión en su sistema perceptivo. A nivel cognitivo los estilos de

procesamiento de información, la atención excesiva y la focalización en la enfermedad. Así como las características de personalidad.

**Figura N° 6. Nivel individual.**



### **Los mecanismos cognitivos**

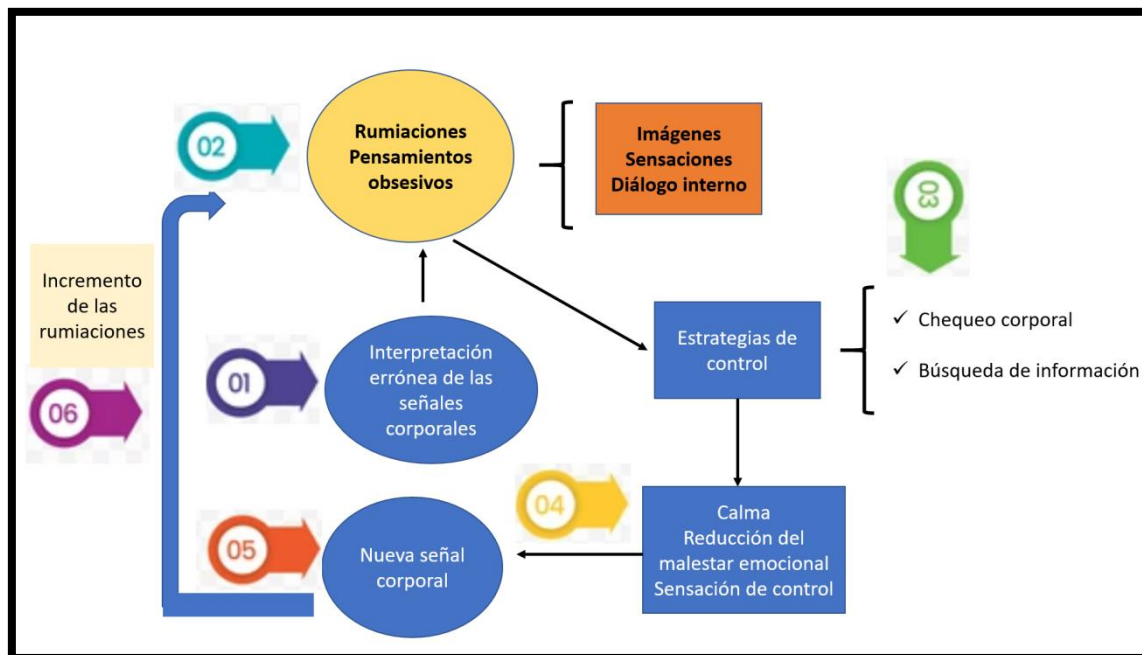
En la construcción del síntoma hipocondriaco cobra relevancia los mecanismos cognitivos que se articulan y hacen posible la aparición del síntoma. Las personas hipocondriacas desarrollan a nivel cognitivo una serie de imágenes, sensaciones y pensamientos respecto a la enfermedad. Estas intrusiones mentales empiezan a afectar el flujo normal de pensamiento y poco a poco se consolidan llegando a convertirse en pensamientos obsesivos y recurrentes con una marcada tendencia a mal interpretar síntomas corporales benignos. Las personas ponen en marcha diferentes estrategias para controlarlas, suprimirlas o reducir su impacto emocional. El chequeo corporal por ejemplo calma las intrusiones en una primera etapa del síntoma hipocondriaco.

Los comportamientos más característicos que llevan a cabo son la vigilancia y comprobación de su cuerpo. Búsqueda de información, la evitación, el reaseguro.

(Rachman, 2012). Estas estrategias en un primer momento logran reducir el malestar emocional, incrementando la sensación de control. En el corto plazo las estrategias funcionan. A medida que pasa el tiempo y otro síntoma aparece. Viene la duda, por lo que en el mediano y largo plazo se incrementan las inseguridades y las dudas.

Posteriormente y de forma paradójica incrementan la intrusión mental. Se genera un proceso recursivo de una serie de mecanismos cognitivos y comportamentales que se activan y se van haciendo reiterativos en el tiempo. Al no funcionar y fracasar las estrategias de solución la persona vuelve nuevamente a repetir la solución inadecuada. Teniendo en cuenta que, a mayor importancia y atención sobre los pensamientos, mayor malestar provoca. De esta manera las intrusiones, imágenes y rumiaciones reaparecen ocupando buena parte de los pensamientos habituales. Lo que llevará a la persona a prestar mayor atención con lo cual paradójicamente lo incrementará. Este punto es importante a tener en cuenta a nivel terapéutico ya que prestar atención a un síntoma lo amplificará, mientras que la distracción lo disminuirá.

**Figura N° 7. Proceso recursivo de los mecanismos cognitivos y estrategias de control**



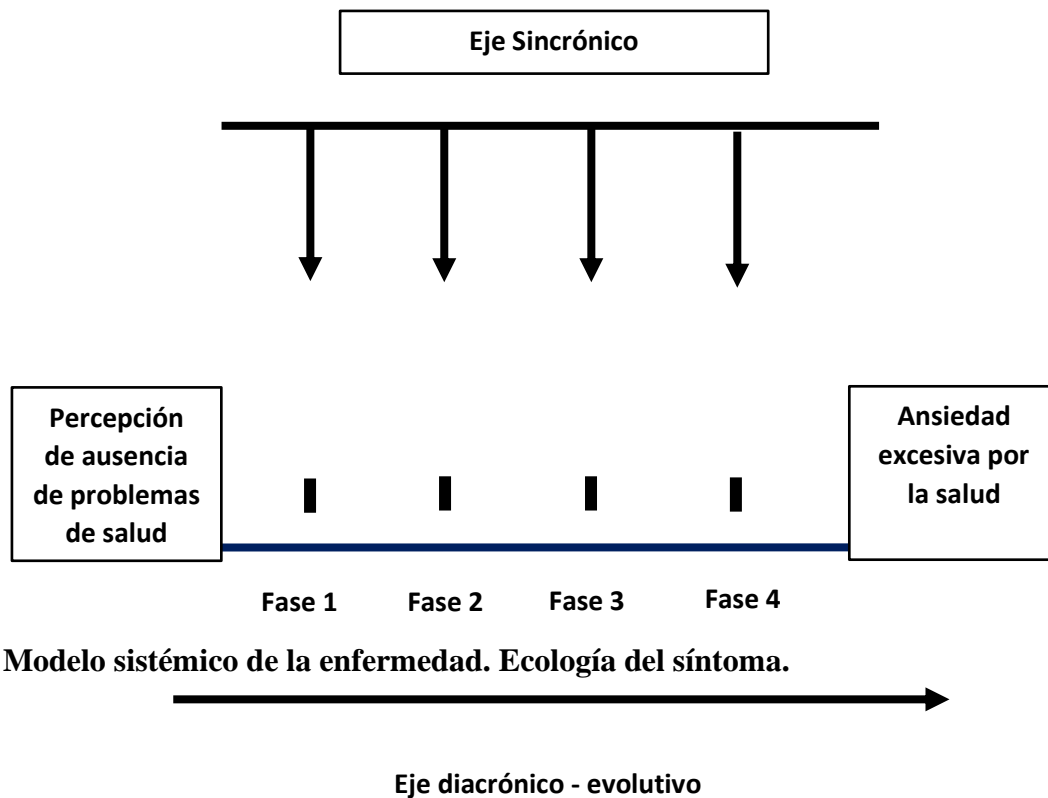
### **Generación del trastorno**

El análisis de la generación y evolución del trastorno hipochondriaco se puede hacer en dos niveles, a nivel diacrónico, relacionado con toda la evolución del sistema, con su historia previa. El nivel transgeneracional y todas las condiciones que a través de la historia del sistema han permitido y posibilitado la evolución y aparición del síntoma. A nivel sincrónico, todos los elementos relacionados a la dinámica actual que posibilitan su manifestación en el presente (Ver figura N° 8).

Para algunos autores la ansiedad por la salud puede ser representada por un continuo en donde en un extremo se encuentra la percepción de la ausencia de problemas de salud y en otro extremo opuesto la ansiedad excesiva por la salud (Bailer et al., 2016). Se evidencian dos polos opuestos la percepción de una ausencia de problemas de salud, creencias relacionadas con la capacidad, suficiencia personal y familiar entorno a la salud y enfermedad. Así mismo se evidencian las distintas etapas que va transitando el sistema a lo largo del tiempo, un proceso evolutivo que lleva a la construcción del síntoma

hipocondriaco a través del tiempo, las contingencias epigenéticas y la dinámica relacional que lleva finalmente al siguiente polo, relacionado con la hipocondría. Cada etapa tiene sus características especiales con características particulares respecto a la dinámica relacional, los comportamientos, las percepciones y creencias presentes. Tenerlas en cuenta es muy importante para efectos de la intervención terapéutica, toda vez que tener en cuenta cada etapa ayudará al clínico a enfocar mejor sus estrategias y diseño terapéutico.

**Figura N° 8. Nivel sincrónico y diacrónico del síntoma hipocondriaco.**



**Modelo sistémico de la enfermedad. Ecología del síntoma.**

## **Fases del proceso de generación del síntoma hipocondriaco**

### ***1 Primera fase***

La persona y su sistema familiar presentan las condiciones de vulnerabilidad y fragilidad emocional frente a la hipocondría. Las creencias familiares se encuentran presentes. Dichas creencias pueden permanecer latentes, pueden ser activadas por una variedad de eventos que van desde simplemente escuchar a un familiar o amigo sobre una enfermedad, ver en la televisión un reportaje sobre una enfermedad, escuchar en las noticias o leer sobre una enfermedad (Marcus et al, 2007).

Las creencias que se encontraban latentes se activan y empiezan a creer que ya tienen o están por contraer una enfermedad. Tienen la creencia de vulnerabilidad personal y familiar frente a alguna o varias enfermedades o sobre su salud en general. “Mi madre y mi abuela murieron de cáncer” “Muchas personas en mi familia han tenido cáncer” “mi padre murió de un ataque al corazón” esto puede permanecer latente en el tiempo y en su momento activar los síntomas hipocondriacos.

Todo esto puede surgir si finalmente se da un acontecimiento o suceso que activa las creencias hipocondríacas latentes. Que puede ser una enfermedad grave de un familiar, amigo o persona cercana o significativa tanto para el sistema familiar o para el paciente. Se inicia un mecanismo complejo a nivel cognitivo con la aparición de pensamientos hipocondriacos, haciendo que se empiece a incrementar la preocupación por el cuerpo, empieza a “notar” ciertos síntomas. y para prevenir cualquier padecimiento, la persona empieza a ponerse alerta e hipervigilante, buscando señales, signos y posibles síntomas que pueden indicar una posible enfermedad, llevando a que la persona se encuentre más ansiosa. Así mismo presenta la tendencia a valorar de forma catastrófica y errónea los

estímulos corporales. Se empieza a interesar más en escuchar y leer información, sobre alguna enfermedad o sobre los posibles síntomas. Es característico que busque información en las redes sociales.

## ***2 Segunda fase***

Se contactan con médicos, en su afán de tranquilizarse, buscan realizarse exámenes adicionales, busca más información en internet. Se empieza a incrementar el estrés y la ansiedad, ante la posibilidad de contraer o ya padecer una enfermedad. Ya sea por el estrés y la ansiedad generada por ellos mismos o por el estrés del medio externo. Se activan e incrementan las señales fisiológicas provenientes del sistema nervioso debido al estrés y la ansiedad. La persona intensifica la atención hacia sí mismo, ante el temor de padecer una enfermedad o ya presentarla.

La persona atribuye a las sensaciones corporales la señal de una posible enfermedad. El dolor de garganta, el sonido de los intestinos o un rápido latido del corazón pueden ser señales de una grave enfermedad. Esto la lleva a seguir hipervigilante, prestar atención a las señales fisiológicas corporales normales que permiten el funcionamiento corporal tales como: Movimientos peristálticos viscerales, movimientos intestinales, ritmo cardíaco, zumbidos, sudor corporal, contracciones musculares involuntarias por ejemplo tics nerviosos o movimientos involuntarios en los músculos faciales o los párpados, sequedad de la piel, dolores de cabeza, visión borrosa etc. Todos aquellos que tienen que ver con el sistema nervioso y la activación simpática. Estas sensaciones corporales benignas son erróneamente atribuidas a posibles causas orgánicas debidas a una posible enfermedad, tales como un infarto, un posible accidente cerebro vascular, las señales de un cáncer etc. Aquí cabe señalar que la interpretación y el

significado que le atribuye a las señales corporales empieza a configurarse y tener una connotación negativa y catastrófica.

Los síntomas físicos se hacen más evidentes. El incremento del ritmo cardiaco, el incremento en los patrones respiratorios o la agitación, lleva crear la confirmación de que efectivamente puede estar padeciendo alguna enfermedad, ante la evidencia que está experimentando. Se empieza a generar una sensación y la convicción de que efectivamente tiene una enfermedad. La certeza se ha instaurado. Comienza a interpretar de forma distorsionada dichas señales corporales. A esto se suma que empiezan a realizar cada vez con más frecuencia, comportamientos de comprobación y vigilancia del cuerpo.

Quiéren asegurarse de que no tengan una señal de enfermedad en el cuerpo, un nuevo lunar, un granito o cualquier cambio en el cuerpo puede ser tomado como señal de una posible enfermedad. Esto les genera un incremento en la sensibilidad ante las señales corporales. De esta manera ante una mínima señal reaccionan, interpretando erróneamente dicha señal aumentando su ansiedad. Inicialmente encuentra calma y alivio cuando revisa su cuerpo, debido a que no encuentra alguna señal de enfermedad. Repite el comportamiento llegando a establecer rituales de chequeo corporal que le permitan calmar su ansiedad y le brinden seguridad. Con el tiempo las sensaciones corporales confirman cualquier evidencia de posible enfermedad, exacerbando la ansiedad y haciendo sensible a la persona, quien reacciona ante la mínima señal. Adicionalmente mejora sus habilidades para percibir sus sensaciones corporales y síntomas somáticos de la parte del cuerpo en la que se encontraba preocupado. Focalizando su atención, en la repetición del comportamiento el mismo que se convierte en un patrón.

Esto lleva a que la información que buscaba ahora sea más dirigida, especializada y enfocada en los posibles síntomas. Esta búsqueda más persistente de información, logra

brindarle tranquilidad. El auge de la era digital y la accesibilidad de la información le permite tener acceso a todo tipo de información, no necesariamente de calidad. Estos comportamientos ritualizados tanto del chequeo corporal como de búsqueda de información están dirigidos a evitar y reducir el impacto de la amenaza percibida. Le brindan una sensación de control y le brindan tranquilidad. Se muestran intolerantes a la incertidumbre, lo que poco a poco va aumentando su ansiedad y angustia.

Las intrusiones mentales desagradables, que son un conjunto de imágenes, sensaciones, pensamientos que interrumpen el flujo consciente de pensamiento. Tienen a experimentarse de forma más intensa y de manera recurrente y repetitiva. Empieza a bloquear sus recursos y capacidades de afrontamiento. El paciente al evitar algo que teme refuerza la creencia limitante, la misma que se fortalece. Se siente vulnerable e incapaz de poder hacer frente a todos estos problemas. De esta manera pierde la oportunidad de afrontar el miedo y poner a prueba sus capacidades y habilidades. Ejemplo si evita hacer ejercicio físico porque tiene miedo de sufrir un ataque cardíaco, lo que hace es reforzar la creencia de que el ejercicio físico puede provocar el ataque, al no presentar ningún ataque retroalimenta este comportamiento. Verificar y hacer un chequeo corporal refuerza la creencia de que está previniendo la aparición de alguna enfermedad, lo que refuerza el comportamiento. De esta manera tiene una tendencia a focalizar su atención sobre la enfermedad y no sobre los signos de buena salud. Esto se irá incrementando más conforme avance en las fases.

Aquí hay una búsqueda constante de seguridad y aquí se divide en dos subtipos, aquellos que buscan atención médica como una forma de conseguir la seguridad y tranquilidad y otra tipología de aquellos que por el contrario evitan atención médica, temen enfermarse y contagiarse gravemente en el futuro. Estos últimos pueden presentar miedo a algunos procedimientos médicos y fobia a la enfermedad. Ambos presentan en

esta fase ansiedad por la salud. Estos pacientes que manifiestan evitación requerirán un tipo de abordaje y tratamiento específico un tanto distinto al hipocondriaco centrado en el comportamiento evitativo. Tomando en cuenta también las creencias relacionadas.

Entre los primeros esta fase se caracteriza por que empiezan a buscar ayuda profesional, los comportamientos ritualizados por sí solos ya no le brindan calma, la persona empieza a considerar que requiere de ayuda profesional, que le permita brindar calma y tranquilidad. Empiezan a visitar y hacer uso de los servicios de salud, consultorios, clínicas u hospitales. Las visitas médicas al inicio calman su ansiedad, y le brindan cierta tranquilidad.

### ***3 Tercera fase***

En esta fase la persona ya tiene la convicción de enfermedad, presenta la firme creencia, de tener una enfermedad grave. Esta idea domina el pensamiento, presentando ideas recurrentes de padecer una grave enfermedad.

Al incrementarse la frecuencia y recurrencia de los comportamientos tanto de chequeo corporal como de búsqueda de información hace que se consoliden patrones de comportamiento, de cognición y percepción. De esta manera se consolida una atención distorsionada y selectiva respecto a la información sobre la salud y la enfermedad. Se encuentran más sensibles a conversar, o buscar información referida a enfermedades, les fascina la información médica. Buscan con más frecuencia noticieros, información en revistas médicas o en internet, buscan hablar sobre sus enfermedades, etc.

Se incrementa la atención focalizada sobre los procesos corporales, consolidándose una atención selectiva en los cambios producto del funcionamiento normal del cuerpo. Presenta una sugestionabilidad excesiva. Esto lleva a que las personas hipocondriacas se vuelvan más sensibles frente a las señales corporales, desarrollando

una atención focalizada en el cuerpo lo que se conoce como “amplificación somatosensorial”. De esta manera al estructurarse los patrones cognitivos e interaccionales, se consolida en la persona un estilo somático amplificador en donde existe una distorsión de las funciones cognitivas de atención y percepción, caracterizado por una hipervigilancia corporal, con un aumento en la atención sobre el cuerpo y en las sensaciones corporales. Una tendencia a interpretar las señales y sensaciones somáticas y viscerales como peligrosas y perturbadoras. Las creencias distorsionadas respecto a la enfermedad se consolidan.

Hacen una evaluación de los valores normales de las funciones corporales. Si los registros obtenidos o la evaluación no coinciden con los valores normales puede generar la ansiedad. Presentan un sesgo de confirmación ya que su atención se focaliza en la información que es consistente con la enfermedad y la que es inconsistente se considera insuficiente o irrelevante y no se toma en cuenta. Todo esto lleva a que aumente su preocupación por padecer una enfermedad grave. Interpreta las variaciones normales como amenazas y la prueba de que algo anda mal y tiene una enfermedad. Esas variaciones por lo general responden a los cambios normales que todas las personas experimentan a lo largo del día y por lo general no guardan relación con procesos mórbidos. Cuando se sienten más ansiosos o estresados, es el momento en el que tiene más comprobaciones. Todo esto lleva al catastrofismo, la tendencia a dar mayor importancia y focalizarse en las consecuencias negativas de un síntoma percibiéndolo como amenazante. Los pensamientos sobre la enfermedad empiezan convertirse en verdaderas obsesiones.

En el corto plazo la mayoría de los pacientes se alivian cuando escuchan información médica que les asegura que se encuentran bien. Ante ese alivio en el corto plazo, el paciente refuerza el empleo de dicho comportamiento y empieza a visitar más a

su médico. Esta estrategia se cae cuando percibe una nueva señal de posible enfermedad ante lo cual surge la duda. La misma que es reforzada por la hipervigilancia, los comportamientos ritualizados, las creencias distorsionadas y la alteración de las funciones cognitivas de atención y percepción que permanecen por lo que muy pronto vuelve a visitar al médico una y otra vez, para continuar descartando posibles enfermedades, ante la evidencia y certeza irrefutable que encuentra en su cuerpo de que tiene una enfermedad que aún no diagnostican. Aumenta de esta manera la sensación de incapacidad, se pueden sentir inútiles para afrontar y manejar sus preocupaciones.

#### ***4 Cuarta fase***

En esta fase el paciente, continua con los comportamientos ritualizados, las comprobaciones, la búsqueda de información médica, la interpretación distorsionada de los signos corporales. Los comportamientos se han incrementado, debido a que los patrones se han establecido. Prestan excesiva atención al cuerpo, a los cambios, supervisando cualquier modificación en el cuerpo. De forma repetitiva pueden realizar comprobación de las funciones corporales. Medirse la temperatura, registrar la frecuencia de latidos cardiacos, medirse la presión arterial, evaluar su agudeza visual, saturación pulmonar etc.

Esta fase se caracteriza por la recurrencia continua y constante a los servicios médicos, el paciente se encuentra en la búsqueda de que la ciencia médica lo ayude a confirmar la enfermedad que está padeciendo. En dicha búsqueda se encuentra con que cada médico y especialista le puede estar brindando información distinta respecto a su padecimiento y al posible tratamiento. Llevándolo a diversos exámenes y al uso intensivo de los servicios sanitarios lo que hace que empiece a dudar de los médicos y le empieza a generar desgaste emocional, su búsqueda no tiene éxito. Cuando consultan con los

médicos, al no coincidir sus mensajes, observaciones, opiniones y prescripciones, la búsqueda de reaseguro le genera un clima de desconfianza.

Lo que inicialmente le brindaba tranquilidad y seguridad, ahora se ha convertido en un verdadero vía crucis. Empieza a recibir la noticia de que no tiene nada, de que los diversos exámenes no arrojan ninguna posible enfermedad. Por lo que visita a otro médico u otro especialista en búsqueda de una segunda opinión. Se hace más constante el recibir información de que no tienen nada, de que se encuentra sano. Lo que le va generando frustración y se incrementa más su ansiedad.

Al continuar con esta dinámica de continuas visitas a diversos médicos y constantes mensajes de que no tiene nada. Se incrementa la frustración. Llega a un punto en el que ahora debe luchar para demostrar que efectivamente está enfermo, que la incompetencia médica no es capaz de diagnosticar adecuadamente sus males. Se empieza a generar otra nueva dinámica interaccional. El problema se cronifica. Se empiezan a evidenciar las consecuencias de la hipocondría para la persona que la padece, se hacen notar en el deterioro emocional causado por la excesiva ansiedad y preocupación por su salud, por padecer o tener una enfermedad grave que aún no diagnostican. Lo que lleva al deterioro de su vida familiar, afectiva, de pareja y laboral aunado al incremento en los costos del tratamiento con graves consecuencias emocionales.

En síntesis, las cuatro fases y sus características, sintomatologías, acciones y alertas corporales, se muestran en el gráfico N° 9.

**Figura N° 9. Fases del síntoma hipocondriaco.**



## 2.4.- Hipocondría y ansiedad por la salud: modelos explicativos

En 1986 Salkovskis y Warwick proponen el concepto de ansiedad por la salud, describiendo las preocupaciones por la salud, que se inician con la observación o constatación de síntomas físicos, de forma leve hasta una interpretación irracional de los síntomas que lo llevan a padecer una enfermedad (Salkovskis & Warwick ,1986). Incorporar el término ansiedad por la salud permitía dejar las connotaciones negativas que presentaba el término hipocondría. Esto generó una controversia en torno a la hipocondría. La misma que fue escalando, llegando a los sistemas de clasificación.

En la actualidad, tenemos que los pacientes que antes se clasificaban bajo el diagnóstico de hipocondría son clasificados ahora, bajo los nuevos criterios del DSM-V, como trastorno de ansiedad por la enfermedad. Con esto se pretendía facilitar la comprensión de esta enfermedad poniendo en el extremo patológico al trastorno hipocondriaco y en el otro el miedo por la pérdida de salud, que incluso podría ser pasajero, en un continuo de ansiedad que va de un extremo al otro, facilitando de este modo su comprensión y permitiendo el desarrollo de estrategias más eficaces de

tratamiento psicológico. El término ansiedad por la salud deja de tener un componente peyorativo, sustituyendo de este modo el término hipocondría, relacionándolo mas con la ansiedad, de este modo el concepto de ansiedad por la salud es el más adecuado.

#### **2.4.1.- Modelos explicativos**

La mayoría de los modelos desde el cognitivo conductual hasta el psicodinámico están de acuerdo en que existen múltiples causas de la hipocondría. Para los modelos psicodinámicos la hipocondría estaría relacionada con fuerzas emocionales inconscientes e intrapsíquicas que se manifestaría somáticamente. Por su relevancia y evidencia clínica relacionada a la hipocondría, nos centraremos en el modelo cognitivo conductual y el modelo sistémico (Belloch et al., 2019).

A nivel de los modelos cognitivo conductuales, la hipocondría, está más relacionada con una alteración a nivel del pensamiento y la atención. En estos modelos la hipocondría se encuentra en el extremo de la ansiedad por la salud, con presencia de alteraciones en los procesos y funciones cognitivas, que los lleva a atender de manera selectiva toda la información relacionada con la salud y la enfermedad, lo que lleva a tener una mayor conciencia de su cuerpo, de sus señales, que incluye focalizarse con las sensaciones y cambios corporales, estableciéndose una dinámica en la que los pacientes buscan explicar las causas de esas sensaciones y señales de su cuerpo, con el temor de que se trata de una posible enfermedad, presentando como característica una amplificación de las señales y síntomas corporales (Barsky y Klerman, 1983).

Otra característica es que presentan un estilo que es conocido como somático amplificador que se caracteriza por que los pacientes llegan a aumentar las sensaciones y señales corporales, siendo muy sensibles a cualquier pequeño cambio o señal en el cuerpo,

muchas de estas señales y sensaciones que perciben en el cuerpo pueden ser normales, sin embargo, estos pacientes las experimentan como intensas y son interpretadas de forma catastrófica (Barsky et al., 2001).

La hipervigilancia que estos pacientes presentan por su cuerpo, lleva a que focalicen su atención en todos los cambios y sensaciones corporales, por más pequeños que sean. evaluando e hipervigilando, desde pequeños cambios en la piel, las sensaciones corporales, viscerales, los movimientos peristálticos viscerales, cambios en la frecuencia cardiaca, zumbidos en el oído, calambres, sequedad de la piel, dolores de cabeza, gases, diarrea, etc (Barsky et al., 1990). Teniendo una tendencia a creer e interpretar de forma errónea que se trata de una enfermedad. El estilo perceptivo que presenta el paciente en relación a las sensaciones corporales estarían relacionadas con cuatro factores, siendo el primero el contexto, en relación a la situación en la que se produzca el síntoma, luego la cognición, aquí las creencias, los conocimientos, la información sobre los síntomas influye sobre la amplificación. Un tercer factor es la atención, aquí se plantea que el hecho de que el paciente se focalice y preste atención a un síntoma lo amplificará, mientras que la distracción lo disminuirá y el cuarto factor, el estado de ánimo, los estados de ánimo relacionados a la ansiedad o la depresión pueden incrementar la tendencia a la observación del cuerpo y a facilitar la catastrofización de los síntomas (Barsky et al., 2001).

Así mismo, desde el enfoque cognitivo se consideran central en la hipocondría, las interpretaciones catastróficas y alarmantes de las señales del cuerpo. En estos pacientes las funciones fisiológicas normales que ejecuta nuestro cuerpo que puede carecer de significación clínica alguna pero que en la mente de un hipocondriaco es interpretado catastróficamente (Diez et al., 2003).

Por otro lado, desde los modelos familiares sistémicos, el contexto familiar es importante para comprender el trastorno hipocondriaco. Los patrones y dinámica familiar juegan un papel importante en la construcción del síntoma. De esta manera, predisponen al trastorno hipocondriaco, un ambiente con una dinámica familiar disfuncional. Estas familias presentan una historia de miembros con trastorno hipocondriaco. Adicionalmente, el haber padecido una enfermedad, el haber tenido un miembro de la familia con una enfermedad crónica, un evento catastrófico o de gran impacto emocional. Son factores que pueden generar la conciencia de vulnerabilidad física en la persona.

El paciente hipocondriaco, se conecta con su cuerpo y empieza a interpretar las señales de su cuerpo como señal de enfermedad o disfunción, presentan dificultad en poder expresar sus sentimientos y emociones a nivel verbal. Con un sistema de creencias rígido. En el que empiezan a creer firmemente que padecen una enfermedad debido a que pueden validar en la práctica a través de los síntomas y señales de que efectivamente es así. Se establece de esta manera, una dinámica relacional extra familiar en la que busca información que corrobore sus sospechas y busca también validar médicamente sus temores. Se someta a distintas pruebas y estudios clínicos, al no encontrar evidencia que confirme su enfermedad y ante las explicaciones del médico de que no padece o no se ha encontrado ninguna enfermedad y se encuentra sano, empieza a descalificar al médico. Las explicaciones médicas y la evidencia clínica no lo convencen. Su sistema de creencias rígido, no permite otra realidad más que aquella única realidad posible, en la que ya tiene una enfermedad. Se preocupa más, se genera mayor ansiedad y se incrementa el círculo vicioso del trastorno.

Dos importantes conclusiones: Las personas con elevada ansiedad por la salud o hipocondría presentan una mayor atención selectiva respecto a toda información que está relacionada con la salud y la enfermedad, en comparación con quienes tienen poca

ansiedad por la salud (López y Belloch, 2012). Así mismo presentan una atención selectiva a estímulos amenazantes, lo que los llevaría a interpretar como amenazante y significativa cualquier señal corporal. De esta forma los pacientes con hipocondría presentan una marcada tendencia a atender de manera selectiva a cualquier información que se refiere a enfermedades en comparación con las personas sin hipocondría y baja ansiedad por la salud (Barsky et al., 2001).

## **2.5.-Epidemiología, prevalencia y diagnóstico.**

Actualmente debido a que recientemente con los cambios en la categoría diagnóstica de la hipocondría se requiere de criterios menos restrictivos para su diagnóstico (Gómez, 2021). Unidos a los cambios en la clasificación en el DSM V, respecto al trastorno de ansiedad por la enfermedad, todo esto, ha generado que exista poca información respecto a su epidemiología y prevalencia del trastorno de ansiedad por la enfermedad. A nivel epidemiológico ha venido en aumento, estimándose una prevalencia a nivel mundial, en la población general entre el 1 al 5% (Weck et al., 2012; Starcevic, 2013; Kosic et al., 2020). Realizaremos un análisis basándonos en los criterios previos relacionados a la hipocondría como sistema precedente que nos permitan presentar la información previa. De esta manera en un estudio realizado en Florencia, se encontró una prevalencia del 4,5 % (Faravelli et al., 1997). En otro estudio realizado en Inglaterra en personas mayores de 65 años se encontró una prevalencia del 1,8 % (Saz et al.1995). En Canadá se encontró una prevalencia del 0,2% (Looper y Kirmayer, 2001). Por otro lado, en un estudio realizado en 2014 se encontró una prevalencia de 4,5% en la población general (Weck et al., 2012). Sin embargo. las limitaciones y la controversia que existen en torno a este trastorno estarían influyendo en limitar su verdadera dimensión,

todo esto debido también a la restricción en la definición del trastorno tanto en el CIE como en el DSM V como lo analizamos anteriormente.

### **2.5.1.-Diagnóstico**

Como ya lo señaláramos existe aún una gran controversia respecto a la hipocondría y los trastornos que la han reemplazado, dicha controversia lleva a que los expertos mantengan cierta discrepancia en su clasificación. Por otro lado el cambio producido en el DSM V, del que habláramos anteriormente, en el que se divide a la hipocondría en dos entidades, una de ellas el trastorno de ansiedad por la enfermedad, resulta polémico toda vez que son varios los autores que han mostrado su rechazo y reticencias al mismo (Bailer et al., 2016; Starcevic, 2014; Weck et al., 2012) ya que comparte características con otros tipos de trastornos mentales, entre ellos el trastorno de ansiedad y el trastorno obsesivo compulsivo principalmente, muchos clínicos y especialistas no lo han aceptado plenamente (Starcevic,2015). Es por ello que en su nueva versión el CIE-11 lo clasifica dentro de los llamados trastornos obsesivos compulsivos, los trastornos de ansiedad y otros trastornos relacionados con el miedo, haciéndolo análogo a la nosofobia y el trastorno de ansiedad por la enfermedad. Este trastorno estaría caracterizado básicamente por conductas repetitivas relacionadas con la salud y por conductas de evitación inadecuadas también relacionadas con la salud (OMS, 2018).

En los criterios del CIE-11, para el diagnóstico de hipocondría no se tienen en cuenta la ausencia o presencia de síntomas físicos. Incluyéndose en los trastornos obsesivo compulsivos. Sin embargo, este cambio no está exento de polémica y son varios los autores que han mostrado su rechazo y reticencias al mismo (Belloch et al.,2019). Según la CIE-11, clasifica al trastorno hipocondriaco dentro de los trastornos

somatomorfos, manteniendo los criterios para definirlo, no habiendo adoptado los cambios propuestos en el DSM V que separan a la hipocondría en dos categorías diagnósticas (APA,2013). Manteniendo el término hipocondría en su clasificación diagnóstica, definiéndola como una preocupación persistente por la posibilidad de tener una o más enfermedades somáticas graves progresivas. A diferencia del DSM V la CIE-11, el diagnóstico que le da a la hipocondría es independiente de la existencia de síntomas físicos, de esta forma no lo asocian a un trastorno relacionado al malestar corporal, la hipocondría coexiste con otros trastornos mentales, lejos de ser una entidad independiente, podría entenderse como un problema relacionado con otros trastornos psicopatológicos (Belloch et al., 2019).

Por todo ello, la controversia de la hipocondría se ha incrementado, debido a los cambios realizados en el DSM V, reemplazándola por el trastorno de ansiedad por la enfermedad (TAE) y trastorno de síntomas somáticos (TSS). No es aceptado tanto por los clínicos como por los investigadores. Hacen falta desarrollar más investigaciones que puedan ayudar a dilucidar esta controversia.

En general como podemos apreciar los distintos elementos diagnósticos son variados y van desde una perspectiva cognitiva, hasta una perspectiva multimodal. Esta última se la denomina así, porque incluye siete variables que abarcan distintos aspectos de la personalidad: biológico, afectivo, sensaciones, imágenes, cognitivo, conductas, social (Kerman, 2018). Es por ello que contar con herramientas e instrumentos diagnósticos se hacen necesarios para utilizar con este complejo trastorno. Los criterios más usados para el diagnóstico involucran tres aspectos cognitivos, emocionales y comportamentales, en estos últimos el paciente realiza actos de comprobación, evitación y búsqueda de información, en los aspectos cognitivos se manifiesta una presencia de

creencias catastróficas en relación a su salud, con preocupación e hipervigilancia de los síntomas, en los aspectos emocionales el miedo es la emoción característica del trastorno.

Es importante realizar un adecuado diagnóstico, esto debido a que existe una tendencia en este trastorno en particular, de convertirse en un problema crónico que afecta gravemente la vida del paciente. Es por ello importante en un diagnóstico diferencial que permita descartar la existencia de condiciones médicas que estén produciendo los síntomas (Belloch et al. 2019). La hipocondría puede llegar a cronificarse y eso debido a que los pacientes que la padecen pueden ocultar el problema, entre otras causas al miedo o la vergüenza que les genera ser estigmatizados, también a la falta de conciencia de que padecen una enfermedad. La dificultad en dar con el diagnóstico correcto, la falta de instrumentos diagnósticos que permitan identificar el trastorno y evitar así una cronificación del mismo, una mayor demanda de servicios de salud y visitas a diversos especialistas, con el consecuente incremento de los gastos hacen de este trastorno un problema serio de salud pública (Belloch et al., 2019).

### **2.5.2.-Diagnóstico diferencial**

Para un adecuado diagnóstico de hipocondría es importante tener en cuenta las distintas variables que se encuentran en juego. El clínico debe considerar los síntomas del paciente y analizar si son desproporcionados respecto a la enfermedad que está padeciendo. Por lo general el paciente que presenta hipocondría, llega a interpretar catastróficamente su enfermedad exagerándola. Sus preocupaciones hipocondriacas ya existían y son previas al padecimiento. Sus miedos que manifiestan no tienen relación con la enfermedad orgánica que presenta. Este temor no desaparece y se mantiene pese a que el médico le puede confirmar un pronóstico favorable. Estos son algunos de las

consideraciones generales que debe de tener en cuenta el clínico a la hora de diagnosticar a un paciente hipocondriaco.

Es por ello que para el adecuado diagnóstico de la hipocondría y profundizando en este análisis previo, nos detendremos a analizar dos criterios importantes. El primero relacionado con la creencia por parte del paciente de la presencia de una enfermedad somática pese a que los resultados de los exámenes clínicos y las evaluaciones médicas no han encontrado dificultad alguna. El segundo criterio es la existencia de una negativa a aceptar explicaciones de los profesionales de la salud. Analizando estos criterios tenemos que:

- 1.- La creencia y temor que presenta el paciente hipocondriaco, se basan en síntomas físicos poco relevantes o incluso independientes de la enfermedad.
- 2.- El paciente interpreta de forma catastrófica la información médica sobre la enfermedad
- 3.- El paciente no se tranquiliza cuando el médico le confirma un pronóstico favorable de su padecimiento.
- 4.- Las preocupaciones hipocondriacas existían con anterioridad al diagnóstico

Se recomienda en un diagnóstico diferencial descartar la existencia de condiciones médicas que estén produciendo los síntomas hipocondriacos.

#### **2.5.2.1.-Hipocondría y Trastorno obsesivo compulsivo (TOC).**

La hipocondría comparte con el trastorno obsesivo compulsivo las distorsiones cognitivas, relacionadas con las creencias disfuncionales que se presentan de forma obsesiva. Así como la poca tolerancia a la incertidumbre. Los pacientes con hipocondría

presentan una tendencia a focalizarse en estar padeciendo alguna enfermedad. Presentan así mismo, un futuro catastrófico en relación a dicho padecimiento.

En el trastorno obsesivo compulsivo, por el contrario, se focaliza en la probabilidad de poder contagiarse de alguna enfermedad a causa de los gérmenes (Abramowitz et al., 2010; Melli et al., 2014). Estos pensamientos y creencias recursivas se presentan tanto en la hipocondría como en el TOC, que les genera elevados niveles de ansiedad. Sin embargo, la intolerancia a la incertidumbre, la comprobación y el reaseguro compulsivo son compartidos tanto en la hipocondría con el trastorno obsesivo compulsivo (Wheaton et al., 2010). Otra característica común tanto para la hipocondría como para el TOC, es la búsqueda y comprobación reiterada del estado de salud, que los lleva a practicarse pruebas médicas guardando estos comportamientos mucha relación entre los dos trastornos, especialmente con los comportamientos de comprobación en el TOC (Starcevic et al., 2012).

Adicionalmente, el reaseguro está presente en ambos trastornos y tienen por finalidad disminuir la incertidumbre y calmar su ansiedad (Starcevic y Janca, 2011). En la hipocondría existe poca conciencia de padecer una enfermedad lo que hace que busquen reaseguro de forma más frecuente y realicen comportamientos de comprobación. Adicionalmente las creencias respecto a padecer una enfermedad son más fuertes en comparación con los pacientes diagnosticados con TOC (Barsky, 1992). A nivel de comportamiento en ambos trastornos existen comportamientos ritualizados, que los llevan a realizar comprobaciones relacionadas con su cuerpo en el caso de la hipocondría como los comportamientos ritualizados también presentes en el TOC.

En ambos trastornos se evidencian comportamientos de evitación que tienen por finalidad prevenir. En cuanto a las diferencias entre ambos trastornos tenemos que en la

hipocondría los pensamientos son egosintónicos, es decir se encuentran en sintonía con sus sentimientos y valores, mientras que en las obsesiones son egodistónicas, existiendo disonancia (Barsky, 1992). Por otro lado, los pacientes con hipocondría mantienen la certeza y convicción de sus creencias respecto a la enfermedad. En cambio, en los pacientes con TOC son conscientes de su irracionalidad (Barsky, 1992). Así mismo, los pacientes con hipocondría presentan más síntomas somáticos, con niveles más altos de ansiedad y preocupación por la salud, mayor focalización e hipervigilancia por los síntomas corporales, una mayor evitación y menos síntomas obsesivo compulsivos (Fallon et al., 2000; Abramowitz et al., 2007; Hedman et al., 2017).

Los pacientes que presentan trastornos obsesivos compulsivos pueden manifestar comportamientos compulsivos y pensamientos intrusivos relacionados con la enfermedad, estas ideas referidas a las enfermedades son menos intrusivas en los que padecen este trastorno (Lacunza et al., 2016). Tanto el TOC como la hipocondría parecen compartir diversas características sobre todo las creencias obsesivas que estarían presentes en ambos trastornos, las mismas que incluyen la intolerancia a la incertidumbre y la tendencia a sobrestimar la amenaza que en los pacientes con TOC lleva a sobrestimar la posibilidad de contraer una enfermedad por los gérmenes (Wheaton et al., 2010). En cambio, los pacientes con hipocondría sobreestiman la posibilidad de contraer una enfermedad grave no necesariamente debido a gérmenes (Weck et al., 2012). La intolerancia a la incertidumbre, la tendencia a tener una creencia errónea acerca de las sensaciones corporales unido a implicarse en conductas que tienen por objetivo aliviar la ansiedad. Los pacientes con hipocondría recurren a comprobaciones excesivas y recurrentes que están relacionadas con la salud, similares a las comprobaciones del TOC.

Existiría una búsqueda casi compulsiva de seguridad en la hipocondría y el TOC, en ambos se producen comportamientos de evitación que tienen por objetivo minimizar esta ansiedad, en ambos casos, tanto en el TOC como en la hipocondría los pacientes experimentan pensamientos repetitivos que generan elevados niveles de ansiedad (Asmundson et al., 2010). Entre las diferencias que existirían entre la hipocondría y el TOC se encuentran que los pacientes con hipocondría mantienen sus creencias en relación con la enfermedad, presentando ideas erróneas sobre su salud, los pacientes con hipocondría en comparación con los que presentan TOC evidencian menos síntomas obsesivos compulsivos, pero más síntomas somáticos, mayor vigilancia corporal e ideas catastróficas y ansiedad por la enfermedad (Deacon y Abramowitz, 2008).

En contraposición los pacientes con TOC serían más conscientes de la irracionalidad de sus miedos (Taylor et al., 2006). Si bien existen muchas similitudes entre la hipocondría y el TOC existen también diferencias, relacionando más a la hipocondría con los trastornos por ansiedad que con el trastorno obsesivo compulsivo (Olantunji et al., 2009).

#### **2.5.2.2.-Hipocondría y Trastorno de ansiedad**

El trastorno hipocondriaco y el trastorno de ansiedad generalizada se caracterizan por la preocupación recurrente y persistente. Los pacientes no pueden controlar sus pensamientos. En el trastorno de ansiedad generalizada son frecuentes la tensión muscular, el insomnio, dificultad para concentrarse, la fatiga e irritabilidad. Tienen múltiples preocupaciones, la preocupación por su salud no necesariamente es la preocupación principal o prioritaria, los síntomas somáticos o el miedo a la enfermedad no son la principal preocupación en estos pacientes (Lacunza et al., 2016).

#### **2.5.2.3.-Hipocondría y trastornos somáticos.**

El diagnóstico diferencial entre el trastorno hipocondriaco con el trastorno de somatización tenemos que, en la hipocondría el foco se centra en la preocupación del paciente por el significado de sus síntomas, el hipocondriaco se preocupa por enfermedades específicas, conocer más sobre sus síntomas y encontrar las causas posibles del mismo en un enfoque más profesional y científico, buscando toda la información posible en revistas científicas, libros, en internet. En contraste el paciente con trastorno de somatización tiene una idea vaga del posible padecimiento, más centrado en la queja dramática y exagerada respecto a los síntomas, las quejas son múltiples y no se relacionan a un órgano específico, como si lo es en el hipocondriaco. En el trastorno de somatización está relacionada con distintos órganos y sistemas.

Los pacientes hipocondriacos inician en la edad adulta y presentan un perfil obsesivo, afectando tanto a hombres como a mujeres, en cambio en los pacientes con trastorno de somatización, la edad de inicio es por lo general antes de los treinta años, presentan un perfil más histriónico y afectan más a mujeres (Sakai et al., 2010; Cloninger, 2001).

#### **2.5.2.4.-Hipocondría y psicosis.**

Un paciente que sufre de hipocondría mantiene una dinámica en la cual no tiene 100% la certeza de que su enfermedad sea cierta, lo que aumenta su incertidumbre y su ansiedad. En cambio, un paciente con trastorno psicótico tiene por el contrario una gran convicción, cree que es real y está convencido de ello.

#### **2.5.2.5.-Hipocondría y Depresión.**

En relación a la depresión, los pacientes que padecen trastornos depresivos, presentan bajo estado de ánimo, fatiga, algunas rumiaciones acerca de la salud, pero estas no son el foco principal. Los síntomas depresivos forman parte del cuadro de hipocondría, ya que esta puede ir acompañada de insomnio, disminución del apetito, baja en el estado de ánimo. El trastorno hipocondriaco está acompañado por síntomas de depresión, por ello se consideraba que era una manifestación del trastorno depresivo (Kenyon, 1964). Desde este aspecto es posible que sea más bien que la hipocondría preceda a la depresión, siendo secundaria al trastorno depresivo (Starcevic, 2014).

#### **2.5.2.6.-Hipocondría y trastorno de pánico.**

Respecto al trastorno de pánico, estos tienen en común que el pensamiento se focaliza en el cuerpo, en la interpretación muchas veces catastrófica de las sensaciones y síntomas corporales, muchos síntomas inocuos pueden ser interpretados catastróficamente. Existen niveles muy altos de hipervigilancia de las sensaciones del cuerpo, con amplificación somatosensorial (Deacon y Abramowitz, 2008).

En ambos trastornos se encuentra presente la focalización en los síntomas somáticos y el cuerpo, el paciente interpreta los síntomas corporales interpretándolos de manera catastrófica. Lo que lleva a que los pacientes se encuentren focalizados en la hipervigilancia corporal (Salkovskis y Clark, 1993). En el trastorno de pánico los pacientes tienden a buscar ayuda urgente debido al miedo a la muerte, consideran que pueden morir de un ataque al corazón, accidente cerebro vascular o morir de asfixia. En el trastorno hipocondriaco por el contrario el pedido de ayuda no se realiza de forma urgente, la enfermedad no supone para el hipocondriaco un daño inminente. Los síntomas de actividad autonómica como la taquicardia y la dificultad para respirar son mal interpretados, por los pacientes con trastornos de pánico.

Entre las diferencias tenemos que en el trastorno de pánico requiere la aparición de crisis de angustia imprevisibles, no limitadas a circunstancias particulares (Lacunza et al., 2016). Otra diferencia se encuentra en que los pacientes con trastorno de pánico tienden a buscar ayuda en comparación con los hipocondriacos, quienes no buscan ayuda tan rápidamente e incluso en algunos casos no lo hacen, ya que suponen que la enfermedad no implica un peligro inminente. Contrario al ataque de pánico que se da por que los pacientes presuponen que el peligro es inminente. Los pacientes con trastorno de pánico tienen miedo a morir, los pacientes con hipocondría tienen miedo a la muerte (Noyes,1999). Los pacientes con trastorno de pánico mal interpretan las señales y funciones corporales como las taquicardias, la dificultad para respirar, la dificultad para deglutir. Los pacientes con hipocondría tienen en ese sentido un margen más amplio que puede incluir, señales en el cuerpo, aparición de lunares, escozor, temblores, adormecimiento, zumbidos en los oídos, etc, cualquier cambio en el organismo puede ser interpretado como señal de una posible enfermedad.

#### **2.5.2.7.-Hipocondría y fobia.**

Respecto a la fobia en este caso la fobia específica, esta se caracteriza por un miedo intenso a padecer una enfermedad o a contraerla con facilidad (APA, 2013). En la fobia a la enfermedad o nosofobia el paciente presenta un gran temor a contraer una enfermedad, presenta una expectativa ansiosa centrada en el futuro temiendo que ocurra lo temido. En el trastorno hipocondriaco por el contrario el temor se centra en el presente y el paciente está convencido que ya se encuentra enfermo (Lacunza et al., 2016). En la fobia específica estaría relacionada al miedo relacionado a las situaciones que pueden conducir a contraer una enfermedad, teniendo en común con la hipocondría el miedo a la

enfermedad, la diferencia radicaría en que la hipocondría esta, relacionada a la creencia de que una enfermedad ya se encuentra presente en el paciente, por otro lado en la fobia a la enfermedad, el miedo a contraer o desarrollar la enfermedad en el futuro es lo gravitante, el paciente se da cuenta de lo irracional de su miedo, teniendo mayor conciencia de enfermedad (Starcevic, 2014). En la fobia específica a diferencia de la hipocondría tiende a focalizar su miedo en una enfermedad u órgano en específico, difícilmente ese miedo es transferido a otro órgano o a otra enfermedad, de este modo si el paciente tiene miedo a padecer cáncer de colon, difícilmente trasladaría ese miedo a una gastritis.

Los pacientes con fobia a la enfermedad manifiestan un comportamiento evitativo relacionado a la enfermedad que les causa temor, de esa forma evitan, sensaciones, noticias, etc. Por otro lado en la hipocondría tenemos que los pacientes buscan constantemente comprobar su estado de salud, otra diferencia se encuentra en que en una hipocondría, los pacientes pueden modificar el foco de atención tanto del órgano como la enfermedad pudiendo variar de uno a otro con facilidad, de este modo en un momento pueden estar preocupados por la sensación en el pecho que puede hacer que el paciente piense en un posible ataque al corazón y posteriormente estar atento al posible cáncer que puede tener debido a ciertos ardores en el estómago que ha sentido y experimentado, de esta forma la preocupación por encontrarse enfermo se hace recurrente e incontrolable, relacionados a la incertidumbre, estos pacientes tienen un alto grado de intolerancia a la incertidumbre que les genera malestar y sufrimiento (Deacon y Abramowitz, 2008).

Están preocupados por una posible contaminación, una infección o por los gérmenes, todo esto los lleva a realizar comportamientos de comprobación de la salud, visitas médicas constantes, pruebas médicas, con la finalidad de corroborar sus temores y con ello aliviar la incertidumbre (Starcevic y Janca, 2011). Los pacientes tienen poca

conciencia de enfermedad y sus pensamientos y creencias respecto a padecer una enfermedad son muy fuertes (Neziroglu et al., 2000).

#### **2.5.2.8.-Trastorno de somatización e hipocondría.**

Para poder realizar la delimitación entre el trastorno de somatización y la hipocondría, el paciente con hipocondría se encuentra muy preocupado por el significado de sus síntomas, tratando de encontrar la enfermedad que lo genera, de ahí que se preocupen más por la enfermedad específica (Schmidt, 1994). Los pacientes con trastorno de somatización, se focalizan sobre el síntoma en sí mismo más que por la enfermedad (Newby et al., 2017). Esto hace que en su relación y aproximación con la enfermedad, los pacientes con hipocondría, tienden a buscar información abundante y precisa respecto a los síntomas y el posible padecimiento con el cual estaría relacionado. Se informa sobre la enfermedad, realiza búsquedas en internet, consulta revistas especializadas. El hipocondriaco puede dar información precisa y científica de la enfermedad y sus síntomas debido entre otras cosas al acercamiento informativo que tiene, a su constante búsqueda de información, en cambio en la somatización el paciente no tiene tanta información sobre su padecimiento, proporciona información vaga y general de los síntomas.

#### **2.6.-Tratamiento de la Hipocondría**

Entre los distintos tratamientos para la hipocondría se encuentra un abanico que va desde el enfoque cognitivo conductual hasta el tratamiento farmacológico. De esta manera desde el punto de vista cognitivo conductual, la hipocondría tiene como base las creencias disfuncionales que la persona tiene respecto a la salud y a la enfermedad. Por

ello, en el tratamiento desde esta perspectiva, es importante enfocarse en las interpretaciones distorsionadas que realiza la persona respecto a las sensaciones corporales que percibe. Estas sensaciones, en la hipocondría llevan a tener una percepción de amenaza para la salud (Bailey y Wells, 2016).

Es por ello que el abordaje terapéutico desde el enfoque cognitivo se focaliza en el cambio y modificación de dichas interpretaciones erróneas, que la persona tiene respecto a la enfermedad, y busca ayudar a construir interpretaciones más funcionales, modificando las imágenes catastróficas, cambiando las creencias erróneas y en algunos casos que sea necesario pueden incluir a los familiares en el tratamiento (Abramowitz et al., 2007). La terapia cognitivo conductual y las intervenciones psicoeducativas han demostrado su eficacia en la reducción de las molestias hipocondriacas (Bouman, 2008). La crisis sanitaria producida por la pandemia y el aislamiento forzó a un viraje de la presencialidad a la virtualidad, los distintos profesionales de la salud y en especial los psicoterapeutas no fueron la excepción, la psicoterapia como práctica conversacional que involucra la integración de distintos factores entre ellos la calidad del vínculo terapéutico se adaptó al cambio, lo que los llevó a implementar los tratamientos virtuales y de telepsicología (Kerman y Scherb, 2021).

Es por ello que ahora el tratamiento de estos trastornos dejó de ser exclusivamente presencial para también involucrar la virtualidad en el abordaje y tratamiento. Se ha evidenciado que la atención online puede mantenerse incluso cuando cese la pandemia, ya que existe una buena adaptación de los terapeutas al formato de atención online (Ceberio et al., 2021). Por otro lado, en la psicoterapia psicodinámica y en la terapia familiar no existen muchas evidencias empíricas de la eficacia y eficiencia de sus abordajes respecto a este problema, siendo los tratamientos de corte cognitivo conductual los que más aportes y evidencia empírica presentan respecto al abordaje y tratamiento de

estos trastornos (Starcevic, 2015). La terapia breve estratégica se ha vislumbrado eficaz respecto al tratamiento de estos trastornos, hay avances considerables respecto al abordaje y tratamiento de este mal (Nardone, 2020).

Desde el enfoque sistémico y constructivista el ser humano es un ser activo en constante evolución y creador activo de conocimiento en continua interacción con su medio (Shaefer y Rubí, 2015). Desde la psicoterapia breve estratégica los problemas se mantienen debido a los intentos fallidos de solución que la persona ha realizado y que lleva al sujeto a generar patrones repetitivos de comportamiento que lejos de solucionar el problema paradójicamente lo mantiene (Shaefer y Rubí, 2015). El uso de las emociones positivas en el proceso de psicoterapia orientada a la resolución de problemas, posibilita el cambio en la flexibilidad cognitiva a través de la creatividad. Como es el caso del Start point (SP) un enfoque terapéutico que promueve el uso de las emociones positivas en la resolución de problemas (Ceberio y Rodríguez, 2020).

Los mecanismos asociados a la hipervigilancia corporal lleva a que estos pacientes experimenten un estado de activación emocional, la preocupación por padecer una enfermedad llevan a estos pacientes a permanecer alertas, lo que lo conduce a buscar señales en el cuerpo de que puede ser una manifestación que compruebe la posible enfermedad que está padeciendo, la amplificación de las señales provenientes del cuerpo, lleva a incrementar la ideación perturbadora del padecimiento, interpretando erróneamente incluso funciones regulares del cuerpo sin significación clínica, como señal de un posible grave padecimiento, la dificultad para pasar la saliva, el ritmo cardiaco, la agitación en el pecho o un ligero malestar estomacal son señales que comprueban sus temores. Tener en cuenta estos comportamientos ritualizados en la intervención terapéutica, permiten romper el ciclo recursivo que alimenta el problema. Modificando de esta manera la estructura del comportamiento sintomático. De ahí que estos pacientes

se encuentran muy centrados en el cuerpo, percibiendo al propio cuerpo como la fuente de amenaza principal (Belloch et al., 2019). Modificar terapéuticamente esta percepción permitiría que los pacientes establezcan una nueva dinámica más armoniosa con su propio cuerpo, reestructurando cognitivamente, permitiendo cambiar la amenaza y el miedo, por el equilibrio y la armonía.

Respecto al tratamiento, Ceberio, demuestra como el uso de técnicas paradójales y de desvío sintomático permiten reducir la sintomatología en este tipo de trastornos (Ceberio, 2014). Por otro lado, las tentativas de solución llevan a formas ineficaces que buscan encontrar un equilibrio y solucionar los problemas, pero lejos de eliminarlos producen todo lo contrario, perpetúan los comportamientos problemáticos. Intentamos solucionarlos por que intentamos resolverlos, Los intentos de solución y la percepción, la forma como el problema se concibe, una creación del perceptor que nos autolimita, no solo tiene que ver con el observador sino con el sistema en el cual éste se encuentra (Ceberio et al., 2021).

Desde esta perspectiva el paciente entra en ciclos interaccionales de reforzamiento del miedo a través de una serie de comportamientos ritualizados a través de soluciones intentadas que lo llevan a mantener el comportamiento sintomático en un ciclo vicioso que se auto- retroalimenta. La inercia resistencial sería la gran protagonista de la dificultad para provocar los cambios y resolver el problema los factores de perpetuación del problema remiten a: intensidad, cantidad, frecuencia y tiempo (Ceberio et al., 2021). Si bien se vislumbran grandes avances a nivel terapéutico, sin embargo, no hay tanto desarrollo empírico que los refuerce y valide, se requieren más investigaciones empíricas al respecto que puedan ayudar a demostrar la eficacia y la eficiencia en el abordaje terapéutico desde lo sistémico. Desarrollaremos a continuación el modelo sistémico cibernético en el abordaje y tratamiento de la hipocondría.

### **2.6.1.- Modelo sistémico cibernético.**

Con el avance de la física orientada al estudio del átomo, se posibilitó el surgimiento de nuevas construcciones teóricas. Ideas que provenían de la naciente teoría general de los sistemas de Ludwing Von Bertalanffy y la cibernética de Norbert Wiener (Ceberio y Watzlawick,2006). Todo esto sirvió para impulsar el marco conceptual y epistemológico de la naciente terapia familiar sistémica. El uso de estos lentes epistemológicos basados en el cuestionamiento de las bases de la ciencia newtoniana, la causalidad lineal, la objetividad y la certeza. Asumiendo la inclusión del observador, la existencia del multiverso y la objetividad entre paréntesis.

El modelo sistémico cibernético surge con la evolución del modelo inicial del Mental Research Institute (MRI), la incorporación de la segunda cibernética y la influencia del constructivismo de Humberto Maturana. Se consolida una nueva forma de psicoterapia breve, cuyas bases epistemológicas se sustentan en la cibernética y en el constructivismo. Que además tiene una característica incorpora no solo la dimensión relacional, sino también la dimensión cognitiva.

Desde su posición epistemológica, no es posible una objetividad absoluta, ni existe una sola realidad y un solo universo (De la Cruz Gil, 2021a). Solo es posible conocer una parte de la realidad en su interacción directa (Varela, 1990; Maturana, 1998; Von Foerster, 1991; Ceberio y Watzlawick, 2006; Nardone, 2008). Incorpora el multiverso, desde esta perspectiva el observador es el constructor del universo. Existiendo una diversidad de universos como observadores existen (Maturana,1993). Desde esta mirada cada consultante construye su modelo particular del mundo. Cada consultante es único y requiere de una intervención específica alineada a su cosmovisión del mundo (De

la Cruz Gil, 2021a). Solo es posible tener conocimiento de la realidad del consultante, en su interacción con este. Aquí marca distancia con el modelo original del MRI, sobre todo con el modelo sistémico de la terapia familiar.

A nivel de causalidad, utiliza la causalidad final, la causalidad descendente y la causalidad circular. Con el foco en el presente y en el futuro. Deja de prestar atención al pasado, no busca las causas del problema. Por lo tanto, deja la causalidad eficiente. Bajo una causalidad final, permite construir una nueva realidad, generando una expectativa de cambio y sanación desde el futuro (De la Cruz Gil, 2022). Con gran respeto por el consultante, su sistema de creencias, su cosmovisión y modelo del mundo.

Desde el presente se orienta al futuro, buscando construir con el paciente una nueva realidad. Parte de la premisa de que, en la construcción de los problemas humanos, existe relación entre los intentos de solución fallidos, que son implementados por los pacientes y que paradójicamente lejos de solucionar el problema lo agravan. Los intentos de solución fallidos, alimentan el problema, imposibilitando el cambio.

Otra característica es que establece las metas terapéuticas a lograr en el proceso terapéutico en conjunto con el paciente. Plantea que los problemas humanos en sus diversas formas son el resultado de las interacciones que los mismos seres humanos establecen y de su sistema perceptivo. Se basa también en la presuposición que para resolver los problemas humanos no es necesario estudiar las causas ni buscar el origen del problema, lo que nos plantearía una psicoterapia tradicional basada en una causalidad lineal. Le interesa más cómo funciona y cómo se puede resolver el problema. Deja de tener sentido como se generó el problema y sus causas. No busca el origen del problema centrado en el pasado. Se evidencia un cambio en la causalidad, de pasar de una causalidad lineal a una causalidad circular (De la Cruz Gil, 2021a). Pone el foco en el

funcionamiento del problema, sus aspectos pragmáticos, en conocer cómo funciona para buscar hacer que funcione mejor. Se pasa del estudio del por qué, que busca el origen y la causa al estudio del cómo funciona.

Los seres humanos al construir a partir de sus representaciones de la realidad forman un sistema perceptivo reactivo con el que se relaciona consigo mismo, con los otros y con el mundo. No podemos captar el mundo de forma real y objetiva. Lo que llamamos realidad es más bien el producto de la perspectiva con la que percibimos los fenómenos, los instrumentos del conocimiento que utilizamos y el lenguaje con el que construimos dicha realidad y la comunicamos (Segal, 1994; Ceberio y Watzlawick, 2006; Nardone y Portelli, 2017; De la Cruz Gil, 2021a). La tradición y herencia sofista y constructivista, nos lleva a considerar que cualquier fenómeno que el psicoterapeuta en tanto observador intente conocer de su paciente, no puede existir independiente de sus propios procesos cognitivos y perceptivos, de sus propios modelos teóricos.

Por otro lado, este modelo de psicoterapia, se centra en los recursos del consultante, se analiza cómo funciona y se mantiene el síntoma en el presente y co-construyen con el consultante un futuro distinto. Analizando las excepciones al problema, las circunstancias en las que el consultante de forma natural no presenta el problema o no manifiesta el comportamiento sintomático. Desde una perspectiva de cooperación entre el consultante y el terapeuta, se asume que cada consultante tiene todos los recursos para resolver el problema, se asume también que el consultante desea y quiere cambiar. De esta manera ambos co-construyen un futuro libre del problema, utilizando todos los recursos del consultante y su cosmovisión del mundo para generar el cambio.

Terapeuta y consultante crean una nueva realidad, transformando la estructura de la realidad clínica, por una nueva estructura que le permite una nueva realidad más

funcional. Cambiando la epistemología del consultante. La psicoterapia desde esta perspectiva es un proceso de cambio conjunto. Un encuentro interaccional donde terapeuta y consultante danzan juntos en el encuentro conversacional. Tanto el terapeuta como el consultante se transforman juntos como resultado del encuentro interaccional sinérgico. Se convierte en una nueva totalidad, un nuevo sistema, superior a ambos en lo individual. El cambio por lo tanto es un proceso emergente, producto de la sinergia generada entre ambos. El consultante cambia y aprende en compañía del terapeuta. El cambio y el aprendizaje surgen como un proceso recursivo y sinérgico del encuentro entre terapeuta y consultante. Se trata de un cambio en las conversaciones, las percepciones y las emociones.

Teniendo en cuenta que la psicoterapia busca entre otras cosas, la resolución de los problemas humanos (Ceberio, 2022). Desde esta perspectiva, la psicoterapia se constituye en un encuentro en la aceptación y legitimación del otro como legítimo otro en la convivencia del encuentro terapéutico que tiene por finalidad la resolución del problema, del dolor y el sufrimiento.

El terapeuta respeta, acepta y legitima al otro, respetando su modelo del mundo, entendiéndolo, comprendiéndolo y acogiéndolo como ser humano, único y singular. Con una cosmovisión propia y un particular modelo del mundo (De la cruz, 2013; De la cruz Gil, 2021b). De esta manera el espacio psicoterapéutico se constituye en un espacio de encuentro humano fundado en el amor, el amor entendido desde la perspectiva biológica de Maturana (Maturana,2019). Desde esta perspectiva a través del emocionar de las conversaciones sustentadas en el amor del encuentro terapéutico se posibilita lograr el equilibrio y bienestar emocional. El amor facilita ese encuentro de legitimación y respeto por el otro (Maturana, 1994). La psicoterapia por lo tanto es un proceso de transformación

humana que se hace posible gracias a la convivencia de la aceptación del otro como legítimo otro, en el respeto y en el amor.

En psicoterapia breve se toma lo que el paciente trae a consulta, esta regla es parte de las enseñanzas de Erickson, quien usaba eso para la intervención con sus pacientes. Trabajar con el material propio del consultante implica reconocer que este es único. Que sus vivencias, experiencias, percepciones, cosmovisión del mundo e incluso características del padecimiento son singulares. Esta postura de abordaje psicoterapéutico está íntimamente relacionada con el concepto de multiverso de Maturana. El ser humano es el universo y su modelo del mundo es único (Maturana,1998).

De esta manera, el terapeuta aprende el lenguaje del paciente, es el terapeuta quien busca aproximarse a la cosmovisión del paciente a su modo de relacionarse, a su modo de entender y comprender el mundo. De esta forma busca fortalecer la empatía y el rapportt con el consultante. Como ya vimos, siempre estamos comunicando, por lo que la comunicación involucra una definición de la relación y un mensaje. La comunicación terapéutica no es exenta a todo este contexto, por lo que el terapeuta siempre esta enviando mensajes, metamensajes y definiendo la relación (Nardone y Portelli, 2017; Ceberio, 2020b).

Por otro lado, parte del proceso terapéutico implica convencer al paciente de ejecutar la prescripción, la influencia que el terapeuta debe generar en el paciente, de modo tal que lo persuade a que lleve la prescripción a la acción.

El terapeuta elabora un mapa que lo guíe en el proceso terapéutico, de esta forma tendrá un recorrido más ordenado, flexible y no rígido, permitiendo un espacio para el arte creativo. En un proceso recursivo, a partir de la aplicación de la solución el terapeuta

va descubriendo si dicha solución es efectiva o no, en caso de serlo, la solución nos ayuda a descubrir la estructura del problema.

## **2.7- Abordaje e intervención**

En la psicoterapia breve cibernético constructivista el proceso de intervención terapéutica sigue las siguientes etapas o fases:

1. Generar contexto
2. Diagnóstico operativo
3. Diseño y plan terapéutico
4. Ejecución
  - a. Eliminar el patrón del comportamiento sintomático
  - b. Construir nuevo patrón. Desarrollo de soluciones.
  - c. Mantener y consolidar el cambio
  - d. Desarrollo y consolidación de la autonomía
5. Evaluación
6. Cierre

Desarrollaremos a continuación cada una de estas etapas.

### **2.7.1.- Generación de contexto**

Es la primera fase del proceso terapéutico, involucra poner las bases y cimientos sobre los que se consolidará todo el proceso de abordaje e intervención. Está relacionado con: establecer la alianza terapéutica entre el terapeuta y su consultante. El término hace referencia a los aspectos holísticos de la relación entre el terapeuta y su consultante. Como conjunto sinérgico de componentes donde el todo es más que la suma de sus partes

(Flückiger et al., 2018). La alianza terapéutica tiene tres componentes: El primero tiene que ver con la existencia de una relación empática, el segundo con el establecimiento de un acuerdo entre el terapeuta y su consultante y finalmente la conformidad respecto a las tareas propias de la psicoterapia (Kerman y Scherb, 2022).

El establecimiento de una adecuada relación terapéutica es fundamental para asegurar la eficacia de cualquier psicoterapia (Okamoto y Kazantzis, 2021). En estudios recientes se encuentra que en un proceso terapéutico una calificación positiva tanto de los pacientes como de los terapeutas predice la reducción en los síntomas y mejoras en los trastornos (Saraiya et al., 2023).

Muchos estudios han encontrado que es la figura del terapeuta así como sus capacidades y habilidades las que contribuyen positivamente en el desarrollo de la alianza terapéutica. De esta manera sus habilidades interpersonales, su capacidad expresiva y de persuasión y la calidez del trato entre otras son muy relevantes para el éxito del proceso terapéutico (Wampold & Flückiger, 2023). Todo ese complejo proceso que el implica al encuadre terapéutico es emergente al estilo particular de cada terapeuta y se encuentra presente en la mente de cada uno. Involucra también el uso del espacio tanto dentro como fuera del consultorio (Rodríguez Ceberio, 2020b).

Por ello, la generación de contexto también involucra el uso del espacio para el proceso terapéutico, la elección del lugar en donde se realizará la terapia, la psicogeografía y la distribución espacial del terapeuta y su consultante durante las sesiones así como el uso adecuado del tiempo. Implica en general crear las condiciones que permitan legitimar y validar al otro. Reconociendo la cosmovisión y modelo del mundo del consultante. Co- construye con el consultante una comunicación terapéutica que metacomunique el reconocimiento, la legitimación y la validación del otro en la

relación terapéutica. Todo el proceso se encuentra cimentado en el respeto de su modelo del mundo, de su diversidad y de su dolor. Generando un encuentro amoroso en términos de Maturana (Maturana, 1998).

Creando un todo emergente que transmita a nivel verbal y no verbal: escucha, interés, atención, comprensión, acogida. En lo que el gran maestro Paul Watzlawick denominaba aprender a hablar el lenguaje del paciente (Watzlawick, 2007; Watzlawick, 2012). El terapeuta construye conjuntamente con su consultante un sistema terapéutico basado en una sinergia positiva fundada en la emoción del amor y reconocimiento de lo humano. En un espacio de legitimación del otro y respeto por el modelo del mundo del otro. Constituyéndose un sistema generativo, sustentado en la cooperación conjunta entre terapeuta y consultante. En una visión compartida, con un propósito, con una causalidad final. En un proceso negentrópico, que permite el paso del caos al orden y que facilitará el cambio, el crecimiento y el aprendizaje tanto del consultante como del terapeuta.

Estos cimientos del proceso terapéutico que se construyen en el fluir de las primeras interacciones, se deben de mantener a lo largo de toda la terapia hasta su conclusión.

### **2.7.2.- Exploración y fase social**

En la primera sesión el proceso terapéutico inicia con una breve fase social, permitiendo al consultante darle el espacio para que pueda profundizar un poco más respecto a las circunstancias y el motivo que lo trae a consulta. Dependiendo del estilo particular que maneje el terapeuta, así como a las primeras interacciones se puede dar mayor o menor flexibilidad para explorar respecto al síntoma, sus características, o los aspectos emocionales que el consultante trae a sesión. Sin perder el foco de la terapia ni

en sus objetivos. Este espacio puede durar desde unos pocos minutos o extenderse un poco más. Por lo general se aprovecha esas primeras interacciones para ir construyendo el sistema terapéutico a través de una buena alianza, identificando la cosmovisión del consultante y sus recursos personales (De la Cruz, 2003). Es importante la flexibilidad del terapeuta de adecuarse a las necesidades del consultante para ir danzando juntos en armonía.

### **2.7.3.- Motivo de consulta:**

Es importante identificar el motivo que llevó al consultante a terapia. Cabe señalar que los motivos pueden ser diversos. No siempre el motivo de consulta es igual al problema a trabajar. Por ello, es de suma importancia identificar adecuadamente el problema a resolver esto permitirá activar todo el proceso terapéutico que se alinea con la correcta identificación del problema a resolver (De la cruz, 2008, De la Cruz, 2013).

### **2.7.4.- Identificación del problema**

Identificar el problema a resolver permite al terapeuta delimitar los posibles caminos que puede tomar para su adecuada resolución. Ayuda a identificar lo que el consultante delimita y prioriza como problema, permitiendo gestionar de esta manera las expectativas del consultante y manteniendo el foco de la terapia. En caso el consultante manifieste mas de un problema a resolver. El terapeuta lo ayuda a priorizar y lo acompaña a definir el más relevante a trabajar. Teniendo en cuenta que es mejor trabajar con temas específicos y un problema a la vez. Teniendo en cuenta que por efectos de las leyes sistémicas, al trabajar el problema principal, se modifica la estructura y tiene impacto en

el resto del sistema (Von Bertalanffy, 1989). De esta manera se genera una bola de nieve, que al igual que un dominó impacta sobre el resto del sistema, muchas veces sin que el terapeuta haya intervenido de forma directa en su resolución. A nivel de comunicación terapéutica podemos mencionarle al consultante alguno de estos mensajes:

- “¿Cuál de todos estos problemas que me ha comentado tiene mayor importancia para Usted? “¿Con cuál de todos estos problemas desea empezar a trabajar?”
- “¿Cuál consideras que es el principal problema/tema que deseas empezar a trabajar en estas sesiones?”

Estas son algunas de las preguntas que a modo de ejemplo se pueden utilizar en esta fase de la intervención terapéutica. Cabe señalar la importancia que tienen las preguntas en general en todo el proceso terapéutico. Las preguntas formuladas adecuadamente por el terapeuta constituyen un elemento fundamental en la comunicación terapéutica, ya que permiten introducir información en los sistemas y también representan la espontaneidad y la creatividad del terapeuta (Ceberio y Rodríguez, 2020a).

El camino que seguirá el proceso terapéutico se activa a partir de la adecuada delimitación del problema a resolver. Es importante para que el proceso terapéutico mantenga una correcta dirección.

#### **2.7.5.- Definir la meta terapéutica a lograr**

Es importante para el proceso terapéutico tener una meta terapéutica a lograr. La meta terapéutica es definida por el consultante conjuntamente con el terapeuta. Permite establecer un acuerdo respecto a cuál es la finalidad de la terapia. De esta manera, la meta terapéutica les proporciona un norte, que facilita y le da dirección a todo el proceso

terapéutico. Además que fomenta la cooperación del consultante y clarifica el camino a recorrer tanto para el consultante como para el terapeuta. El terapeuta al permitir que el consultante defina la meta, lo invita a participar y a co- construir el proceso. Fomentando su participación activa.

Al establecer la meta, el proceso terapéutico deja de focalizarse en las causas del problema, para empezar a centrarse en la solución a lograr. Cuando el consultante define su meta como por ejemplo “sentirme tranquilo” o “estar en paz conmigo misma”, se genera un cambio importante, el proceso deja de centrarse en la patología y en el diagnóstico a resolver. De esta manera la terapia empieza por utilizar una causalidad final, dejando de lado una causalidad eficiente. Es el futuro a través de la meta a lograr, el que influye en el presente. El proceso terapéutico deja de centrarse en la patología para enfocarse en el estado a lograr. Representa una visión conjunta del futuro que posteriormente será muy importante para la elaboración del diseño y el plan terapéutico.

#### **2.7.6.-Características de la meta terapéutica:**

- Deben ser específicas y precisas
- Deben de ser realistas y alcanzables
- Formulados en positivo, enunciados en términos de comportamientos observables
- Formulados en el tiempo, es decir debe tener fecha de ejecución
- Debe estar identificada la conducta o resultado a lograr

Preguntas que puede realizar el terapeuta:

- ¿Qué quiere lograr?
- ¿Cómo sabrá que lo ha logrado?

- ¿Qué sucederá en los otros ámbitos de su vida cuando el problema ya no lo aqueje?
- ¿Qué es lo que espera que suceda en su vida cuando hayamos tenido éxito?
- ¿Qué verá, escuchará y sentirá cuando haya logrado su meta?
- ¿Cómo se darán cuenta los otros que Usted ha cambiado? ¿Cómo lo sabrá Usted?

Se incorporan también indicadores al proceso terapéutico, es importante establecer indicadores de medición, que permitan conocer los avances que se van teniendo con la terapia. Establecer una unidad de medida, la meta será nuestro 100% a lograr. Se debe establecer e identificar en cada sesión el nivel de avance que va teniendo el consultante respecto a ese 100%. Así mismo terapeuta y consultante establecen un primer paso, un pequeño cambio, un pequeño obstáculo a vencer o un escalón a subir dentro de todo ese proceso, esto los llevará en la dirección acordada. También ayudará a cimentar la confianza del consultante en el proceso terapéutico. El mensaje que podemos darle puede ser el siguiente:

- “Si pudiéramos definir un primer objetivo, un objetivo pequeño a lograr ¿Cuál sería?”
- “Teniendo en cuenta que este es nuestro 100% ¿Cuál sería un primer pequeño objetivo que podríamos lograr alcanzar?”

Terapeuta y consultante al incorporar los indicadores, permiten identificar el avance del proceso, comunica progreso y brinda confianza de que se están logrando resultados. Pequeños objetivos se pueden ir alcanzando sesión tras sesión y ser fácilmente medibles por el terapeuta y consultante.

### **2.7.7.- Información del proceso y establecimiento de acuerdos:**

El terapeuta informa sobre el procedimiento a seguir, la duración de la terapia, la frecuencia de las sesiones y resalta la importancia de la realización de las tareas que se dejen en las sesiones.

Mensaje :

“ Juan Carlos, estamos acordando que vamos a trabajar (indicar la meta a lograr ), tendremos diez sesiones en promedio para trabajar juntos, las sesiones serán una vez a la semana y algunas veces cada quince días, dependiendo de los avances que vayamos teniendo. Las sesiones tendrán una duración de una hora, durante las sesiones realizaremos algunos ejercicios, al finalizar cada sesión te dejaremos algunas tareas, es muy importante que realices las tareas, necesitamos tu compromiso para el éxito de todo el proceso y de tu tratamiento.”

Se debe establecer un espacio para absolver preguntas y/o dudas que tenga el consultante. Al empezar con la intervención puede que algunas variables y dimensiones del problema principal no se hayan explorado o no sean del todo claras. Es posible que en la primera sesión el terapeuta no haya podido realizar todo el diagnóstico operativo y le falte completar algunos pasos. Cada consultante es único, así como sus particulares dinámicas relacionales. Puede que no tengamos todas las condiciones ideales para iniciar con la terapia. Sin embargo, el proceso terapéutico puede empezar incluso en esas circunstancias. Siempre que se tenga en cuenta retomar el rumbo y seguir con el protocolo. La flexibilidad del terapeuta y del proceso aquí son muy importantes. La psicoterapia es un arte, en el que el artista se moldea junto con su objeto de estudio.

### **2.7.8.- Diagnóstico operativo:**

En el modelo de psicoterapia breve, cibernético constructivista, no se realiza un diagnóstico tradicional basado en la descripción de síntomas y signos. Se busca conocer cómo funciona el problema, se centra en identificar los patrones de la estructura del síntoma, las excepciones, la cosmovisión del consultante y la identificación de los recursos y capacidades.

El comportamiento sintomático presenta una estructura. Dicha estructura son los patrones cognitivos e interaccionales que a través del tiempo han constituido la estructura del síntoma y lo mantienen. Se identifican los patrones cognitivos e interaccionales con la finalidad de posteriormente modificarlos. Los patrones son:

1. Patrones cognitivos: El comportamiento sintomático presenta un conjunto de patrones cognitivos constituido por los pensamientos, percepciones, imágenes visuales, sensaciones y emociones relacionados al problema.
2. Patrones interaccionales: Son los patrones de comunicación y comportamiento que se han establecido a lo largo del tiempo. Dichos patrones siguen una compleja red conversacional recursiva. Una súper carretera por la cual transitan las interacciones comunicacionales y comportamentales del consultante con otros miembros del sistema y que mantienen el problema.

En el diagnóstico operativo se analizan toda la ecología del síntoma. Constituida por otras dimensiones que se encuentran relacionadas directa o indirectamente al mantenimiento y reproducción del síntoma o permiten su resolución. En ese sentido se incorporan también las soluciones que el consultante ha buscado implementar para solucionar el problema. Teniendo en cuenta que las soluciones fallidas mantienen el problema y lo alimentan (Watzlawick, et al., 1991; Nardone y Watzlawick, 2018). Es importante identificarlas para evitar que se siga reproduciendo el ciclo recursivo que

alimenta el problema. Se analizan también las excepciones al problema, las situaciones, circunstancias y momentos en los que el problema o el comportamiento sintomático no se encuentran presentes. Así mismo se identifica los recursos con los que cuenta el consultante y que pueden ser útiles para la resolución del tema a trabajar.

### **2.7.9.-Identificación de los patrones relacionados al síntoma**

La estructura presenta ciertas dimensiones que nos permiten identificarla (Ver figura N.10). El terapeuta por lo tanto debe poner foco en la correcta identificación de la estructura del síntoma:

1. Identificar la frecuencia del síntoma.
2. Identificar los días de aparición del síntoma (día, semana, mes, año) .
3. Identificar la duración e intensidad del síntoma.
4. Identificar el contexto de aparición del síntoma.
5. Identificar la secuencia (orden) del síntoma.
6. Identificar los intentos de solución
7. Identificar las excepciones

**Figura N° 10 Dimensiones de la estructura del comportamiento sintomático**



Para identificar los patrones que constituyen la estructura del síntoma el terapeuta realiza las siguientes preguntas:

- ¿Cuándo se produce? En qué momentos específicos el comportamiento sintomático se presenta. Por las mañanas, el fin de semana, en las noches, etc.
- ¿Con que frecuencia? Dos veces por semana, todos los días, tres veces al día.
- ¿Dónde? Hace referencia al contexto, todo comportamiento se da en un contexto, es importante identificar en qué contexto se da. El dormitorio, el salón de clases, la oficina del jefe, el salón de juntas, el comedor, la sala.
- ¿Con quién? ¿Quiénes participan? El comportamiento sintomático involucra a otras personas?. Identificar el aspecto interaccional del comportamiento sintomático a trabajar. Las personas que están involucradas cada vez que el síntoma se presenta.
- ¿Cuál es la secuencia interaccional? ¿Qué hacen?, ¿Cómo se comportan? ¿Qué dicen?
- ¿Qué intensidad tiene?. Medimos la intensidad del problema. Ahí se utiliza el ISE (Indicador subjetivo de estrés): Mide el grado de percepción de estrés, malestar o conflicto que el consultante manifiesta respecto al problema, conducta sintomática, la meta, tarea, acción o situación relacionada que le genera conflicto. La medimos de 0 : inexistencia del malestar o conflicto a 10: grado máximo de conflicto, estrés o malestar. A nivel psicoterapéutico se convierte en un indicador que también nos permite evaluar la efectividad del proceso terapéutico.
- Identificar las excepciones. ¿En qué circunstancias no se presenta el comportamiento sintomático?, momentos, lugares, contextos, personas, circunstancias en las que no se presenta?. Identificar las excepciones posibilita gestionarlas. El terapeuta puede buscar reproducirlas y fomentar que se produzcan más y por más tiempo.

### **2.7.10.- Soluciones intentadas**

Evaluación de las soluciones intentadas: el terapeuta analiza y evalúa en conjunto con el consultante, todos los intentos de solución que ha realizado para tratar de resolver el problema. Aquí el terapeuta y consultante evalúan juntos aquellas soluciones que han funcionado y las que han resultado ineficaces. Una vez identificadas buscamos que realice más de aquellas soluciones que han funcionado. Evaluamos si hay circunstancias que impidan que esta solución no se realice frecuentemente. Se las podemos prescribir para que continúe con aquello que funciona. Identificamos también aquellas que no han funcionado. Una vez identificadas intervenimos solicitando que el consultante deje de realizarlas y haga algo diferente.

### **2.7.11.- Diseño y plan terapéutico**

Una vez conocida la estructura y el funcionamiento del comportamiento sintomático. Definida la meta a lograr, así como los recursos y cosmovisión del consultante. Se procede a realizar y establecer el diseño y el plan terapéutico. El terapeuta se convierte en un sastre especializado que, en base a las medidas y preferencias de su consultante, co- construye junto con él, el nuevo traje que reemplazará al anterior. Tomando en cuenta en todo momento, sus gustos, preferencias respecto al color, la forma y el modelo. Una co- construcción conjunta. Que se basa en la cooperación. En base a toda la información, el terapeuta selecciona las técnicas y estrategias más idóneas y las que considera se adaptan mejor a las características del problema a trabajar y la meta a lograr. Es decir, en esta etapa el terapeuta realiza el diseño del “traje a la medida” del consultante.

El plan terapéutico tiene objetivos, que plantea el terapeuta, alineados a la mirada conjunta que tiene con el consultante. Los objetivos terapéuticos ayudan a precisar y describir lo que se espera del proceso terapéutico. Representan el resultado a lograr desde la mirada especializada del terapeuta. Evidencia la estrategia que seguirá el terapeuta para abordar el caso. Conjuga la meta, el diagnóstico operativo, el diseño y el plan terapéutico.

### **2.7.12.- Objetivos del plan terapéutico**

Involucran dos áreas: la relacionada a la disminución o eliminación del trastorno sintomático y la relacionada al desarrollo de capacidades.

#### *1.- Objetivos relacionados con la disminución o eliminación del trastorno sintomático.*

Estos objetivos buscan la remisión del síntoma, el cambio de la estructura del comportamiento sintomático, y de todos los aspectos relacionados a este, que posibiliten la modificación de los síntomas clínicos asociados.

Ejemplos:

- Reducir /Eliminar los síntomas clínicos asociados al trastorno sintomático (depresión, ansiedad, etc).
- Eliminar la estructura/patrón del comportamiento sintomático
- Modificar el patrón sintomático de los pensamientos recurrentes.
- Eliminar el sistema perceptivo reactivo en relación al síntoma
- Eliminar las soluciones intentadas fallidas en relación al trastorno sintomático
- Modificar las percepciones y actitudes en relación a su familia/padres/Esposa(o)/Jefe

#### *2.- Objetivos relacionados al desarrollo de capacidades*

La mirada de la terapia breve no solo se centra en el síntoma sino también en el desarrollo de recursos y soluciones. En ese sentido, desde una visión de la psicología positiva se centra en el desarrollo de recursos. Estos objetivos por lo tanto buscan el desarrollo de **nuevos** comportamientos, habilidades, capacidades, creencias, recursos etc. Que ayuden al consultante a consolidar su autonomía e independencia.

Ejemplos:

- Potenciar los recursos personales que le permitan alcanzar el bienestar y equilibrio emocional
- Fortalecer la autoestima personal
- Desarrollar las capacidades de autodominio y autocontrol

### **2.7.13.- Plan terapéutico**

El plan terapéutico es el resultado del proceso de conocimiento, análisis y evaluación que ha realizado el terapeuta sobre el caso. Producto de un diseño meticuloso que ha incorporado al consultante, sus recursos, su cosmovisión y modelo del mundo, así como los recursos, cosmovisión y epistemología del terapeuta. Representa las estrategias y el curso de acciones que el terapeuta pretende implementar para dar solución al caso. Es el resultado sinérgico de la interacción entre ambos. En el diseño el terapeuta identifica las áreas de la ecología del síntoma, las metas y las soluciones que incorporará en el plan. Definiendo y estableciendo prioridades, enfocándose en algunas y dejando otras. Siempre enfocándose en las metas a lograr.

Dimensiones del plan terapéutico

- Estructura del comportamiento sintomático
  - Interaccional
  - Cognitiva
- Dinámica familiar.
- Relaciones interpersonales
- Síntomas clínicos asociados
- Sistema perceptivo
- Emociones
- Creencias
- Pensamientos
- Actitudes
- Hábitos
- Desarrollo de autonomía y empoderamiento
- Fortalecimiento de capacidades
- Desarrollo de nuevos comportamientos y habilidades.

Una vez identificadas las áreas de la ecología del síntoma que constituirán e incorporarán al plan terapéutico. No todas las áreas se incorporan al plan terapéutico. El terapeuta selecciona las técnicas y prescripciones más idóneas que se alinean mejor al problema o tema a trabajar, las soluciones a construir, la cosmovisión del consultante. Así mismo selecciona y establece una estrategia a seguir, el plan de acción que pondrá en ejecución sesión tras sesión, los pasos y acciones que lo ayudarán a lograr la meta establecida. Esta implica absolver las siguientes preguntas ¿Por cuál dimensión empezará? ¿Se enfocará en el problema y la solución? ¿Qué técnicas empleará? ¿Con cuál técnica empezará? ¿Qué prescripciones utilizará? Etc.

#### **2.7.14.- Ejecución del plan terapéutico**

En esta fase se aplica el diseño del plan terapéutico previamente planificado, ejecutando las técnicas con el cliente, todo el proceso es flexible y puede adaptarse y modificarse de acuerdo al avance del consultante y los cambios generados durante el proceso. El terapeuta puede modificar el plan adecuándolo a las respuestas del consultante y el trastorno. Cada sesión tiene un espacio para evaluar los cambios suscitados, se miden los avances, tanto cualitativa como cuantitativamente. Identificando el porcentaje de avance. Se analiza la cooperación del consultante respecto a las prescripciones que se le han dejado.

El terapeuta refuerza y felicita los avances que va teniendo el consultante, se orienta a las soluciones, identificando las acciones y comportamientos que van funcionando. En base a ello el terapeuta puede realizar ajustes al plan terapéutico. Reflexiona sobre la idoneidad de las técnicas y prescripciones que está empleando para ese caso en particular. Ajusta también la estrategia en caso sea necesario. Es con el contacto y conocimiento de la realidad particular del consultante, que el plan terapéutico y el diseño se adaptan. Por ello ambos son flexibles. Se alimentan y reorientan en base a los cambios e interacciones que se van suscitando entre terapeuta y consultante a lo largo de las sesiones.

En la fase de ejecución el protocolo de intervención consta de las siguientes etapas. Ver tabla N° 3.

1. Eliminar el patrón del comportamiento sintomático
2. Desarrollar recursos. Construir un nuevo patrón cognitivo e interaccional
3. Mantener y consolidar el cambio
4. Desarrollo y consolidación de la autonomía

**Tabla N° 3: Fases del proceso de ejecución**

Proceso	Descripción	Estrategia
Eliminar el patrón del comportamiento sintomático	Modificar y eliminar la estructura cognitiva e interaccional del comportamiento sintomático	Prescripciones directas, indirectas. Paradojales. Reencuadre. Técnicas para eliminar la estructura cognitiva. Hipnosis.
Construir un nuevo patrón y desarrollar recursos y soluciones	Construir nuevas perspectivas, nuevos comportamientos. Nuevos patrones cognitivos de pensamiento, emociones y nuevas formas de percibir la realidad. Alineado a la meta, recursos y las soluciones.	Prescripciones directas indirectas. Técnicas de hipnosis sin trance. Hipnosis con trance.
Mantener y consolidar el cambio	Consolidar los recursos, el desarrollo de las soluciones. Mantener y fortalecer los cambios. Identificar los nuevos aprendizajes.	Hipnosis con y sin trance. Técnica del como sí. Prescripciones directas.
Desarrollo y consolidación de la autonomía	Consolidación de la autonomía y nuevas capacidades	Prescripciones directas relacionadas al desarrollo de la autonomía y confianza.

### 2.7.15.- Evaluación

Es el proceso continuo mediante el cual el terapeuta valora el logro de los objetivos terapéuticos y las metas establecidas entre terapeuta y consultante. Va recogiendo, analizando y midiendo el impacto de las intervenciones. Identificando los cambios que se van suscitando a nivel de comportamiento, emociones y actitudes. Conjuntamente con el consultante evalúan los avances que van sucediendo de una sesión a otra, respecto a la meta establecida. Modificando y adecuando la intervención durante todo el proceso, ajustándola al consultante y su trastorno. En cada sesión se realiza la evaluación, teniendo en cuenta que es un proceso continuo. Sin embargo, al culminar el proceso se evalúan los resultados finales alcanzados, el logro de los objetivos terapéuticos

y el cambio en la estructura del comportamiento sintomático y el desarrollo de capacidades. Dependiendo del tema tratado y las características específicas del comportamiento sintomático puede variar las dimensiones a evaluar. Entre las preguntas que ayudan a la evaluación para el terapeuta tenemos:

¿Qué diferencias encontramos entre la primera sesión y la última? ¿Cómo inicio el tratamiento y cómo lo está concluyendo? ¿Qué cambios se han presentado? En las creencias, pensamientos, emociones, hábitos, comportamientos, percepciones, relaciones. Nuevos aprendizajes, etc. ¿Qué evidencias tenemos de esos cambios? Cambios en la frecuencia del síntoma, en la duración, en su intensidad, cambios en el indicador subjetivo de estrés (ISE). Indagamos también sobre ¿Qué percepción tiene el consultante respecto a los cambios y la remisión del síntoma? ¿Qué nuevas capacidades y aprendizajes considera que ha logrado? De ser el caso ¿Qué percepción tienen los familiares de los cambios? En general, las áreas que se evalúan tienen que ver con la ecología del síntoma, como se puede apreciar en la tabla N° 6.

**Tabla N° 4: Evaluación del proceso terapéutico**

<b>Dimensiones a Evaluar</b>
Modificación en la dinámica familiar disfuncional
Mejora en las relaciones interpersonales con miembros dentro de la familia
Relaciones interpersonales con personas fuera del entorno familiar (Trabajo, escuela, comunidad)
Modificación de la estructura del comportamiento sintomático: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Modificación de la estructura cognitiva del comportamiento sintomático</li> <li>○ Modificación en la estructura interaccional</li> </ul>
Modificación/disminución/remisión de los síntomas clínicos
Logro de los objetivos terapéuticos
Logro de las metas terapéuticas conjuntas <ul style="list-style-type: none"> <li>• Porcentaje de avance</li> </ul>
Cambios en el Indicador subjetivo de estrés (ISE)

Modificación en las emociones  
Cambio en las percepciones  
Modificación en las creencias/pensamientos/actitudes/hábitos  
Desarrollo de mayor autonomía y empoderamiento  
Fortalecimiento de capacidades  
Nuevos comportamientos, habilidades y aprendizajes

### **2..7.16.- Cierre y culminación del proceso**

Es la última etapa. Se da por concluido el proceso terapéutico. El terapeuta, en coordinación con el consultante dan por finalizada la terapia, habiendo realizado la evaluación y alcanzado los objetivos terapéuticos propuestos.

### **2.8.- Análisis de un Caso**

Julio, viene a consulta derivado por un médico neurólogo. Se encuentra preocupado porque un amigo muy querido ha fallecido de un aneurisma cerebral. Julio menciona” Él se encontraba muy bien, la última vez que lo vi, vino a mi casa y jugamos un partidito juntos con los amigos del barrio, no entiendo cómo pudo morir de un momento a otro, si se veía tan sano....según cuentan, mi amigo se encontraba comprando cuando se desmayó. Dicen que le dio un dolor de cabeza un día antes, al parecer él no le dio importancia y de pronto se murió”.. hace ya dos meses de su muerte, desde hace algunas semanas, me duele mucho la cabeza, inicia muy levemente y luego se incrementa. Ni bien empieza me preocupo mucho, vienen muchas ideas a mi mente...me digo ¿Y si es un aneurisma? Y si de pronto me muero? ¿Qué será de mi familia? ¿Cómo se quedarán mis hijos?...me da un miedo terrible y el dolor de cabeza se hace más fuerte cada vez.

Es una sensación insoportable yo creo que tengo también un aneurisma o quien sabe un tumor cerebral.. ya me hice la resonancia y me han hecho una serie de exámenes....aunque el doctor me dijo que no encontraron nada ..no entiendo de donde me sigue doliendo la cabeza todo eso me tiene angustiada, estoy intranquila...hay muchas

cosas que tengo que solucionar, me tiene preocupado la seguridad económica de mi familia, no sé qué hacer ...a raíz de eso estoy buscando información en internet sobre estos temas me han recomendado a otros especialistas ya saque cita para la próxima semana con un buen neurólogo. Yo creo que hay algo que los médicos que me han visto no han analizado es por eso mejor que me vea un experto reconocido por que este dolor es real y me apareció de pronto y no puede ser que me digan que no tengo nada... A raíz de todo esto, estoy más atento a mi cuerpo y me reviso el cuerpo constantemente por ello he descubierto que me ha salido también una especie de lunar en el pie derecho, no lo tenía.. me preocupa que sea cancerígeno, estoy buscando información al respecto” “Todas las mañanas ni bien me despierto reviso todo mi cuerpo...estoy muy atento a cualquier cambio...he notado que después de comer tengo un ligero malestar en esta parte del estómago (señala la región derecha debajo de las costillas) se extiende hasta las costillas, me preocupa por que cada día se hace un poco más intenso...No puedo dormir, la angustia me consume, todo ese malestar en mi cabeza no me deja dormir creo que está avanzando ese tumor en mi cabeza...”

### **2.8.1.- Soluciones intentadas ineficaces en la hipocondría**

En el trastorno hipocondriaco, las personas buscan solucionar el problema, pero paradójicamente las soluciones que aplican lejos de solucionar el problema lo agravan. Las tentativas de solución que las personas intentan poner en acción resultan ineficaces,

revelando los intentos de la gente de tratar de buscar el equilibrio, en su afán de solución utilizan la misma fórmula una y otra vez pretendiendo equivocadamente obtener un resultado diferente (Rodríguez Ceberio, 2022).

La primera solución intentada ineficaz en el trastorno hipocondriaco es la búsqueda de reaseguro, es decir la visita constante a los servicios médicos y la consulta con el personal de salud. En su dinámica hipocondriaca los pacientes buscan calmar su incertidumbre y temor de padecer alguna enfermedad visitando continuamente al médico. De esta manera busca que el profesional le explique sobre la naturaleza de sus síntomas o los signos de posible malestar que se están presentando. Si bien esto logra calmarlos en un primer momento, muy pronto vuelve la incertidumbre, la duda. Poco a poco nuevamente se va gestando la incertidumbre sobre el estado de su salud, lo que lo lleva nuevamente a buscar la opinión médica. Esto se convierte en un patrón repetitivo.

La segunda solución intentada fallida es la búsqueda constante y repetitiva de información sobre las señales, signos y posibles enfermedades que podría estar presentando. De esta manera el paciente hipocondriaco en su afán de despejar su duda y buscar tranquilizarse, empieza a buscar de forma continua información sobre su posible enfermedad. De esta manera la ingente información que tiene a su disposición muchas veces sin valor científico solo logran saturarlo de información y llenarse de información dudosa de fuentes poco confiables. Paradójicamente con el paso del tiempo lejos de calmarse se llena de angustia y miedo.

Una tercera solución intentada fallida que caracteriza este trastorno es la fijación en el cuerpo, la exacerbada atención focalizada en los procesos corporales. Los pacientes continuamente se encuentran atentos a los pequeñas sensaciones corporales. Un tic en la cara, el zumbido en sus oídos, la agitación de su corazón o el movimiento peristáltico en

los órganos internos la conduce a interpretar de forma errónea y catastrófica atribuyéndolo a una posible enfermedad.

### **2.8.2.- Técnicas de intervención**

Una de las técnicas que se utiliza en el tratamiento del trastorno hipocondriaco es la prescripción del síntoma conocida también como la técnica del chequeo corporal. El terapeuta prescribe al consultante que realice un ritual. Cada día deberá de buscar un momento y lugar adecuados para realizar la tarea. (el terapeuta también puede señalar al consultante un momento o una hora específica durante el día para realizar la tarea). Buscará de manera voluntaria todas las señales que indiquen la presencia de una posible enfermedad. Revisará e inspeccionará minuciosamente su cuerpo por completo buscando síntomas, signos, revisando manchas, lunares, etc. Todo lo que implique una posible señal de enfermedad. Deberá de poner por escrito con mucho detalle todos los síntomas identificados para ser evaluados la siguiente sesión.

La prescripción tiene por objetivo modificar el sistema perceptivo y reactivo del paciente hipocondriaco. Convirtiéndose en una verdadera ordalía, ya que convierte un comportamiento sintomático en un comportamiento voluntario pero a la vez obligado lo que lo va convirtiendo en una tarea aburrida y fatigosa de desarrollar. Deja de ser voluntaria para convertirse en una tarea obligada.

Al principio es tomada con gusto por el consultante pero poco a poco se va convirtiendo en fatigosa y aburrida. De forma paulatina va tomando un rumbo distinto y empieza a empujar al consultante hacia el cambio. Adicionalmente va manejando sus temores respecto a las señales corporales, aumentando su familiaridad con los cambios de su cuerpo dejando de percibirlos como amenazantes.

La prescripción tiene por objetivo modificar las percepciones de la persona hipocondriaca. Rompiendo el círculo vicioso de chequeo - preocupación. Aumentando las funciones corporales y fisiológicas que son en su mayoría normales, mitigando la percepción de amenaza y miedo. Además, que se transforma el comportamiento sintomático en un comportamiento voluntario y obligado. Convirtiéndolo de esta manera en una ordalía que mantenida en el tiempo lo lleva a abandonar el síntoma.

### **Ritualizar el ritual**

“Cada vez que sientes y escuchas en tu cuerpo cualquier cambio por pequeño que sea, esto te tranquiliza momentáneamente pero al cabo de un tiempo te das cuenta que estas alimentando tu miedo a tener una posible enfermedad. Sé que no puedes dejar de escuchar y sentir a tu cuerpo. Aunque debes de saber que cada vez que lo haces mantienes y alimentas tu problema y tus miedos se incrementan. Por ello, desde hoy hasta la próxima vez que nos veamos. Quiero pedirte que escuches y sientas a tu cuerpo cada hora en punto al menos tres veces por hora”.

Esta técnica modifica la estructura del comportamiento sintomático. Para la siguiente solución intentada se le prescribe: “ Sabemos que buscas información en tu computadora sobre las señales y síntomas que vas encontrando o sintiendo. Puedes continuar informándote una vez al día sobre una señal o tema específico. Pero si ves que de pronto continúas buscando mas información, entrando a otras páginas relacionadas o bien haces una nueva búsqueda en Google, entonces deberás de permanecer 45 minutos estudiando toda la información, agarras tu libreta y deberás de tomar nota de lo más relevante e importante. Recuerda que puedes informarte una vez al día pero si haces otra

búsqueda, entonces lo harás por 45 minutos. En la próxima sesión traes la información que anotaste. Estás de acuerdo? “.

“Para nuestra próxima sesión al levantarte antes de desayunar, después de que almuerces y al finalizar el día antes de acostarte. Deberás ir frente a tu espejo, verás todo tu cuerpo delante del espejo, cada parte de tu cuerpo deberá ser examinada, desde la punta de tu cabeza hasta los dedos de tus pies. Mirándote en todos los ángulos. Cualquier señal extraña que percibas la anotas en tu cuaderno, al lado de cada señal deberás de poner la posible patología que consideras representa esa señal. Traes la tarea para nuestra próxima sesión”.

### **3.- Antecedentes**

Los antecedentes del estudio de la hipocondría como de la ansiedad por la enfermedad se encontró que uno de los conceptos que se evidencian como esenciales en los documentos analizados es la amplificación somatosensorial, que viene a ser la tendencia a experimentar sensaciones somáticas de forma intensa, nociva y perturbadora (Barsky et al., 2001). El paciente hipocondriaco se encuentra muy sensible y atento a los estímulos del propio cuerpo, por más leves que sean, amplificándolos.

Por otro lado, tenemos que las intrusiones mentales específicamente las imágenes y pensamientos sobre la enfermedad están presentes en los trastornos hipocondriacos tal cual lo encontraron en un estudio con 438 estudiantes universitarios en España, donde encuentran que las intrusiones mentales no deseadas (IM) jugarían un papel importante en la generación de la hipocondría (Belloch et al., 2019).

Según el estudio la interpretación errónea de las funciones corporales los llevaría a generar mecanismos de hipervigilancia corporal, esta vigilancia hacia el cuerpo estaría relacionada con el incremento de la sensibilidad de las señales corporales, en estos pacientes (Abramowitz y Barddock, 2006). Los procesos fisiológicos normales son mal interpretados como señales de disfunción, de esta forma funciones regulares del cuerpo sin significación clínica son interpretados erróneamente como señal de enfermedad, lo que los lleva a incrementar la ideación perturbadora del padecimiento.

Otro tópico que se ha constituido como importante en las investigaciones relevadas es la asociación existente entre la ansiedad por la salud, los síntomas hipocondriacos y la sensibilidad al asco. Encontrando que las dimensiones del asco predecían los síntomas hipocondriacos, el asco estaría relacionado en la etiopatogenia de la hipocondría (Sandin et al., 2020). Este es un dato muy importante encontrado y a tener en cuenta y que se constituiría como prioritario en el estudio de los casos de hipocondría.

La emoción del asco según este estudio estaría relacionada con la hipocondría y la ansiedad por la salud. De este modo la sensibilidad al asco que sirve como mecanismo de alerta a las personas respecto a posibles fuentes de contaminación y enfermedad, sería un indicador de la ansiedad por la salud y la hipocondría. En especial con dos dimensiones que predijeron significativamente la sintomatología hipocondriaca, que serían la dimensión miedo a la enfermedad y dimensión deterioro- trasgresión corporal (Sandin, et. al 2020).

Otro concepto que se evidencia esencial para entender la hipocondría y la ansiedad por la enfermedad es que tiene que ver con los pensamientos distorsionados y creencias catastróficas que presentarían estos pacientes, que los llevarían a asociar los signos, señales y sensaciones corporales con posibles enfermedades. No sólo estaría relacionado con la hipocondría sino también con la ansiedad en general tal como lo evidencian la existencia de pensamientos distorsionados producto de la pandemia centrados en la interpretación de la situación como peligrosa, asociada a la pérdida, la enfermedad y la muerte, la incapacidad para afrontar las dificultades y la preocupación excesiva (Moreno, 2020). En otro estudio se reportó que la mayoría de pacientes previamente diagnosticados con trastorno hipocondríaco cumplían en un 74% con los criterios para trastorno de síntomas somáticos y en 26% con los criterios para trastorno de ansiedad por enfermedad. En ese mismo estudio no se encontraron diferencias en la esfera cognitiva, emocional y conductual entre ambos diagnósticos (Gómez et al., 2021).

Así mismo en otro estudio se encuentra que el trastorno de ansiedad por enfermedad explica los síntomas que aparecen en el 25% de los pacientes que han sido diagnosticados con hipocondría asociado a un elevado nivel de ansiedad relacionado con la salud (Rodríguez, 2017). En relación a la hipocondría y los trastornos de somatización se encuentra que solo el 15 % de los hipocondriacos presentan también un trastorno de

somatización (TS). Los pacientes con TS presentan un elevado número de síntomas somáticos lo que los diferencian de otros trastornos mentales (López, 2011). Respecto a los trastornos de pánico e hipocondría, se encuentra en un estudio realizado con pacientes diagnosticados con trastorno de pánico e hipocondría, que las variables de actitud hacia la enfermedad, preocupaciones corporales, fobia a la enfermedad y creencias hipocondriacas son las dimensiones que reflejan una mayor capacidad discriminativa entre pánico e hipocondría. Se ha constatado factorialmente la separación entre dos dimensiones relacionadas a la actitud hacia la enfermedad y son la fobia a la enfermedad y la creencia de enfermedad. La primera se da en ambos trastornos, pero la segunda es característica del trastorno hipocondriaco (Chorot et al., 1997).

Respecto a los test para el diagnóstico del trastorno hipocondriaco, encontramos que en España se valida el inventario breve de ansiedad por la salud (SHAI) con una población de 342 participantes y 31 pacientes con hipocondría, encontrando que la estructura de dos factores propuesta factor 1: probabilidad de enfermar, factor 2: consecuencias negativas de la enfermedad con un punto de corte de 40,5. Permite distinguir entre los pacientes clínicos y no clínicos con elevada ansiedad por la salud, concluyendo que el SHAI es un instrumento adecuado para la detección de la ansiedad por la salud en población adulta hispano hablante (Arnéz et al., 2019). No se encontró instrumentos validados que midan la ansiedad por la enfermedad en el Perú, esta falencia de instrumentos diagnósticos hacen necesario aún más que se cuente con herramientas en esta línea.

Por otro lado respecto a la influencia de la pandemia y su relación con la prevalencia del trastorno en los estudios encontrados podemos evidenciar la influencia de la pandemia por COVID-19 y su influencia en la salud mental. De esta forma el estrés percibido y el insomnio son variables predictoras en la mayoría de síntomas ansiosos tales

como las obsesiones y compulsiones, la ansiedad, la fobia y también la depresión relacionada con el COVID-19, como lo evidencia el estudio realizado con 131 mujeres embarazadas españolas (Romero et al., 2021). En esa misma línea en un estudio desarrollado en España con la participación de 21,152 personas cuyo objetivo fue evaluar las respuestas desadaptativas en las dos primeras semanas del confinamiento, encontraron síntomas depresivos 46,7% estrés 33,2% y ansiedad en el 10,7%, siendo los síntomas depresivos y la conducta evitativa los más frecuentes, el impacto sobre la salud mental produce respuestas desadaptativas en la población en general (Moya et al., 2021). Del mismo modo en un estudio no probabilístico realizado con 712 personas en Argentina a los 60 días del confinamiento las mujeres mostraron valores de ansiedad más altos que los hombres (Ceberio et al., 2021).

Siguiendo esa misma línea, un estudio realizado en Buenos Aires, Argentina en el que participaron 2,912 personas que tenía por objetivo analizar el impacto del aislamiento social en la salud encontrando un 41% síntomas depresivos, ansiedad, concluyendo que el aislamiento por la pandemia afectó el bienestar psicológico (Herrera et al., 2020). Del mismo modo en un estudio descriptivo exploratorio con una muestra de 100 estudiantes universitarios realizados en Perú cuyo objetivo era identificar los principales trastornos emocionales relacionados al Covid-19, encuentran que en un 85% presentan problemas de sueño, un 83% sentimientos depresivos y de desesperanza, un 46% presentan problemas psicológicos de ansiedad y depresión y un 17% presenta estrés post traumático a consecuencia del confinamiento y del covid-19 ( Tamayo et al., 2020). Siguiendo esa misma línea encontramos que en España se investigó adicionalmente la prevalencia del miedo al coronavirus, los síntomas emocionales y los problemas de sueño, en una muestra de 1,161 participantes entre 18 y 84 años, durante los meses de marzo a abril del 2020, encontrando que los miedos más comunes son las categorías de

contagio/enfermedad/muerte, aislamiento social, y problemas de trabajo/ingresos. Encontrando también síntomas emocionales como preocupación, estrés, desesperanza, depresión, ansiedad, nerviosismo e inquietud (Sandin et al., 2020).

Del mismo modo en un estudio trasversal realizado en España con una muestra de 151 participantes en edades comprendidas entre los 18 y 76 años se evaluó los síntomas psicopatológicos, encontrando que durante la cuarentena se pudo identificar grupos sociodemográficos con mayor vulnerabilidad, de esta manera las personas desempleadas presentaban mayores síntomas depresivos, las personas que no practicaban deporte presentaban mayores síntomas de somatización, las personas que vivían solas presentaban mayores niveles de psicoticismo. Las personas que dedicaron menos de 30 minutos a informarse sobre el COVID-19, mostraron altas puntuaciones de hostilidad (Becerra et al., 2020). Al parecer tal cual estamos analizando el confinamiento estaría relacionada con la existencia de algunos síntomas ansiosos y depresivos, de esta manera en un estudio realizado en la ciudad de Lima con 565 participantes adultos, durante el estado de emergencia sanitaria encontraron prevalencia de síntomas relacionados a la ansiedad y depresión (Prieto et al., 2020).

Del mismo modo en un metaanálisis, encuentran que las principales consecuencias del confinamiento se encuentran el estrés post traumático, incertidumbre, depresión y ansiedad (Campos et al., 2020). Estos resultados son similares a los encontrados en un estudio de tipo trasversal realizado con una muestra de 931 participantes adultos de diversas provincias argentinas, con edades entre 18 y 84 años, donde encuentran síntomas de depresión, ansiedad e intolerancia a la incertidumbre. Los investigadores reportan que a mayor tiempo de confinamiento hay una mayor presencia de sintomatología ansiosa, las variables relacionadas con la ansiedad, depresión e

intolerancia a la incertidumbre predican de forma negativa el bienestar psicológico, social y emocional en la población Argentina (Eidman et al., 2020).

En la misma dirección, en un estudio descriptivo de corte trasversal con 150 participantes personal sanitario en Mérida Venezuela, encontrando síntomas de ansiedad, depresión y estrés, el personal sanitario se ve afectado por las exigencias de la práctica médica producto de la pandemia (Martínez et al., 2020). Se hace evidente por todo lo anterior, el poco desarrollo de estudios empíricos en esta línea por lo cual se hace necesario promover y fomentar más estudios al respecto. Esa cronificación tiene consecuencias importantes, entre las que se encuentran sin duda la aparición de otros problemas asociados, en especial de sintomatología ansiosa y afectiva, a los que hay que atender también. Así mismo se puede evidenciar el impacto que generó la pandemia en la prevalencia de los trastornos mentales en general y en la hipocondría o ansiedad por la enfermedad en particular.

En China durante la pandemia de covid-19, un estudio se buscó investigar las diferencias emocionales de las personas que presentaban síntomas psiquiátricos y solicitaron ayuda en línea a los servicios de salud mental. Se recopilaron los datos a gran escala en el servicio de línea de ayuda psicológica. Con un total de 26,780 registros de respuestas emocionales y síntomas psiquiátricos durante la pandemia entre febrero del 2020 hasta abril del 2021. Se realizó un modelo de probabilidad lineal y un análisis de red para determinar las diferencias en las preocupaciones de salud mental de los solicitantes de ayuda. Los resultados revelaron que las preocupaciones respecto a la salud mental de las personas que llamaron a la línea de ayuda mostraron diferencias en las distintas etapas relacionadas con la pandemia. De este modo los síntomas de ira, tristeza y obsesión aumentaron en una segunda etapa, mientras que los síntomas de ansiedad, somatización, sentimientos de miedo y estrés disminuyeron. Encontraron que existe

conexión entre la ansiedad y la hipocondría. El miedo a la enfermedad disminuyó en la segunda etapa así mismo el miedo hipocondriaco relacionado con el contagio (Lai et al.,2023).

La ansiedad por la enfermedad durante la pandemia afectó también al personal sanitario en especial al personal médico. En un estudio realizado en China durante la pandemia del Covid- 19. Se estudia la respuesta al estrés psicológico del personal médico. Participaron un total 1,446 médicos. Se encontró que un 69,3% presentaba síntomas hipocondriacos. 95% miedo, 47,9% ansiedad obsesiva y 55% depresión. Los efectos de la depresión y el estrés emocional hipocondríaco fueron significativamente mayores en las mujeres trabajadoras que en los hombres. Aquellos con niveles educativos más altos tenían una respuesta de estrés emocional más fuerte. Se concluye en el estudio que el estrés emocional afectó a los profesionales médicos, especialmente médicos y enfermeros (Hu et al.,2023).

En la ansiedad por la salud y la hipocondría, la búsqueda de información sobre la enfermedad y los síntomas en el entorno digital ha incrementado considerablemente en su uso. Esta costumbre de buscar información de forma inmediata a llevado al surgimiento de lo que actualmente se conoce como la cibercondría. Por sus características muchos investigadores la relacionan con la hipocondría de la era digital. Sin embargo, si se usa incorrectamente, puede disminuir el nivel de bienestar. En un estudio se buscó investigar la relación entre la cibercondría, la ansiedad rasgo y el bienestar psicológico en 422 mujeres en edad reproductiva comprendida entre los 18 a 49 años. Se encuentra que el aumento del tiempo en línea, el consumo de alcohol, los niveles de ansiedad rasgo y el bienestar psicológico aumentan los niveles de cibercondría. Se concluye que es necesario mejorar la precisión de la información en línea, que no está supervisada y es de

fácil acceso para la sociedad como fuente de información (Sezer, et al., 2022).

Por otro lado, un estudio realizado con 91 jóvenes y adultos entre 19 y 30 años en Corea tuvo como objetivo explorar a través de una encuesta en línea la relación entre las variables de hipocondriasis, sesgo optimista, percepción de riesgo, psicología de masas, y el comportamiento de salud preventiva. Los resultados muestran que la influencia de la psicología de masas tiene una relación positiva con el comportamiento de salud preventiva, mientras que el sesgo optimista y la hipocondría no la tienen. Las personas que presentan niveles altos o medios de influencia a la psicología de masas mostraron una mayor conducta de salud preventiva, uso de mascarillas y vacunación en comparación con aquellas que tenían niveles bajos de influencia a la psicología de masas. Los resultados de este estudio pueden ser útiles para el establecimiento de políticas de prevención ya que sugieren que la psicología de masas puede usarse de manera efectiva en la planificación de campañas de comunicación preventiva (Lee et al., 2022).

Así mismo, la salud mental se vio afectada, no sólo en los profesionales de la salud como los médicos. Las personas desarrollaron recuerdos traumáticos e hipocondría, probablemente provocado por el aislamiento social y el estrés. La infección por SARS-CoV-2 también ha influido en la salud mental de los pacientes psiquiátricos, lo que ha exacerbado las condiciones psiquiátricas previas. Las personas sin antecedentes psiquiátricos previos, sufrieron una agudización de la enfermedad. Los resultados han demostrado que COVID-19 puede desencadenar problemas en la salud mental debido a influencias sociales y psicológicas tales como disminución de la interacción social y cambio en los patrones de sueño (Del Casale et al., 2022).

Las búsquedas repetitivas de información en línea sobre salud aumentan la ansiedad y dan como resultado la adicción a Internet. Un estudio realizado con 143

estudiantes universitarios. Tuvo como objetivo determinar la correlación entre la adicción a Internet, cibercondría, sensibilidad a la ansiedad e hipocondría. Encuentran que la cibercondría puede contribuir al desarrollo de la adicción a Internet. Los hallazgos sugieren la importancia de capacitar a los estudiantes para que superen sus ansiedades mediante el manejo de la cibercondría y la adicción a Internet (Abu Khait et al.,2022).

En un estudio que comparó la eficacia de la psicofarmacoterapia. Se estudió a 108 pacientes de sexo femenino que se encontraban hospitalizadas. Con edades comprendidas entre 50 y 88 años, con síntomas hipocondríacos principales de nivel no delirante. Todos los pacientes fueron examinados clínica y psicopatológicamente utilizando escalas psicométricas: la escala de calificación de depresión de Montgomery-Asberg, la escala de calificación de ansiedad de Hamilton, la escala de hipocondría y la escala de calificación de efectos secundarios de la UKU. Se concluye que los trastornos hipocondríacos en pacientes de edad avanzada, en la mayoría de los casos se acompañan de síntomas depresivos y/o de ansiedad. Esta información es relevante para mejorar la eficacia diagnóstica y la selección pertinente de la terapia (Shestakova et al.,2022).

En otro estudio se buscó identificar grupos vulnerables dentro de los trabajadores de la salud y estudiar la relación entre el estado emocional y las características ambientales. Se encontró que un mayor porcentaje de médicos, especialmente los menos experimentados, percibieron significativamente sentimientos de incertidumbre y frustración. Mientras que un mayor porcentaje de enfermeras experimentó significativamente tristeza. Tener un diagnóstico confirmatorio de la enfermedad se relacionó con sensación de hipocondría. Se concluye que el adecuado conocimiento de los diferentes patrones emocionales más prevalentes en personal de salud y en la población en general, permitirá la detección de personas en riesgo para el desarrollo de

trastornos mentales y la implementación de abordajes terapéuticos en futuras situaciones similares de pandemia (García-Fernández et al.,2022).

En Holanda, se examinó si la adherencia a las guías de práctica clínica para los trastornos de ansiedad se asocia con una mayor eficiencia de la atención. Se analizaron los datos de 139 pacientes a los que se les aplicaba una guía. Hubo una probabilidad del 68% de que el tratamiento que cumpliera con las pautas se asociara con más efectos y costos más bajos. Los pacientes que recibieron un tratamiento que cumple con las pautas tienen más probabilidades de experimentar una mayor reducción de los síntomas y menos costos durante el seguimiento que los pacientes que no reciben un tratamiento (Jonkers et al., 2021).

Por otro lado, en Polonia, se realizó un estudio con 606 estudiantes de medicina con el objetivo examinar y evaluar sus niveles de actitudes hipocondríacas y ansiedad relacionada con la salud. Se conoce que el síndrome del estudiante de medicina se basa en la suposición de que estos son propensos a desarrollar un miedo patológico e hipocondriaco a las condiciones médicas sobre las que se les enseña. Los resultados del estudio mostraron que los estudiantes de medicina obtuvieron las mismas puntuaciones en una escala nosofóbica que los estudiantes no médicos. El análisis del comportamiento hipocondríaco mostró resultados significativamente superiores en el grupo de estudiantes no médicos. En todo el grupo de estudio, el sexo femenino y los participantes con trastornos mentales obtuvieron puntuaciones más altas en relación a la nosofobia. Los síntomas de depresión y ansiedad fueron más comunes en el grupo de estudiantes de medicina. Se concluye que factores como el género y la preexistencia de una enfermedad mental influye en la aparición de ansiedad por la salud y actitudes hipocondriacas. Así mismo los estudios médicos no son un factor de riesgo para la aparición de hipocondría

(Szczurek et al., 2021).

Así mismo, la investigación existente sugiere que es probable que la cibercondría represente un síndrome conductual distinto que está estrechamente asociado con la ansiedad por la enfermedad y la hipocondría relacionada con la salud. Aunque la investigación de la cibercondría aún está en pañales. La búsqueda de información en línea sobre la salud produce una cantidad de información casi inmanejable que puede aumentar el comportamiento de búsqueda de seguridad de las personas con una mayor ansiedad por la salud. La cibercondría también parece estar relacionada con baja autoestima, sensibilidad a la ansiedad, intolerancia a la incertidumbre, compulsividad y creencias metacognitivas. En la actualidad, no está claro si las personas con cibercondría sufren solo de un amplio comportamiento de búsqueda en línea relacionado con la salud o también de otras formas de trastornos del uso de Internet. El vínculo entre la cibercondría y la alfabetización en salud electrónica es poco reconocido. La alfabetización en salud electrónica es definida como las habilidades percibidas para encontrar, evaluar y aplicar información a los problemas de salud. En la actualidad, no existen intervenciones terapéuticas estandarizadas para la cibercondría. El tratamiento debe abordar las suposiciones y creencias desadaptativas relacionadas con la salud o la enfermedad mediante el uso de enfoques existentes y bien establecidos para hipocondría. Además, debe enfocarse en el uso problemático de Internet y permitir que las personas con cibercondría reflejen su alfabetización subjetiva en salud electrónica y promuevan un uso funcional de los recursos de salud en Internet (Müller et al., 2021).

La pandemia del COVID-19 también trajo una presión psicológica fuerte para la población en general, pero en especial para los grupos vulnerables como los ancianos. Sin embargo, los estudios sobre el estado psicológico de los adultos mayores durante esta

emergencia de salud pública siguen siendo escasa. A través de la administración de una encuesta en línea a 1,501 adultos mayores chinos se recopiló información sobre datos demográficos, estado de salud y otros factores relacionados con la epidemia. Específicamente, el estudio definió el estado psicológico en cinco trastornos primarios: depresión, neurastenia, miedo, ansiedad e hipocondría. Se encuentran factores asociados con el estado de salud mental de las personas mayores en especial ansiedad e hipocondría, lo que tiene una importancia en el diseño e implementación de intervenciones psicológicas para esta población adulta vulnerable para futuras enfermedades emergentes (Zhou et al., 2021).

En otro estudio con 279 estudiantes del área de ciencias de la salud. Se planteó como objetivo evaluar las actitudes hacia la enfermedad y su asociación con la presencia de hipocondría. Se aplicaron la prueba Short Health Anxiety Inventory (SHAI) y la prueba Illness Attitude Scale (IAS). Se encontró que los estudiantes presentaron conductas anormales hacia la enfermedad asociada a la hipocondría (Escamilla et al., 2020).

Otro grupo de investigadores estudiaron la validez y la utilidad clínica de distinguir entre el trastorno de síntomas somáticos (SSD) del DSM-5 y el trastorno de ansiedad por enfermedad (IAD) en la ansiedad patológica por la salud: el miedo excesivo y recurrente o la preocupación por tener o desarrollar un problema de salud grave. Para ello se comparó los síntomas somáticos y la ansiedad por la enfermedad en 334 participantes adultos. No se encontraron diferencias significativas en cuanto a características clínicas y socio- demográficas. Sin embargo, el trastorno de síntomas somáticos se asoció con una mayor carga de síntomas, más visitas al psicólogo y una discapacidad ligeramente acentuada. Se concluye que considerando las características

clínicas bien documentadas y las intervenciones clínicas efectivas, probablemente sea más útil considerar la ansiedad patológica por la salud como una ansiedad de facto o quizás como un trastorno del espectro obsesivo-compulsivo, independientemente del diagnóstico DSM-5 ( Axelsson & Hedman-Lagerlöf et al., 2023).

Según la literatura científica existe relación entre patología de la personalidad e hipocondriasis, que implican un deterioro psicosocial significativo. Se buscó investigar el papel de la patología de la personalidad para explicar el deterioro funcional en pacientes con hipocondriasis, al tiempo que explica la influencia de la gravedad de la ansiedad por la salud. Para ello, se administró a 84 pacientes diagnosticados con hipocondriasis una batería de pruebas e instrumentos de entrevista y autoinforme para la patología de la personalidad, la gravedad de la ansiedad por la salud y el deterioro funcional. Se encontró que la patología de la personalidad explicaba progresivamente el deterioro funcional sobre la influencia de la gravedad de la ansiedad por la salud. El deterioro funcional se asoció específicamente con los síntomas del trastorno de personalidad por evitación y el trastorno de personalidad dependiente. Los rasgos de personalidad que mejor explicaban el deterioro funcional eran el trastorno de personalidad por evitación y el trastorno de personalidad dependiente (Bach et al., 2023).

Las personas que de manera informal estaban en contacto directo y cuidaron a los pacientes con COVID-19, experimentaron muchos problemas psicológicos y fueron propensos al trastorno de ansiedad por enfermedad (IAD). Se realizó un estudio con 54 cuidadores informales cuyo objetivo fue determinar los efectos del entrenamiento virtual de la Técnica de Relajación de Benson (BRT) en el trastorno de ansiedad por la enfermedad. Se dividió aleatoriamente en grupos de control y de intervención. El grupo de intervención recibió a través de mensajeros el archivo de audio y el folleto de la técnica

de relajación de Benson (BRT). Se les pidió que apliquen esta técnica dos veces al día, cada una durante 20 minutos y en periodo de 3 semanas. Sin embargo, el grupo de control no recibió ningún entrenamiento. Después de las 3 semanas se realizó nuevamente la evaluación. Se encontró que el entrenamiento virtual con la técnica de relajación de Benson reduce la ansiedad por la enfermedad en los cuidadores informales de pacientes con COVID-19. Siendo un método integral, simple y económico (Barghbani et al., 2023).

El sesgo de interpretación que presentan los pacientes con hipocondría, relacionado con la interpretación errónea, negativa y selectiva de estímulos puede contribuir al desarrollo y mantenimiento de la ansiedad por la salud. Sin embargo, la fuerza de la evidencia empírica de esta asociación sigue siendo un tema de debate. Este estudio tuvo como objetivo estimar la asociación entre la ansiedad por la salud y el sesgo de interpretación e identificar esta asociación. Se concluye que la ansiedad por la salud está significativa y fuertemente asociada con el sesgo de interpretación. Estos hallazgos son de importancia central para el avance de los modelos y el tratamiento de la ansiedad por la salud (Du et al., 2023).

Los factores cognitivos tales como los pensamientos y las creencias, participan en el desarrollo y mantenimiento de los problemas de ansiedad en general y la ansiedad por la enfermedad en particular. Se sabe que las personas que padecen de ansiedad por salud tienen una interpretación errónea de los síntomas corporales. Siendo un factor crucial en la determinación de su capacidad para regular sus emociones. La interpretación catastrófica que estas personas realizan de síntomas y cambios corporales son ambiguos. Esto aumenta los niveles de ansiedad y es conocido como sesgo de interpretación. Un estudio que tuvo como objetivo evaluar las interpretaciones sesgadas de los síntomas corporales. Encuentra que las personas con ansiedad por la enfermedad hicieron

interpretaciones más negativas de información ambigua y potencialmente peligrosa para la salud. Utilizaron menos reevaluación para regular su emoción. Estos hallazgos sugieren que un cambio de interpretación de los síntomas corporales ambiguos entre las personas que padecen enfermedades crónicas puede ser una posible intervención para combatir la ansiedad y mejorar la vida de los pacientes (Elhamiasl et al., 2023).

En la ansiedad por la salud los sesgos en el procesamiento de la información llevan a la preocupación persistente por la salud. Se conoce poco sobre los correlatos neuronales de las anomalías conductuales observadas en estos pacientes. En un estudio que utilizó imágenes de resonancia magnética funcional. Se aplicó a 22 pacientes que buscaban tratamiento con ansiedad severa por la salud teniendo otros 22 pacientes como grupo control. Se les pidió que realizaran una tarea en estado de reposo y se comparó las imágenes. La tarea de imágenes incluía imágenes de escenas neutrales y relacionadas con la salud mostrándoles rostros neutrales y disgustados. Se encontró que, en comparación con los controles, los pacientes con ansiedad por la salud mostraron una mayor conectividad funcional en la corteza prefrontal dorsolateral dentro de la red de estado de reposo fronto-parietal izquierdo, que se correlacionó positivamente con las dimensiones de pensamiento autoinformadas. El estudio sugiere que los sesgos de comportamiento en la ansiedad por la salud pueden estar relacionados con la conectividad funcional aberrante de la corteza prefrontal dorsolateral izquierda en reposo. A diferencia de los pacientes con ansiedad por la salud que no mostraron hiperactivaciones significativas de la amígdala y la ínsula durante el procesamiento de estímulos emocionales, lo que contrasta con los hallazgos en otros trastornos de ansiedad (Gehrt et al., 2023).

En el sesgo de interpretación relacionado con la percepción objetiva de los síntomas corporales, los pacientes sobre informan las señales somáticas. Un estudio

presentó frases o palabras relacionadas con enfermedades y palabras neutras junto con estímulos táctiles. Para esto último los participantes debían de realizar una tarea de seguimiento mental de los latidos del corazón. Los investigadores encuentran una sensibilidad significativamente mayor y un sesgo de respuesta en participantes con ansiedad por la enfermedad en comparación con el grupo de control. El aumento en la sensibilidad en participantes con sesgo de interpretación sugiere una integración multisensorial más fuerte en relación a la percepción de los síntomas corporales (Wolters et al., 2023).

La ansiedad por la salud en los asistentes a las consultas médicas es conocida; sin embargo, existe poca investigación sobre la ansiedad por la salud en situaciones de emergencia. Se exploró la prevalencia de la ansiedad por la salud en un departamento de emergencia. Se encontró que los participantes del estudio que tenían condiciones de salud preexistentes tenían niveles significativamente más altos de ansiedad por la salud en comparación con los controles. Este estudio proporciona información importante sobre la prevalencia de la ansiedad por la salud en las emergencias ambulatorias. Esto tiene implicaciones para el tratamiento en un entorno de urgencias en el que los pacientes pueden beneficiarse de la remisión oportuna a los servicios de salud mental (Parker et al., 2023).

Se conoce que los estudiantes de medicina desarrollan repetidamente ansiedad por la salud relacionada con las enfermedades que están estudiando. Un estudio realizado en una universidad en Emiratos Árabes Unidos, investigó la prevalencia de la ansiedad por la salud en una muestra de 193 estudiantes de medicina de pregrado (68 hombres, 125 mujeres). Los participantes fueron evaluados usando el Inventario Breve de Ansiedad por la Salud (SHAI). Se encuentra que no hubo diferencia estadísticamente significativa entre

aquellos con y sin ansiedad por la salud en edad, género, lugar de origen o año de estudio. Ninguna característica demográfica o de antecedentes de los estudiantes predijo significativamente la aparición de ansiedad de salud. Se concluye que las experiencias individuales de enfermedades médicas y mentales pueden desempeñar un papel en el desarrollo de la ansiedad por la salud y en la elección de estudiar medicina (Abdel Aziz et al., 2023).

La cibercondría es una búsqueda excesiva de información relacionada con la salud seguida de angustia. La búsqueda se realiza a través de los medios digitales. Un estudio examinó los efectos de la cibercondría, como mediador entre la ansiedad por la salud y el recuerdo. 194 adultos participantes del estudio leyeron información sobre una supuesta enfermedad en diversas fuentes de alta, baja y credibilidad neutral. Los participantes con alta cibercondría recordaron más información en comparación con el resto. Dependiendo de su nivel de cibercondría manifestaban distintos patrones de recuerdo. Se encontró un efecto directo de alta ansiedad por la enfermedad solo para aquellos recuerdos con información distorsionada (Bagarić et al., 2023).

En un ensayo clínico aleatorizado se evaluaron los efectos de la consejería de apoyo a través del teléfono inteligente en la ansiedad por la salud en pacientes diagnosticados con lupus eritematoso sistémico. Se dividió a 124 pacientes en grupo experimental y de control. Todos los participantes respondieron los cuestionarios de ansiedad por la salud y aceptación de la discapacidad. Durante ocho semanas, el grupo de prueba recibió ayuda de asesoramiento remoto utilizando la plataforma de WhatsApp. Se encontró que los niveles de ansiedad por la salud del grupo experimental fueron significativamente menores que el del grupo de control. Se concluye que el asesoramiento de apoyo basado en teléfonos inteligentes puede ayudar a las personas con lupus

eritematoso sistémico a controlar mejor sus síntomas y vivir mejor al reducir la preocupación por la salud y aumentar la aceptación del deterioro. El asesoramiento de apoyo virtual puede ayudar a los profesionales de la salud a optimizar el potencial de los procesos de educación y apoyo (Pasyar et al., 2023).

Como vimos, la búsqueda de información respecto a las enfermedades y la salud en internet se ha convertido en un gran problema a nivel mundial, debido a sus repercusiones negativas en la salud, tanto mental como física. En un metaanálisis se evaluó la relación entre el uso problemático de internet y la resiliencia, y analiza sus posibles variables moderadoras. Se concluye que existe una fuerte relación entre las dos variables estudiadas (Hidalgo-Fuentes et al., 2023).

Las experiencias adversas en la infancia se han relacionado con el desarrollo de ansiedad por la salud. Los adultos con una afección médica crónica tienen mayor riesgo de desarrollar ansiedad por la salud. Los hallazgos demuestran que mayores experiencias adversas en la infancia pueden aumentar las evaluaciones negativas de la enfermedad, lo que aumenta la ansiedad por la enfermedad (Traino et al., 2023).

En un estudio que tuvo como objetivo investigar los efectos de la ansiedad por coronavirus, la ansiedad por la salud, los niveles de síntomas de ansiedad y las variables demográficas en pacientes con vértigo durante la pandemia. Se convocó un total de 118 pacientes con vértigo y 82 controles sanos. Se encontró que los pacientes con vértigo experimentaron niveles más altos de ansiedad por coronavirus, ansiedad por la salud y trastorno de ansiedad en comparación con los controles sanos (Altıntaş & Korkut, 2023).

En un estudio que evaluó la relación entre la metacognición, el sesgo cognitivo y la desregulación emocional en relación con los rasgos de personalidad y la cibercondría. Participaron 703 personas mayores de 18 años que tenían acceso a internet. Se encontró

que el sesgo cognitivo, la metacognición relacionada con la salud y la desregulación emocional podrían demostrar un papel mediador completo en la correlación entre los rasgos de personalidad y la cibercondría (Nasiri et al., 2023).

Otro estudio que convocó a 462 participantes, tuvo como objetivo investigar el papel mediador del síndrome de atención cognitiva (CAS), la tolerancia a la angustia y las metacogniciones relacionadas con la salud y la ansiedad por el coronavirus. Los participantes completaron voluntariamente cuestionarios de autoinforme sobre cada una de las variables mencionadas anteriormente. Se encontró que las metacogniciones relacionadas con la salud tienen un efecto significativo en la variable mediadora de tolerancia a la angustia y el síndrome de atención cognitiva. Las metacogniciones relacionadas con la salud tuvieron un efecto directo sobre la ansiedad por el coronavirus. Juegan un papel importante en la ansiedad. Las creencias metacognitivas disfuncionales son factores de riesgo que podrían afectar de forma negativa en la salud mental y la ansiedad por el coronavirus (Mohammadkhani et al., 2023).

En una muestra con 226 adultos mayores se evaluó si las actitudes hacia el envejecimiento están relacionados con la ansiedad por la salud y el funcionamiento físico. Se encontró que percibir el envejecimiento como una época de pérdidas, sirve como un mecanismo importante a través del cual las ansiedades de salud y el funcionamiento físico se afectan entre sí (Bodner et al., 2023).

En un estudio con 1,578 adultos en Irak, durante la pandemia. Se buscó evaluar el cumplimiento de la cuarentena domiciliaria voluntaria y examinar la prevalencia de la ansiedad por la salud. Las personas en cuarentena experimentaron mayores niveles de ansiedad y preocupaciones de salud. Se concluye que se debe priorizar la educación y las intervenciones psicológicas para disminuir el impacto psicológico de la experiencia de

cuarentena, especialmente entre los grupos de alto riesgo (Taha, 2023).

Otro estudio realizado en medio oriente con 559 personas durante la pandemia por Covid-19. Tuvo por objetivo investigar la correlación entre el estrés percibido, la ansiedad por la salud, los síntomas obsesivo-compulsivos y la calidad de vida durante la pandemia. Se encontró correlación positiva entre la ansiedad por la salud y el estrés percibido. Del mismo modo entre los síntomas obsesivo compulsivos y la ansiedad por la salud. Se concluye que la ansiedad por la salud y el estrés percibido durante la COVID-19 afectan los síntomas obsesivo-compulsivos y la calidad de vida (Yang et al., 2022).

La ansiedad por la salud implica malinterpretar las sensaciones corporales normales como síntomas de una enfermedad grave. Un estudio buscó explorar la ansiedad por la salud en adultos autistas. Se encuentra que la ansiedad por la salud era significativamente mayor en los adultos autistas que en los no autistas, y significativamente mayor en las mujeres que en los hombres en ambas submuestras (Galvin & Richards, 2023).

Un estudio realizado en Hungría, tuvo como objetivo examinar la relación entre la ansiedad por la salud, el apoyo social, el afrontamiento y el estrés percibido. Ansiedad por la salud mostró una fuerte correlación directa e indirecta con la disociación. En cuanto al apoyo social, el apoyo de la familia disminuyó significativamente las experiencias disociativas en la muestra húngara mediadas por estrés percibido y directo. Se encontró que el pensamiento positivo disminuye la disociación al disminuir el estrés percibido. Se concluye que la ansiedad por la salud, el afrontamiento y el apoyo social parecían influir en la disociación directamente y a través de la mediación del estrés percibido. El apoyo social, principalmente el apoyo de la familia y las estrategias de afrontamiento centradas en el problema, pueden disminuir el nivel de estrés, disminuyendo así la conducta

disociativa (Koložsvári et al., 2023).

Un estudio realizado con 455 mujeres en China, se investigó la relación entre la actividad física y la ansiedad por la salud en mujeres con menopausia. Las mujeres experimentan molestias físicas y psicológicas durante la menopausia. Los cambios hormonales exacerbaban los cambios de humor. Empiezan a experimentar una elevada preocupación por su salud llegando a generarles ansiedad. Por lo que es un período de alta incidencia de enfermedades crónicas. Los resultados indican que la competencia interpersonal y la inteligencia emocional se asocian negativamente con la ansiedad por la salud. Las mujeres menopáusicas con más ejercicio físico, mayor competencia interpersonal y mayor inteligencia emocional reportaron menor ansiedad por la salud. Para reducir el riesgo y aliviar la ansiedad por la salud los sistemas de salud deben de crear las condiciones para que las mujeres participen en actividades físicas grupales, que integren familia y comunidad (Wang et al., 2023).

Un estudio realizado en Estados Unidos con 204 adultos, evaluó la relación existente entre la intolerancia a la incertidumbre (IU) como un moderador potencial de la relación entre la ansiedad por la salud y el estrés relacionado con COVID-19. Teniendo en cuenta que la pandemia afecta a la salud mental, y en especial para las personas con ansiedad por la salud. Existe poca investigación sobre las variables de las diferencias individuales que podrían influir en estas relaciones. Se encontró que la intolerancia a la incertidumbre moderó la relación positiva entre la ansiedad por la salud y el estrés relacionado con COVID. Se concluye que las personas con elevada ansiedad por la salud y alta intolerancia a la incertidumbre pueden tener un mayor riesgo de experimentar estrés relacionado con COVID. Las personas ansiosas tienen un mayor riesgo de experimentar estrés durante periodos de confinamiento (Sorid et al., 2023).

En Japón un estudio evaluó si las intervenciones realizadas a través de video basadas en pares serían una alternativa o mejora factible para reducir la ansiedad. Teniendo en cuenta que la ansiedad por la salud tiene muchos efectos dañinos en pacientes con enfermedades crónicas. Los médicos tienen dificultades para aliviar las preocupaciones relacionadas con la enfermedad. Los sitios web no regulados, lejos de aliviar, incrementan e inducen la ansiedad. Es por ello que las intervenciones de video educativas han demostrado cierto éxito como ansiolítico en estos casos. Incorporar testimonios de pacientes pueden afectar el estado de ansiedad. El objetivo del estudio evaluó la eficacia de la reducción de la ansiedad en pacientes con enfermedad de Crohn (EC) y colitis ulcerosa (CU) mostrando videos de testimonios de pacientes durante las visitas al hospital.

El ochenta por ciento de los pacientes con puntajes altos de ansiedad experimentaron una reducción de la ansiedad después de ver los testimonios. Se concluye que los videos de testimonios de pacientes pueden reducir el estado de ansiedad relacionado con la enfermedad en pacientes con enfermedad de Crohn y colitis ulcerosa, especialmente en aquellos con un estado de ansiedad inicial más alto.

El éxito de este estudio sugiere que las intervenciones de video para reducir la ansiedad podrían ser una intervención de bajo costo que podría ampliarse a cualquier número de hospitales, lo que sugiere que la tecnología puede ayudar a ampliar los esfuerzos para registrar y compartir testimonios de pacientes (Shor et al., 2023).

En una investigación desarrollada con 578 pacientes adultos que utilizaban internet y tuvo por objetivo evaluar los niveles de cibercondria de los pacientes que solicitaron la consulta externa de urología. Se encontró que el aumento del nivel de cibercondría provoca una mayor ansiedad por la salud y una mayor carga de enfermedad

en estos pacientes (Özkent et al., 2023).

En un estudio realizado con 92 cuidadores de pacientes hospitalizados con cáncer. Se investigó la relación entre la ansiedad por la salud, la sobrecarga de información sobre el cáncer y la ansiedad por la muerte. La ansiedad ante la muerte y la sobrecarga de información sobre el cáncer son determinantes cruciales de ansiedad por la salud (Eraslan & İlhan, 2023). En otra investigación con 105 sobrevivientes de accidentes cerebrovasculares, se exploró la prevalencia de la ansiedad por la salud y su impacto relativo en la calidad de vida. Se encontró que los sobrevivientes de accidentes cerebrovasculares con alta ansiedad por la salud tenían una calidad de vida significativamente más baja y tasas más altas de depresión. La ansiedad por la salud es un predictor significativo de la calidad de vida además de los niveles de depresión y discapacidad. La investigación futura debe explorar el uso de las intervenciones psicológicas existentes basadas en la evidencia para la ansiedad por la salud. La alta ansiedad por la salud en los sobrevivientes de accidentes cerebrovasculares se relacionó significativamente con niveles más bajos de calidad de vida. Los tratamientos basados en la evidencia para la ansiedad por la salud pueden mejorar la calidad de vida y reducir la angustia de una proporción significativa de sobrevivientes de accidentes cerebrovasculares. Los enfoques de intervención dirigidos a mejorar la calidad de vida general de los supervivientes de un accidente cerebrovascular también deben considerar intervenciones psicológicas (Diamond et al., 2023).

En un estudio realizado con 500 adultos, para examinar la relación entre la ansiedad por la salud, la cibercondría y las creencias metacognitivas. La ansiedad por la salud y las creencias metacognitivas, pensamiento sesgado y creencias sobre pensamientos incontrolables fueron los predictores positivos significativos de la

cibercondría. Las creencias metacognitivas fortalecieron significativamente la asociación entre la ansiedad por la salud y cibercondría. Las creencias metacognitivas y la ansiedad por la salud pueden causar un aumento de la cibercondría (Nadeem et al., 2022).

En Estocolmo, un estudio con 146 pacientes tuvo por objetivo investigar la ansiedad por la salud entre los pacientes con cáncer diferenciado de tiroides (CDT). Los niveles clínicamente significativos de ansiedad por la salud son ligeramente más altos que los de la población general (Zoltek et al., 2022).

En otra exploración con 143 estudiantes, se evaluó la relación entre cibercondría, adicción a internet y ansiedad por la salud. El objetivo fue conocer si la ansiedad relacionada con la salud de los estudiantes puede exacerbar la cibercondría y la adicción a internet (IA). Los estudiantes no demostraron altos niveles de cibercondría, adicción a internet ni ansiedad causada por la búsqueda de información de salud en línea (Mrayyan et al., 2022).

Un estudio con 269 niños y adolescentes con trastorno obsesivo compulsivo. El objetivo fue explorar las diferencias demográficas y diversas variables clínicas entre los jóvenes con TOC, con y sin síntomas de ansiedad por la salud. Todos los participantes fueron tratados con 14 sesiones semanales protocolizadas de terapia cognitiva conductual basada en la exposición. Los resultados sugieren que el trastorno obsesivo compulsivo pediátrico con síntomas de ansiedad por la salud, se caracteriza por más síntomas de ansiedad y un perfil de síntomas de TOC. La terapia cognitivo conductual parece igualmente eficaz en el tratamiento del trastorno obsesivo compulsivo en niños y adolescentes con o sin síntomas de ansiedad por la salud (Duholm et al., 2022).

Otro estudio cuyo objetivo fue evaluar los antecedentes de la cibercondría, que es un proceso de ansiedad amplificada sobre la propia salud debido a la búsqueda excesiva

de información sobre salud en línea. Los hallazgos sugieren que existe asociación entre intolerancia a la incertidumbre y cibercondría está mediada en serie por la ansiedad por la salud. Para los educadores y profesionales de la salud, los hallazgos de esta investigación brindan un modelo para controlar efectivamente la cibercondría (Afrin & Prybutok, 2022).

La ansiedad por la salud existe en un continuo que va desde la ausencia de conciencia sobre la salud hasta el miedo obsesivo de tener una enfermedad grave a pesar de la tranquilidad. Su manifestación patológica puede ser diagnosticada como hipocondríaca o ansiedad por enfermedad o trastorno de síntomas somáticos. La ansiedad por la salud se asocia con angustia psicológica y eventos vitales adversos y genera una carga económica considerable. En comparación con la población mayoritaria, los inmigrantes y las minorías étnicas a menudo se enfrentan a grandes desigualdades en materia de salud. Varias enfermedades mentales y dolencias psicosomáticas son más comunes entre estos grupos. Hasta la fecha, posibles desigualdades étnicas relacionadas con la migración estarían detrás de la ansiedad por la salud en los grupos vulnerables. Tener en cuenta esta información resulta de relevancia para la prestación de una atención sanitaria adecuada a este grupo diverso y potencialmente vulnerable (Barbek et al., 2022).

En una investigación realizado con 893 adultos mayores, realizado en China con el objetivo de identificar la prevalencia de la ansiedad por la salud. Se encontró una alta prevalencia de ansiedad por la salud, padecer enfermedades crónicas fue un factor significativo en la generación del trastorno (Yang et al., 2022). Una exploración sobre 538 adultos buscó identificar la asociación entre la ansiedad por la salud y la calidad de vida. Se evaluaron los efectos indirectos de la ansiedad por la salud en la calidad de vida a través de la cibercondría y el apoyo social percibido. Se encontró que la ansiedad por la

salud perjudicó significativamente la calidad de vida tanto directa como indirectamente a través de un apoyo social poco percibido (Ciułkowicz et al., 2022).

Un estudio exploratorio realizado en Nueva Zelanda, que tuvo por objetivo explorar la viabilidad, el compromiso y la eficacia de los chatbots utilizando terapia cognitiva conductual en el tratamiento de la ansiedad por la enfermedad. Teniendo en cuenta que el empleo de estas tecnologías para aquellas que podrían tener dificultades para acceder a las terapias tradicionales. Se pidió a los usuarios que completaran un programa de 14 días y un seguimiento de 12 semanas, dirigido por un chatbot basado principalmente en un árbol de decisiones en Facebook Messenger. Se evaluaron los niveles de ansiedad general, incertidumbre, ansiedad por la salud, el bienestar personal y la calidad de vida. Se encontró una mejora significativa en la ansiedad general, el bienestar personal y la calidad de vida con el uso del chatbot después de la intervención y durante el seguimiento. No se redujo significativamente la ansiedad por la salud. Se concluye que el uso de los chatbots puede ser un medio aceptable para brindar terapia cognitiva conductual para mejorar el control de la ansiedad, la calidad de vida y el bienestar personal (Goonesekera & Donkin, 2022).

En una revisión sistemática cuyo objetivo fue evaluar el estado del arte respecto al papel de las creencias metacognitivas en la angustia somática. La evidencia existente indica que las creencias metacognitivas pueden sustentar los mecanismos transdiagnósticos que mantienen la ansiedad por la enfermedad. Se encontró que existe una relación positiva consistente entre las creencias metacognitivas y la angustia somática (Keen et al., 2022). Otro estudio evaluó los procesos por los cuales una persona pasa de la búsqueda en línea referente a la salud a la búsqueda de atención médica. Se sabe que la revolución digital ha permitido que las personas tengan mayor acceso a la información

sobre las enfermedades y la salud en general. Sin embargo, las búsquedas en línea generan que algunas personas incrementan su ansiedad por la salud mientras que otras por el contrario se sienten empoderadas y menos ansiosas después de las búsquedas en línea.

Los resultados encontrados apoyan que las búsquedas en línea desencadenan diferentes características de ansiedad por la salud que a su vez refuerzan aún más la intención de utilización de la atención médica. Se sugieren tres recomendaciones la primera indica que los buscadores de información deberían depender menos de las búsquedas en Internet para aliviar la ansiedad y ser más conscientes, autocontrolarse y reducir las búsquedas excesivas de salud en línea. Las diferentes partes interesadas deben orientar a las personas hacia fuentes de alta calidad. Los profesionales de la salud deben comprometerse a mejorar las habilidades de información centradas en el paciente y la alfabetización en información de salud de los pacientes (Peng, 2022).

Un estudio desarrollado en Arabia encuentra que la ansiedad por la salud hacia los demás, como una forma en la que la persona experimenta ansiedad por la salud en sus hijos. Los sistemas de clasificación actuales asumen que la ansiedad por la salud se da en relación con uno mismo. En este caso la ansiedad "por el poder" se da hacia los demás. Se encontró que la "ansiedad por poder" se encuentra con frecuencia por pediatras, psiquiatras y médicos generales. Los profesionales que trabajan con niños y sus padres deben ser conscientes de este fenómeno para brindar el apoyo adecuado (El-Gabry et al., 2022).

#### **4.- Planteo del problema**

Según la Organización Mundial de la Salud el trastorno de ansiedad por la enfermedad también conocido como hipocondría constituye un problema de salud pública muy importante

a nivel mundial (OMS, 2018). Este trastorno por sus características relacionadas al elevado uso de los servicios médicos directos e indirectos, por quienes lo padecen, que involucra un aumento reiterado en las consultas médicas, incremento de los exámenes clínicos, interconsultas entre distintos profesionales de la salud, entre otros, conlleva por ello diversas consecuencias y repercusiones para quienes las padecen que van desde las económicas, las familiares, sociales, psicológicas y de salud pública. Debido a ello se hace necesario conocer la efectividad de la psicoterapia en el tratamiento del trastorno de ansiedad por la enfermedad en comparación con el tratamiento farmacológico. En ese sentido el presente estudio pretende aportar conocimiento sobre la efectividad de la psicoterapia en el tratamiento del trastorno de ansiedad por la enfermedad en comparación con el tratamiento farmacológico, que permita aportar conocimiento y estrategias en el abordaje de esta condición y que pueda además ser usado con éxito por los distintos profesionales de la salud mental. Por lo anterior la realización del presente estudio tiene relevancia clínica y de salud pública.

## **5. Objetivos**

### **5.1. Objetivo general**

- Conocer la eficacia de la psicoterapia en el tratamiento de la ansiedad por la enfermedad en comparación con el tratamiento farmacológico en población adulta en Europa y América.

#### **5.1.1. Objetivos específicos**

- Revisar la evidencia actual sobre los tratamientos farmacológicos y psicoterapéuticos en el trastorno de ansiedad por la enfermedad.

- Evaluar la eficacia de la psicoterapia en el tratamiento de la ansiedad por la enfermedad o hipocondría.
- Comparar la efectividad del tratamiento psicoterapéutico y el farmacológico en la ansiedad por la enfermedad.
- Brindar información clínica relevante respecto a la eficacia de la psicoterapia y el tratamiento farmacológico en los casos de ansiedad por la enfermedad.

## **6. Hipótesis**

- Existen diferencias en la eficacia en el tratamiento con psicoterapia en comparación con el tratamiento farmacológico en pacientes con ansiedad por la enfermedad.
- La psicoterapia es más eficaz que el tratamiento farmacológico en el abordaje terapéutico de la ansiedad por la enfermedad.
- No existen diferencias en la eficacia en el tratamiento con psicoterapia en comparación con el tratamiento farmacológico en pacientes con ansiedad por la enfermedad.

## **7.Método**

### **7.1 Diseño**

Se plantea una revisión sistemática la misma que implica una síntesis de toda la evidencia disponible, a través de la revisión de los estudios primarios relacionados con el tema de investigación con el objetivo de resumir la información existente en referencia al mismo (Manterola et al., 2013).

### **7.1.2 Diseño muestral**

Para efectos del presente estudio se realizó la búsqueda de la información científica a través de los siguientes buscadores: Scopus, PubMed, Science direct y Scielo.

Se considerarán estudios de idioma inglés, español y portugués. Se emplearán estrategias de búsqueda con descriptores de eficacia de la psicoterapia, psicoterapia, ansiedad por la enfermedad, tratamiento farmacológico en ansiedad por la enfermedad, hipocondría, adultos. Asimismo, se utilizarán ajustadores de campo como título, resumen y palabras clave, que permitirán afinar los resultados de búsqueda.

### **7.1.3 Variables**

Ansiedad por la enfermedad: estado de ansiedad excesivo acerca de la salud, con la creencia de padecer una enfermedad interpretando de forma errónea los signos y sensaciones del cuerpo buscando encontrar la evidencia de la enfermedad (Belloch et al, 2019).

1. Edad: tiempo cronológico de vida cumplido por el participante al momento de realizado el estudio.
2. Grado de instrucción: nivel de escolaridad obtenido por el participante al momento de realizado el estudio.
3. Sexo: condición de un organismo que distingue entre masculino y femenino.

4. Eficacia del tratamiento: Capacidad para producir el efecto deseado.

## **7.2 Participantes**

El presente estudio fue dirigido a una muestra de población adulta de varones y mujeres comprendida entre los 18 y 65+ años en América y Europa.

## **7.3 Pregunta PICO**

¿Es efectiva la psicoterapia en comparación con el tratamiento farmacológico para pacientes con ansiedad por la enfermedad o hipocondría?

P: pacientes con ansiedad por la enfermedad

I: psicoterapia

C: tratamiento farmacológico

O: reducción de síntomas clínicos

## **7.4 Técnicas de recolección de datos**

Se utilizó la búsqueda avanzada en las siguientes bases de datos científicas: Scopus, PubMed, Science direct y Scielo, sobre la eficacia de la psicoterapia en comparación con el tratamiento farmacológico en trastornos de ansiedad por la enfermedad. Asimismo, se considerará los descriptores de psicoterapia, eficacia de la psicoterapia, tratamiento farmacológico, adultos, ansiedad por la enfermedad, hipocondría.

## **7.5 Criterios de inclusión**

Se incluyeron estudios experimentales controlados, trabajos originales, estudios empíricos de intervención psicoterapéutica, artículos de revisión y metaanálisis, registros de ensayos clínicos aleatorizados, que se encuentren en formato de texto completo, publicados en revistas indexadas, sin límite de tiempo y que comparen la eficacia de la psicoterapia y el tratamiento farmacológico en personas diagnosticadas con ansiedad por la enfermedad o hipocondría.

Se incluyeron artículos de estudios empíricos, que comparen la eficacia de la psicoterapia en relación con la farmacoterapia en el tratamiento de la hipocondría o ansiedad por la enfermedad en personas adultas de ambos géneros. Distintos niveles socioeconómicos y diferentes grados de instrucción. No hubo restricciones de idiomas. Se incorporó estudios de América y Europa.

## **7.6 Criterios de exclusión**

Se estableció como criterio de exclusión, las notas, artículos de opinión, informes institucionales, cartas al editor, guías clínicas, textos, estudios aleatorizados relacionados pero que no comparen la psicoterapia y la farmacoterapia, así como relatos de experiencia (Pichardo et al., 2019). Se excluyeron los artículos que hacían referencia a estudios cualitativos, y que no comparaban la eficacia de la psicoterapia en relación con la farmacoterapia en el tratamiento de la hipocondría o ansiedad por la enfermedad. Estudios relacionados a niños o adolescentes.

Después de la lectura, análisis y resumen se registró en un archivo de Microsoft Excel donde se detallaron las siguientes variables: título, autor, año, país, tipo de artículo, lugar de estudio, diseño del estudio, objetivo, tipo de intervención psicoterapéutica para el manejo de la hipocondría, muestra y resultados.

## **7.7 Metodología:**

Para la presente investigación se realizó una revisión sistemática de la literatura sobre la efectividad de la psicoterapia en comparación con el tratamiento farmacológico en el tratamiento de la ansiedad por la enfermedad o hipocondría.

Se siguieron los lineamientos establecidos por la metodología PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta- Analyses). La fortaleza metodológica de la revisión sistemática, así como la idoneidad del procedimiento PRISMA son ampliamente conocidos (Urrútia y Bonfil, 2010; Losada et al., 2022; Marmo et al., 2022).

Se utilizó los siguientes ítems (1) título, (2) resumen, (3) fundamento, (4) objetivos (5) protocolo y registro, (6) criterios de elegibilidad, (7) fuentes de información, (8) búsqueda, (9) selección de estudios, (10) proceso de recopilación de información, (11) ítems de los datos, (16) análisis adicionales, (17) selección de estudios, (18) características de los estudios, (20) resultados de los estudios individuales, (21) síntesis de los resultados, (23) resultados de análisis adicionales, (24) discusión, (25) limitaciones, (26) conclusiones. No se tuvieron en cuenta los ítems correspondientes a revisión meta-analíticos, 12, 13, 14, 15, 19, 22, 27, 28, 29, 30, 31, 32. La búsqueda se desarrolló entre los meses de mayo y octubre del 2022. Se buscaron artículos referidos a la eficacia de la psicoterapia en comparación con la hipocondría utilizando las siguientes bases: Scopus, PubMed, Science direct y Scielo. No se tuvieron restricciones de tiempo. Se aplicaron los criterios de exclusión e inclusión mencionados anteriormente.

### **7.7.1 Términos y estrategia de búsqueda:**

Se establecieron los siguientes términos de búsqueda: pharmacological therapy, psychotherapy, clinical trial, effectiveness, hypochondriacal patients, illness anxiety. Estableciéndose la siguiente estrategia de búsqueda: ALL ("pharmacological therapy") AND (psychotherapy) OR ("Clinical trial") AND (effectiveness) OR ("hypochondriacal patients") AND ("illness anxiety"). Se indican los distintos términos y estrategias de búsqueda utilizados en las distintas bases de datos:

pharmacological therapy, psychotherapy, clinical trial, effectiveness, hypochondriacal patients, illness anxiety. Estableciéndose la siguiente estrategia de búsqueda: ALL(("pharmacological therapy") AND (psychotherapy)) OR (("Clinical trial") AND (effectiveness)) OR (("hypochondriacal patients") AND ("illness anxiety"))

((("illness anxiety" OR "hypocondria") AND (psychotherapy OR pharmacotherapy)) AND ("randomized clinical study" OR " clinical study")) AND (effectiveness).

Drugs and psychological treatments or psychotherapy for "hypocondria" or "illness anxiety"

TITLE-ABS-KEY ( "*hypocondria*" OR "*illness anxiety*" AND "*clinical trial*" OR "*Randomized Controlled Trial*" )

Drugs OR "Medication Therapy" and "hypocondria" or "illness anxiety"

*"clinical trial"* OR *"Randomized Controlled Trial"* and "hypocondria" or "illness anxiety"

Posteriormente, se realizó la extracción de datos y el registro de los mismos, utilizando para ello una ficha que incluía, título, autor, año de publicación, tipo de estudio, muestra, abordaje terapéutico, principales conclusiones.

## **8. Resultados previstos y de transferencia**

Se espera contar con información relevante a nivel clínico que permita ser de utilidad y apoyo al personal de salud, psicólogos, médicos, psicoterapeutas, respecto a la eficacia del tratamiento psicoterapéutico en comparación con el tratamiento farmacológico en el trastorno de ansiedad por la enfermedad o hipocondría. De esta forma podrá ser usado a nivel de atención primaria brindando soporte e información que ayude a la toma adecuada de decisiones. A través de las áreas especializadas, los médicos en los servicios de salud, así como al personal de salud mental que requieran conocer de información actualizada, relevante y de carácter científico respecto a la eficacia de la psicoterapia en el abordaje y tratamiento de la ansiedad por la enfermedad. Se estima también su uso a nivel formativo en las universidades a nivel de grado y post grado, difundiendo la información científica producto de esta investigación; Así mismo puede ser aplicado a nivel de investigación, en los futuros estudios que se estimen desarrollar por parte de investigadores que deseen estudiar y analizar la hipocondría o el trastorno de ansiedad por enfermedad en los distintos tipos de investigaciones.

Por todo lo anterior el contar con este estudio tendrá un impacto positivo a nivel de salud pública, a nivel de los servicios de atención primaria, tanto en hospitales, clínicas como centros médicos, a nivel educativo, en la enseñanza y aplicación en los distintos cursos formativos de pre grado, a nivel de investigación, a través de su uso en estudios e investigaciones desarrolladas en el campo de la hipocondría. A nivel clínico más especializado permitiendo a los profesionales de la salud mental, tomar medidas correctivas de orientación, derivación y apoyo a sus pacientes que tengan este

diagnóstico. Por ello se estima tener resultados e impacto en la comunidad científica, el mundo académico a nivel clínico, económico, social, familiar y de salud pública.

### 9. Cronograma de actividades

La búsqueda del material bibliográfico, se organizaron el correlato de las siguientes actividades:

	<u>Primer año</u>											
Actividades previstas para cada mes	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Revisión bibliográfica	x	x	X	x	X	X						
Búsqueda de información				x	X	X						
Recolección de datos definitivos:							x	X	x	x		
Análisis de los datos obtenidos									x	x	x	
Interpretación teórica de los datos obtenidos											x	
Redacción de la tesis												x

### 10.- Resultados obtenidos

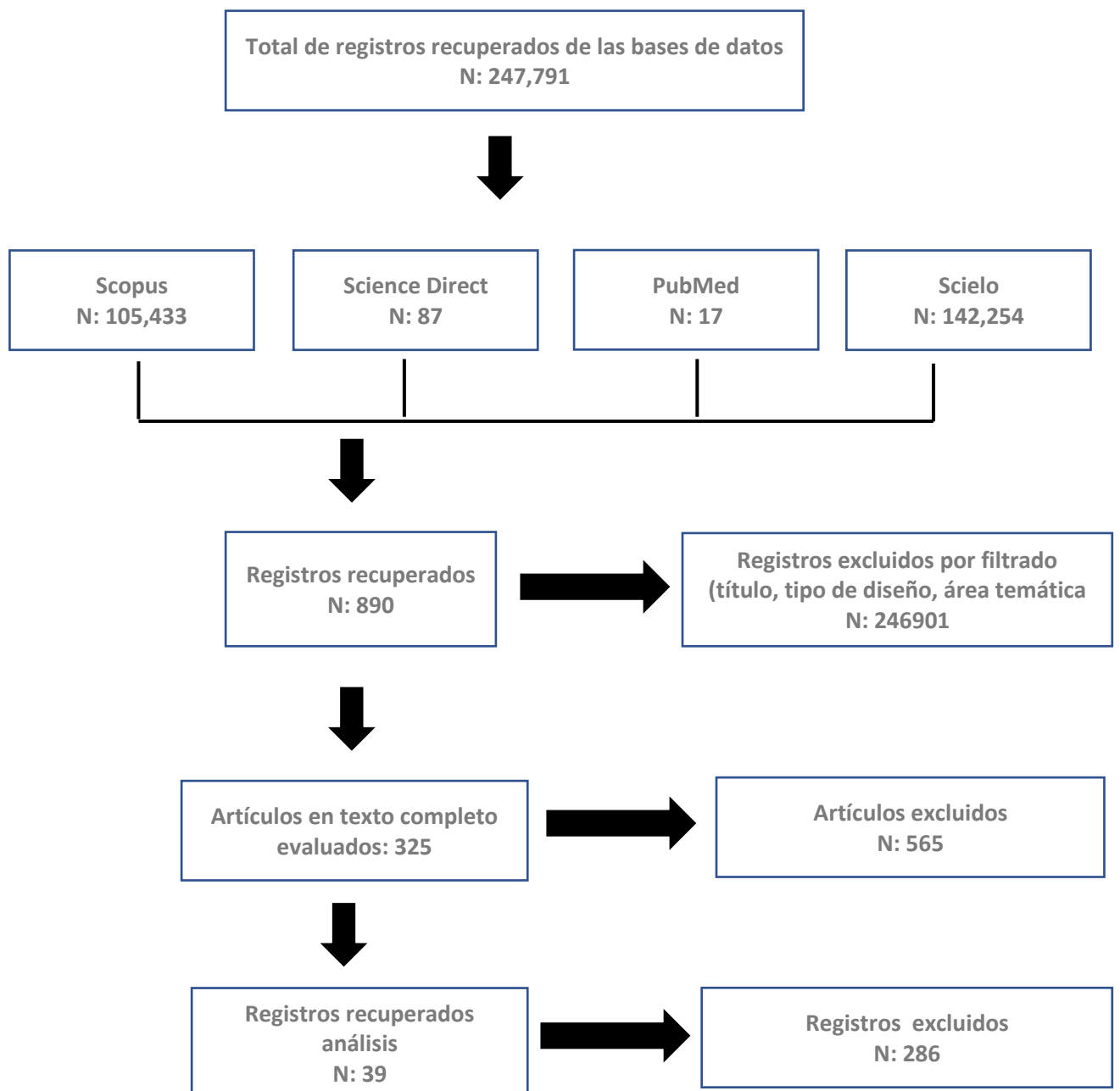
La presente investigación permitió a través de la aplicación de la estrategia de búsqueda previamente establecida la obtención de un total de 247,791 artículos. Ver tabla N 5. Referidos al objeto de estudio de la presente investigación. La distribución según base de datos tenemos: PubMed: 0,01%; Science direct 0,04%, Scielo 57,41%; Scopus 42.55%. (Ver tabla N.5). Luego de aplicar los filtros incluyendo los criterios de exclusión e inclusión se obtuvo 325 registros (Ver figura N° 11).

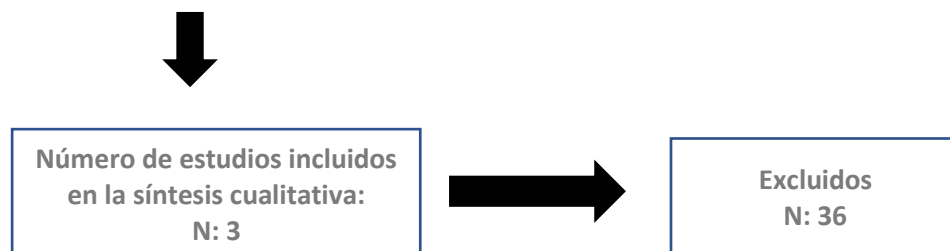
Siguiendo con el proceso de la revisión sistemática, una vez analizados los artículos, se seleccionaron 35 artículos, para posteriormente, proceder al cribado definitivo analizando su pertinencia y verificando su duplicidad. Finalmente, producto de la búsqueda, revisión y análisis quedaron seleccionados tres artículos que comparaban la eficacia de la psicoterapia y el tratamiento farmacológico en pacientes diagnosticados con hipocondría o ansiedad por la enfermedad, mismos que se presenta en la tabla N° 6, en donde se describen también los principales hallazgos que cada uno encuentra. Los estudios relevados hacen referencia a investigaciones desarrolladas tanto en América como en Europa, específicamente desarrollados en los Estados Unidos y en Holanda. Las intervenciones estuvieron basadas en la aplicación de la terapia cognitivo conductual para el tratamiento de la ansiedad por la enfermedad.

Los estudios cumplen con comparar la eficacia de la psicoterapia y la farmacoterapia en el tratamiento de la hipocondría en pacientes adultos diagnosticados previamente. En cuanto a los tamaños de los grupos tenemos: 112 participantes para el estudio de Greeven et al 2007; 195 participantes para la investigación de Fallon et al., 2017; Finalmente Greeven et al., 2009 con 62 participantes. Haciendo un total de 369 participantes. Los tres estudios utilizaron instrumentos de medición. Entre las pruebas utilizadas tenemos:

El estudio de Fallon et al., 2017; la escala de Whiteley para evaluar hipocondría. La escala de hipocondriasis de Yale-Brown obsessive compulsive Scale for hypocondriasis. Adicionalmente el Patient Health Questionnaire- PHQ-15, Beck depression inventory BDI, State. El estudio de Greeven et al., 2009, se usó la escala de Likert de 4 puntos del índice de Whiteley como medida de resultado primaria. La lista de Verificación de Síntomas SCL-90. Para el seguimiento, se utilizaron las siguientes subescalas: la Escala de Valoración de Depresión de Montgomery Åsberg (MADRS) y la Escala Breve de Ansiedad. Escala (BAS). En el estudio de Greeven et al., 2007, se usaron la versión en escala de Likert de 4 puntos del índice de Whiteley como medida de resultado primaria. Como medidas de resultado secundarias se usaron: las subescalas Ansiedad por la Salud (11 ítems), el comportamiento ante la Enfermedad (6 ítems); La lista de Verificación de Síntomas SCL-90. Se usó también la escala de calificación de depresión de Montgomery Åsberg y la Escala Breve de Ansiedad.

**Figura 11. Diagrama de flujo de selección de investigaciones**





**Tabla N° 5: Resultados por buscador**

Buscador	N	%
Science Direct	87	0.04
Scielo	142254	57.41
Scopus	105433	42.55
PubMed	17	0.01
<b>Total</b>	<b>247,791</b>	<b>100%</b>

**Tabla N° 6: Resultados de búsqueda de artículos**

Autor	Título	Tipo de estudio	Objetivo	Tipo de psicoterapia	País	Principales resultados
Anja Greeven et al (2007).	Cognitive Behavior Therapy and Paroxetine in the Treatment of Hypochondriasis: A Randomized Controlled Trial	Ensayo controlado aleatorizado. Muestra: 112 pacientes. TCC:40. Placebo:35 Paroxetina:37	Comparar la eficacia de aplicación conjunta de terapia cognitiva conductual (TCC), con la paroxetina, y un placebo en el tratamiento de la hipocondriasis.	Terapia cognitivo conductual	Holanda	La TCC y el tratamiento farmacológico con paroxetina fueron significativamente superiores al placebo. No hubo diferencias considerables entre la aplicación de paroxetina y TCC. La TCC y la paroxetina son opciones efectivas de tratamiento de pacientes con hipocondriasis.

Brian A. Fallon (2017)	A Randomized controlled trial of medication and cognitive behavior therapy for hypochondriasis.	Ensayo controlado aleatorizado. Muestra: CBT:53 Placebo:44 Fluoxetina:45 Terapia combinada:53	Comparar la eficacia de la aplicación conjunta de terapia cognitivo conductual y fluoxetina en el tratamiento de hipocondriasis	Terapia Cognitivo conductual	USA	La aplicación de terapia cognitiva, terapia farmacológica y la combinación de ambas fue más efectiva que el placebo. La tasa de respuesta fue mayor con la terapia combinada que con la fluoxetina o la TCC aplicados individualmente. En comparación con el placebo, la fluoxetina (pero no la TCC) fue significativamente más efectiva en la semana 24 en la reducción de la hipocondriasis y tuvo un efecto significativamente más rápido tasa de mejora durante 24 semanas. El grupo de fluoxetina también tuvo significativamente menos ansiedad y una mejor calidad de vida en comparación con el placebo.
Greeven, A et al., (2009)	Cognitive behavioral therapy versus paroxetine in the treatment of hypochondriasis: An 18-month naturalistic follow-up	Estudio de seguimiento post ECA. Muestra: TCC: 33 Paroxetina: 29	Evaluar si se mantienen los efectos en la reducción de síntomas hipocondriacos en el largo plazo después del tratamiento con TCC o paroxetina.	Terapia cognitivo conductual	Holanda	El efecto del tratamiento inicial de TCC y paroxetina se mantuvo durante el período de seguimiento. No se encontraron diferencias significativas entre la TCC y la paroxetina.

### **10.1.- Síntesis cuantitativa**

Los ensayos clínicos aleatorizados (ECA) identificados para la presente investigación no son homogéneos entre sí, ya que uno compara paroxetina (Greeven et al., 2007; Greeven et al., 2009) y otro fluoxetina (Fallon, 2007). Debido a la heterogeneidad y escaso número de estudios primarios encontrados no se realizará la síntesis cuantitativa (Bolaños y Calderón, 2013; Montero y León, 2002)

### **10.2. Síntesis cualitativa**

Respecto a los hallazgos y conclusiones de los estudios encontrados podemos mencionar que en el estudio de Greeven et al., 2007. Se encuentra que la intervención farmacológica con paroxetina fue superior al placebo en el tratamiento de la hipocondriasis, del mismo modo la terapia cognitivo conductual demuestra ser superior en el tratamiento de la hipocondriasis en comparación con la lista de espera. No se encontraron diferencias considerables entre el tratamiento con terapia cognitivo conductual en comparación con el tratamiento farmacológico usando paroxetina. Se concluye que tanto la psicoterapia a través de la terapia cognitivo conductual como el tratamiento con paroxetina resultan ser efectivos en el tratamiento con hipocondría.

En el estudio de Fallon et al., 2017. Se encuentra que, en comparación con el placebo, la terapia farmacológica utilizando fluoxetina fue efectiva. Del mismo modo, la intervención psicoterapéutica utilizando terapia cognitiva fue superior que el placebo. Se reporta además que la combinación de la terapia farmacológica y la psicoterapia obtuvieron una mayor tasa de respuesta que aplicados individualmente por separado. Así mismo se menciona que la fluoxetina fue significativamente más efectiva en la reducción de la hipocondriasis, teniendo un efecto significativamente más rápido en la tasa de mejora de los pacientes durante 24 semanas. El grupo que recibió fluoxetina presentó menos ansiedad y una mejor calidad de vida en comparación con el placebo. El estudio respalda la seguridad y eficacia del tratamiento farmacológico respecto al tratamiento psicoterapéutico, en específico de la fluoxetina. Cabe señalar que los pacientes solo recibieron seis sesiones de terapia cognitivo conductual. El estudio evidencia también que un 50% de los pacientes siguen manteniendo los síntomas hipocondriacos a pesar del tratamiento, poniendo a la luz las limitaciones que aún mantienen el tratamiento farmacológico con fluoxetina y el psicoterapéutico con terapia cognitivo conductual, así como la gran resistencia al tratamiento de la hipocondría.

En el estudio de Greeven et al., 2009. Se reporta que, en el periodo de seguimiento de 18 meses, no se encontraron diferencias significativas entre la terapia cognitivo conductual y la paroxetina. Los efectos del tratamiento inicial de terapia cognitiva conductual y paroxetina se mantuvieron durante la fase de seguimiento. Se concluye que tanto la paroxetina como la terapia cognitiva conductual son tratamientos efectivos para la hipocondriasis a largo plazo, así como para reducir los síntomas ansiosos y depresivos comórbidos.

Los resultados encontrados nos indican que la psicoterapia en comparación con la farmacoterapia aplicada para el tratamiento de la hipocondriasis, demostró ser efectiva, tanto en la reducción de los síntomas hipocondriacos como en la sintomatología asociada.

### **10.3. Discusión**

La presente revisión sistemática ha permitido visibilizar los pocos estudios experimentales existentes a nivel mundial que comparen la aplicación de la psicoterapia y la farmacoterapia para el tratamiento de la hipocondriasis o también llamada ansiedad por la enfermedad. Este hallazgo está en relación con lo encontrado en otros estudios que adicionalmente ponen en evidencia que no existen guías clínicas ni pautas específicas de tratamiento para la hipocondría o ansiedad por la enfermedad (Fineberg et al., 2022). A pesar de ser un trastorno complejo y de gran trascendencia, presenta limitaciones para su adecuado abordaje, diagnóstico y tratamiento.

En la actualidad, la psicoterapia ha logrado importantes avances respecto a sus técnicas y herramientas, es así que, para el presente estudio el tratamiento de la hipocondría con terapia cognitivo conductual en comparación con el tratamiento farmacológico usando paroxetina no presenta diferencias respecto a su efectividad. Los hallazgos evidenciaron que la psicoterapia es efectiva para el tratamiento de la ansiedad por la enfermedad o hipocondriasis. Siendo la terapia cognitiva conductual la modalidad de psicoterapia que cuenta con más respaldo de estudios aleatorizados y controlados. Este mismo resultado es similar al encontrado en otros estudios que demuestran que la terapia

cognitivo conductual es eficaz en el tratamiento de la hipocondriasis (Olantunji et al., 2014).

Respecto a la efectividad de la psicoterapia, según los hallazgos, la psicoterapia cognitivo conductual presentaría mayor eficacia en comparación con las psicoterapias de corte psicodinámico. En un estudio en el que se compara la eficacia de ambas modalidades de psicoterapia, se encuentra que, los pacientes hipocondriacos que recibieron psicoterapia cognitivo conductual obtuvieron mejoras significativas en comparación con aquellos que recibieron psicoterapia psicodinámica (Sorensen et al., 2011). En el corto plazo, los resultados del grupo que recibió psicoterapia psicodinámica, no tuvieron diferencias significativas al compararlos con los resultados del grupo de lista de espera (Sorensen, et al., 2011).

Otras formas más avanzadas de psicoterapia también serían efectivas en el tratamiento de la hipocondría. La terapia de aceptación y compromiso ha demostrado también ser eficaz en el tratamiento de la hipocondriasis. Estudios encuentran que la terapia de aceptación y compromiso puede ser un tratamiento altamente efectiva para pacientes con hipocondría (Hoffmann et al., 2020). El tratamiento psicoterapéutico de la hipocondriasis sería efectivo tanto si se brinda vía presencial o por internet (Hedman et al., 2013a; Newby et al., 2017). Tanto pacientes como psicoterapeutas se han adaptado a la psicoterapia online, con los beneficios que esto representa (Ceberio et al., 2021).

Por otro lado, la terapia farmacológica utilizando fluoxetina fue efectiva en comparación con el placebo, para el tratamiento de la hipocondría (Fallon et al., 2017). En ese mismo estudio, los resultados de la aplicación de la psicoterapia utilizando terapia cognitivo conductual fue, superior al grupo control. La combinación de la terapia farmacológica y la psicoterapia obtuvieron una mayor tasa de respuesta que aplicados

individualmente por separado. Si bien ambas intervenciones resultaron ser efectivas en el tratamiento de la hipocondría. La farmacoterapia utilizando fluoxetina demostró ser significativamente más efectiva en la reducción de la hipocondriasis, con un efecto más rápido que la psicoterapia (Fallon et al., 2017). Cabe señalar que los pacientes solo recibieron seis sesiones de terapia cognitivo conductual. Esto estaría en relación con los estudios que encuentran que mientras más sesiones de psicoterapia recibe la persona hipocondriaca, se obtendría un mayor tamaño del efecto en el post tratamiento (Hedman et al., 2013a).

Se debe tener en cuenta también que algunos estudios encuentran que los pacientes que presentan antes del tratamiento una mayor gravedad en los síntomas hipocondriacos, presentan un mayor tamaño del efecto al finalizar el tratamiento psicoterapéutico (Olanunji et al., 2014). Se podría plantear la posibilidad de que la psicoterapia es más efectiva en aquellos pacientes hipocondriacos que presentan un mayor nivel de gravedad en los síntomas. Del mismo modo una mayor gravedad de los síntomas hipocondriacos antes del tratamiento estaría asociado con un mayor tamaño del efecto en los pacientes tratados con psicoterapia en el post tratamiento y las visitas de seguimiento (Olanunji et al., 2014).

Por otro lado, cuando existe co-morbilidad y los pacientes hipocondriacos, presentan adicionalmente cuadros de depresión o ansiedad, el tratamiento se hace más complejo, teniendo en cuenta que los síntomas depresivos co-existen con la hipocondriasis (Noyes et al., 1994). De esta manera, algunos estudios señalan que cuando el cuadro hipocondriaco se encuentra acompañado de un cuadro depresivo grave, el tamaño del efecto en el post tratamiento es menor (Olanunji et al., 2014). Este hallazgo es consistente con otros estudios que señalan que, si existen pacientes que presentan un alto nivel de síntomas depresivos la respuesta al tratamiento psicoterapéutico es menor.

Los síntomas depresivos severos pueden impedir una adecuada respuesta al tratamiento psicoterapéutico, a su adherencia y a la motivación para continuar con la terapia (Hedman et al., 2013a; Hedman, et al., 2013b).

Respecto a la depresión, si bien la intervención psicoterapéutica para los pacientes que presentan hipocondriasis ayuda a reducir los síntomas depresivos, se recomienda que los pacientes que presenten esta co-morbilidad deben de recibir un tratamiento específico para la depresión (Olantunji et al., 2014).

Algunas investigaciones señalan que las personas hipocondriacas manifiestan un deterioro emocional y angustia asociada a su padecimiento, que las llevaría a manifestar posteriormente cuadros depresivos (Abramowitz, 2004). Dichos pacientes manifestarían primero los síntomas hipocondriacos y luego los síntomas depresivos (Simon et al., 2001).

Por otro lado, se encuentra que un 50% de los pacientes tratados mantienen los síntomas hipocondriacos, estos resultados dejan en evidencia la complejidad del trastorno y la resistencia al tratamiento farmacológico y psicoterapéutico que este presenta. Estos hallazgos están en concordancia con los encontrados en otros estudios que señalan que ambos tratamientos, farmacológico y psicoterapéutico presentan para la hipocondriasis un tamaño del efecto de mediano a moderado (Fineberg et al., 2022).

En un periodo de seguimiento a los 18 meses posteriores al tratamiento, se encuentra que los efectos de la intervención terapéutica con paroxetina y terapia cognitivo conductual se mantienen. Los efectos de la terapia cognitivo conductual y la paroxetina son efectivos y se mantienen a largo plazo. Se concluye que tanto la psicoterapia a través de la terapia cognitivo conductual como el tratamiento farmacológico con paroxetina

resultan ser efectivos en el tratamiento de la hipocondría. Se encuentra además que ambos tratamientos son igual de efectivos, no evidenciándose diferencia alguna.

La intervención psicoterapéutica no sólo reduciría los síntomas hipocondriacos, sino que sus beneficios también abarcarían los síntomas depresivos y ansiosos. Algunos estudios señalan que, se reducen los síntomas asociados a la angustia y la depresión. Pacientes hipocondriacos, que presentan un mayor nivel de ansiedad inicial, luego del tratamiento de terapia cognitiva conductual obtienen mayores mejoras asociadas en el mediano y largo plazo (Nakao et al., 2011).

Entre los beneficios de la psicoterapia en el tratamiento de la hipocondriasis también se encuentra que mejora la calidad de vida, reduciendo los síntomas como la intolerancia a la incertidumbre, la atención focalizada sobre el cuerpo, posibilitando una mejora sustancial en los pacientes (Hedman et al., 2013).

Los resultados encontrados nos indican que la psicoterapia en comparación con la farmacoterapia aplicada para el tratamiento de la hipocondriasis, demostró ser efectiva, tanto en la reducción de los síntomas hipocondriacos como en la sintomatología asociada. Entre las limitaciones para el presente estudio se encuentran, el número de bases de datos en los cuales se han realizado la búsqueda, se recomienda ampliarlas en otras bases de datos. Se hace evidente también la necesidad de fomentar mayores investigaciones que comparen la efectividad de la psicoterapia con la farmacoterapia en el tratamiento de la hipocondría o ansiedad por la enfermedad.

#### **10.4. Conclusiones y Recomendaciones**

Se puede evidenciar un reducido número de estudios clínicos aleatorizados (ECA) que comparen la eficacia de la terapia farmacológica con la psicoterapia en el tratamiento de la hipocondría o ansiedad por la enfermedad.

Respondiendo a la pregunta de investigación planteada para el presente estudio podemos mencionar que en la actualidad y gracias a los avances de la psicoterapia, se encuentra que esta, es tan efectiva como la farmacoterapia en el tratamiento de la hipocondría o ansiedad por la enfermedad. La psicoterapia cognitivo conductual es la modalidad de psicoterapia que demuestra eficacia en el tratamiento de la hipocondría o ansiedad por la enfermedad. La terapia psicológica permite el aprendizaje y crecimiento del consultante, así como el logro de los objetivos terapéuticos. En ese contexto la terapia psicológica no puede ser sustituida por el fármaco. El psicofármaco es necesario para ayudar a potenciar el efecto en la dirección de los objetivos propuestos en la terapia.

El empleo de psicofármacos no es aconsejable como única estrategia de intervención terapéutica.

En el tratamiento de la hipocondría, la aplicación conjunta de psicoterapia y farmacoterapia resulta ser más efectiva que la intervención individual.

Estos descubrimientos nos plantean que es factible implementar estrategias de salud pública que permitan incorporar a la psicoterapia en el tratamiento del trastorno hipocondriaco. Teniendo en cuenta sus beneficios y reducidos costos, se recomienda su incorporación en los programas y planes de salud públicos ya sea de forma individual o en conjunto con la farmacoterapia. Se recomienda así mismo, realizar mayores investigaciones respecto a la eficacia de la psicoterapia y la farmacoterapia en el tratamiento de la hipocondría.

## 11. Referencias Bibliográficas

- Abdel Aziz, K., Stip, E., Al-Sanadi, A. *et al.* (2023). Prevalence and correlates of health anxiety among medical students: a cross-sectional study from the United Arab Emirates. *Middle East Curr Psychiatry* 30, 3. <https://doi.org/10.1186/s43045-022-00273-2>
- Abramowitz, J. S. (2004). Treatment of obsessive compulsive disorder in patients who have comorbid depression. *Journal of Clinical Psychology*, 60(11), 1133–1141. Doi:10.1002/jclp.20078.
- Abramowitz, J. S. & Braddock, A. E. (2006). Hypochondriasis: conceptualization, treatment, and relationship to obsessive compulsive disorder. *Psychiatric Clinics*, 29(2), 503-519.
- Abramowitz, J. S., & Braddock, A.E. (2008). *Psychological treatment of health anxiety and hypochondriasis: A biopsychosocial approach*. Hogrefe publishing.
- Abramowitz, J. S., Olatunji, B. O. & Deacon, B. J. (2007). Health anxiety, hypochondriasis, and the anxiety disorders. *Behavior Therapy*, 38, 86–94.

- Abu Khait, A., Mrayyan, M. T., Al-Rjoub, S., Rababa, M., & Al-Rawashdeh, S. (2022). Cyberchondria, Anxiety Sensitivity, Hypochondria, and Internet Addiction: Implications for Mental Health Professionals. *Current psychology (New Brunswick, N.J.)*, 1–12. Advance online publication. <https://doi.org/10.1007/s12144-022-03815-3>
- Afrin,R., Prybutok,G. (2022). Insights into the antecedents of cyberchondria: a perspective from the USA, *Health Promotion International*, 37(4), daac108. <https://doi.org/10.1093/heapro/daac108>
- Altıntaş, M., & Korkut, S. (2023). Investigation of coronavirus anxiety, health anxiety, and anxiety symptom levels in vertigo patients during COVID-19 pandemic. *Brazilian journal of otorhinolaryngology*, 89(2), 313–320. <https://doi.org/10.1016/j.bjorl.2022.11.003>
- Arnález, S., García-Soriano, G., López, J., Belloch, A. (2019). The Spanish validation of the short health anxiety inventory psychometric properties and clinical utility. *International journal and health psychology*, 19(3), 251-260.
- Arnález,S., García -Soriano,G. y Belloch,A. (2019). Creencias disfuncionales en la hipocondría: Un estudio familiar, *Anales de Psicología*, 35(1), 19-25. <http://dx.doi.org/10.6018/analesps.35.1.3175001>
- Asmundson, G. J., Abramowitz, J. S., Richter, A. A. y Whedon, M. (2010). Health anxiety: current perspectives and future directions. *Current Psychiatry Reports*, 12(4), 306-312.
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2013). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5*. Arlington: Asociación Americana de Psiquiatría.

- Axelsson, E., & Hedman-Lagerlöf, E. (2023). Validity and clinical utility of distinguishing between DSM-5 somatic symptom disorder and illness anxiety disorder in pathological health anxiety: Should we close the chapter?. *Journal of psychosomatic research*, 165, 111133. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2022.111133>
- Bach, B., Skjernov, M., & Simonsen, E. (2023). Personality Pathology and Functional Impairment in Patients With Hypochondriasis. *Journal of the Academy of Consultation-Liaison Psychiatry*, 64(1), 28–34. <https://doi.org/10.1016/j.jaclp.2022.08.001>
- Bagarić, B., Martinčević, M., & Vranić, A. (2023). What Is Remembered?: The Recall of Health-related Information in Cyberchondria and Health Anxiety. *Psihologija*, 56(2), 205–221. <https://doi.org/10.2298/PSI220127019B>
- Bailer, J., Kerstner, T., Witthöft, M., Diener, C., Mier, D. & Rist, F. (2016). Health anxiety and hypochondriasis in the light of DSM5. *Anxiety, Stress, and Coping*, 29(2), 219-239. DOI: 10.1080/10615806.2015.1036243
- Bailey, R. y Wells, A. (2016). The contribution of metacognitive beliefs and dysfunctional illness beliefs in predicting health anxiety: An evaluation of the metacognitive versus the cognitive models. *Clinical Psychologist*, 20(3), 129–137.
- Barbek, R., Henning, S., Ludwig, J., & von dem Knesebeck, O. (2022). Ethnic and migration-related inequalities in health anxiety: A systematic review and meta-analysis. *Frontiers in psychology*, 13, 960256. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.960256>
- Barghbani H, Barghbani R, Salehi Y, Rad M.(2023). Investigating the Effects of the Virtual Training of the Benson Relaxation Technique on Illness Anxiety Disorder Among the

- Informal Caregivers of COVID-19 Patients: A Randomized Clinical Trial. *J Research Health*, 13 (2) :99-108. <http://jrgh.gmu.ac.ir/article-1-2166-en.html>
- Barsky, A. J. y Klerman, G. L. (1983). Overview: hypochondriasis, bodily complaints, and somatic styles. *The American Journal of Psychiatry*, 140, 273-283.
- Barsky, A. J., Ettner, S. L., Horsky, J. y Bates, D. W. (2001). Resource utilization of patients with hypochondriacal health anxiety and somatization. *Medical Care*, 39(7), 705-715.
- Barsky, A. J., Wyshak, G. y Klerman, G. L. (1990). The Somatosensory Amplification Scale and its relationship to hypochondriasis. *Journal of Psychiatry Research*, 24, 323–334.
- Barsky, A., & Ahern, D. (2004). Cognitive behavior therapy for hypochondriasis: a randomized controlled trial. *JAMA*, 291(12), 1464-1470. Doi:10.1001/jama.291.12.1464.
- Bartoli, S. y De la Cruz Gil, R. (2023). Epistemología, historia y fundamentos de la Terapia Breve Estratégica. El modelo de Giorgio Nardone. *Papeles del Psicólogo*, 44(1), 35-43.
- Bateson, G. (1998). *Pasos hacia una ecología de la mente: una aproximación revolucionaria a la autocomprensión del hombre*. Lumen.
- Becerra, J; Giménez, G; Sánchez, T; Barbeito, R; Calvo, A. (2020). Síntomas psicopatológicos durante la cuarentena por COVID\_19 en población general española. Un análisis preliminar en función de variables sociodemográficas y ambientales – ocupacionales. *Revista española de salud pública*, 94(1) 1- 11.
- Belloch, A., López-Santiago, J. y Arnáez, S. (2019). *Hipocondría: la ansiedad por la salud*. Síntesis.

- Bodner, E., Shrira, A., & Palgi, Y. (2023). Attitudes to aging mediate the reciprocal effects of health anxiety and physical functioning. *Psychology & health*, 38(2), 190–208. <https://doi.org/10.1080/08870446.2021.1956496>
- Bolaños Díaz, R., Calderón Cahua, M. (2014). Introducción al meta-análisis tradicional. *Rev. Gastroenterología*, 34(1) 45-51.
- Bouman, T. K. (2008). Psychotherapy may be beneficial for people with hypochondriasis. *Evidence-Based Mental Health*, 11(3) 90.
- Buwalda, F. M., Bouman, T. K., van Duijn, M. A. J., & Van der Duin, M. (2007). Psychoeducation for hypochondriasis: A comparison of a cognitive-behavioural approach and a problem-solving approach. *Behaviour Research and Therapy*, 45(5), 887-899. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2006.08.004>
- Campos-Vera, R., Montalván-Espinoza, J. y Aviles-Almeida, P. (2020). Conflictos psicosociales post covid-19. *Pol. Con*, 5(9), 22-31.
- Ceberio Marcelo R. (2014). Los juegos del miedo. Hacia un modelo integrador en el tratamiento de los trastornos de pánico. en Medina, Raúl (2014). *Pensamiento sistémico*". Guadalajara. Ed. UDG.
- Ceberio, M., y Watzlawick, P. (2006). *La construcción del universo*. Herder.
- Ceberio R. M. & Watzlawick, P. (2008). *Ficciones de la realidad, realidades de la ficción*. Paidós.
- Ceberio MR. (2008). Que es la psicoterapia desde una perspectiva sistémica. *Revista campo grupal*. 11(105).
- Ceberio, Marcelo R. (2016). Discordias y compatibilidades de una pareja terapéutica: El psicólogo y el psiquiatra. *Ciencias Psicológicas*, 10(1), 85-95.

- Ceberio Marcelo R.(2014). Los juegos del miedo. Hacia un modelo integrador en el tratamiento de los trastornos de pánico. en Medina, Raúl (2014). *Pensamiento sistémico*". Guadalajara. Ed. UDG.
- Ceberio, M y Rodriguez, S. (2020). El "Start Point" en psicoterapia: Emociones positivas, creatividad y resolución de problemas. *Teoría y Práctica: Revista Peruana De Psicología CPsP-CDR-I*, 2(2), e30.
- Ceberio, M., Jones, G. M. y Benedicto, G. (2021). La ansiedad en la población argentina en el contexto de pandemia por el COVID-19. *Revista de Psicología*. <https://dx.doi.org/10.24215/2422572Xe081>
- Ceberio, M.R. (2021). Contexto y vulnerabilidad en la crisis del COVID-19:emociones y situaciones del durante e interrogantes acerca del después. *Ajayu*, 19 (1). 90- 126.
- Ceberio, MR., Agostinelli, J., Daverio, R., Benedicto, G., Cocola, F. y Jones, G. (2021). Psicoterapia online en tiempos de Covid-19: adaptación, beneficios, dificultades. *Arch Med*.21(1). <https://doi.org/10.30554/archmed.21.2.4046.2021>.
- Ceberio, M. R. (2020). ¿Y dónde esta el encuadre? La terapia fuera de los límites del consultorio. *Revista REDES*, (42), 43–54. Recuperado a partir de <https://www.redesdigital.com/index.php/redes/article/view/29>
- Ceberio, M. R. (2022). Querer y no lograr: Soluciones intentadas fallidas. *Revista REDES*, (35), 99–116. Recuperado a partir de <https://redesdigital.com/index.php/redes/article/view/131>
- Ceberio, M., y De la Cruz, R. (2023). Eficacia de la psicoterapia en comparación con la terapia farmacológica en el tratamiento de la hipocondría o ansiedad por la enfermedad. *Revista Científica Retos De La Ciencia*, 7(15), 100–111.

Chávez-León, E.(2012). A propósito de la hipocondría, su fenomenología y diagnóstico actual. *Revista Latinoamericana de Psiquiatría*.11(2),31-32.

Chorot, P., Sandin, B.,Valiente, R.,Santed,M. y Romero, M. (1997). Actitud hacia la enfermedad, ansiedad y sintomatología somática en pacientes con trastornos de pánico e hipocondría. *Revista de psicopatología y psicología clínica*, 2(2),123-136.

Ciułkowicz, M., Misiak, B., Szcześniak, D., Grzebieluch, J., Maciaszek, J., & Rymaszewska, J. (2022). Social Support Mediates the Association between Health Anxiety and Quality of Life: Findings from a Cross-Sectional Study. *International journal of environmental research and public health*, 19(19), 12962. <https://doi.org/10.3390/ijerph191912962>

Deacon, B. J. & Abramowitz, J. S. (2008). Is Hypochondriasis Related to Obsessive-Compulsive Disorder, Panic Disorder, or Both? An Empirical Evaluation. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 22(2), 115–127.

De la Cruz, R. (2003). *Drogodependencias. Familia, terapia y epistemología*. Devida.

De la Cruz, R. (2008). *Violencia intrafamiliar. Enfoque sistémico*. Trillas

De la Cruz, R. (2013). *El docente como orientador. Estrategias para el manejo de problemas familiares y sociales*. Trillas

De la Cruz Gil, R. (2021a). Epistemología Sofista y su influencia en la terapia Breve Estratégica. Modelo Nardone. *Límite Revista Interdisciplinaria de Filosofía y Psicología*, 16 (1), 1 – 9. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-0652021000100201>

De la Cruz Gil, R. (2021b). Tratamiento de un caso de trastorno de ansiedad generalizada con terapia breve estratégica. *Revista Científica Retos De La Ciencia*, 5(11), 77–85. <http://dx.doi.org/10.53877/rc.5.11.20210701.08>

- De la Cruz Gil, R. (2022). El modelo de Psicoterapia Breve Estratégica de Giorgio Nardone. *Ciencia Y Psique*, 1(1), 67–80.  
<https://doi.org/10.31381/cienciaysique.v1n1.5330>
- De la Cruz Gil, R. (2023). Abordaje e intervención terapéutica en psicoterapia breve cibernético – constructivista. *Revista Científica Retos De La Ciencia*, 7(15), 74–86.
- Del Casale A, Modesti MN, Rapisarda L, Girardi P and Tambelli R (2022) Clinical Aspects of Manic Episodes After SARS-CoV-2 Contagion or COVID-19. *Front. Psychiatry* 13:926084. <https://doi: 10.3389/fpsy.2022.926084>
- Diamond, P. R., Dysch, L., & Daniels, J. (2023). Health anxiety in stroke survivors: a cross-sectional study on the prevalence of health anxiety in stroke survivors and its impact on quality of life. *Disability and rehabilitation*, 45(1), 27–33.  
<https://doi.org/10.1080/09638288.2021.2022778>
- Díez-Quevedo, C., Rangil-Muñoz, T. y Sánchez-Planell, L. (2003). Situación actual de la hipocondría. *Psiquiatría Biológica*, 10(3), 87-95.
- Du, X., Witthöft, M., Zhang, T., Shi, C., & Ren, Z. (2023). Interpretation bias in health anxiety: a systematic review and meta-analysis. *Psychological medicine*, 53(1), 34–45. <https://doi.org/10.1017/S0033291722003427>
- Duholm, C. S., Højgaard, D. R. M. A., Skarphedinsson, G., Thomsen, P. H., & Rask, C. U. (2022). Health anxiety symptoms in pediatric obsessive-compulsive disorder: patient characteristics and effect on treatment outcome. *European child & adolescent psychiatry*, 31(8), 1317–1328. <https://doi.org/10.1007/s00787-021-01774-x>

Eidman,L.,Arbizú,J.,Lamboglia,A. y del Valle Correa,L.(2020). Salud mental y síntomas psicológicos en adultos argentinos de población general en contexto de pandemia por COVID-19.*Subjetividad y procesos cognitivos*, 24(2),1-16.

El-Gabry, D. A., Aziz, K. A., Al-Hosani, M. H., Aljneibi, M. K., Shouma, A., Zeid, D. A., Stip, E., & Elkholy, H. (2022). Frequency of illness anxiety (hypochondriasis) by proxy encountered by doctors in parents towards their children. *Annals of clinical psychiatry : official journal of the American Academy of Clinical Psychiatrists*, 34(4), 254–262. <https://doi.org/10.12788/acp.0083>

Elhamiasl, M., Dehghani, M., Heidari, M., Vancleef, L. M. G., & Khatibi, A. (2023). Negative interpretation of ambiguous bodily symptoms among illness-anxious individuals: Exploring the role of developmental and maintenance constructs. *Frontiers in psychiatry*, 13, 985125. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.985125>

Eraslan, P., & İlhan, A. (2023). Cancer information overload and death anxiety predict health anxiety. *European review for medical and pharmacological sciences*, 27(1), 291–298. [https://doi.org/10.26355/eurrev\\_202301\\_30902](https://doi.org/10.26355/eurrev_202301_30902)

Escamilla, E. I., Ortiz, L. A. E., Pargas, J. E. A., Martinez, A. M., Botello, B. A. L., Villa, V. D. B., & Villarreal, J. J. (2020). Attitudes Associated with Hypochondria and Abnormal Behavior Towards Illness in Health Science Students. *The Psychiatric quarterly*, 91(3), 921–928. <https://doi.org/10.1007/s11126-020-09761-2>

\*Fallon,B.A.,Ahern,D.K.,Pavlicova,M.,Slavov,L.,Skritskaya,N.,Barsky,A.(2017).

Randomized controlled trial of medication and cognitive behavioral therapy for hypochondriasis. *Am J Psychiatry*, 174 (8), 756- 764. Doi: org/10.1176.

- Faravelli, C., Salvatori, S., Galassi, F., Aiazzi, L., Drei, C. y Cabras, P. (1997). Epidemiology of somatoform disorders: a community survey in Florence. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 32(1), 24-29.
- Fergus, T. A. y Valentiner, D. P. (2011). Intolerance of uncertainty moderates the relationship between catastrophic health appraisals and health anxiety. *Cognitive Therapy and Research*, 35(6), 560– 565.
- Fineberg, N., Pellegrini, L., Clarke, A., Perera, U., Drummond, L., Albert, U., & Laws, K. (2022). Meta-analysis of cognitive behaviour therapy and selective serotonin reuptake inhibitors for the treatment of hypochondriasis: implications for trial design. *Comprehensive Psychiatry*, (118). Doi: 10.1016/j.comppsy.2022.152334.
- Fink, P., Ornbol, E. & Christensen, K.S. (2010) The outcome of health anxiety in primary care: A two- year follow-up study on health care costs and self- rated health. *Plos One*, 5(3) Doi: 10.1371/journal.pone.0009873
- Flückiger, C., Del Re, A. C., Wampold, B. E., & Horvath, A. O. (2018). The alliance in adult psychotherapy: A meta-analytic synthesis. *Psychotherapy*, 55(4), 316–340. <https://doi.org/10.1037/pst0000172>
- Fulton, J. J., Marcus, D. K., & Merkey, T. (2011). Irrational health beliefs and health anxiety. *Journal of Clinical Psychology*, 67(6), 527-538.
- Galvin J.; Richards G. (2023). Health anxiety in autistic adults. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 104, 102146. <https://doi.org/10.1016/j.rasd.2023.102146>.
- García-Fernández, L., Romero-Ferreiro, V., Padilla, S., Lahera, G., & Rodríguez-Jimenez, R. (2022). Different emotional profile of health care staff and general population

during the COVID-19 outbreak. *Psychological trauma : theory, research, practice and policy*, 14(2), 266–272. <https://doi.org/10.1037/tra0001024>

García-Soriano, G. y Belloch, A. (2013). Symptom dimensions in obsessive-compulsive disorder: differences in distress, interference, appraisals and neutralizing strategies. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 44, 441-448.

Gehrt, T. B., Macoveanu, J., Bailey, C. J., Fisher, P. M., Pallesen, K. J., & Frostholm, L. (2023). Resting-state connectivity and neural response to emotional images in patients with severe health anxiety: An fMRI study. *Journal of affective disorders*, 324, 370–378. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.12.138>

Gellatly, R. y Beck, A. T. (2016). Catastrophic Thinking: A Transdiagnostic Process Across Psychiatric Disorders. *Cognitive Therapy and Research*, 40(4), 441–452.

\*Greeven, A., Van Balkom, A.J., Van der Leeden, R., Merkelbach, J.W., Van der Heuvel, O.A., & Spinhoven, P. (2009). Cognitive behavioural therapy versus paroxetine in the treatment of hypochondriasis: an 18 month naturalistic follow up. *J Behav. Ther. Exp. Psychiatry*, 40(3), 487-496. Doi:10.1016/j.jbtep.2009.06.005.

\*Greeven, A., Van Balkom, A.J., Visser, S., Merkelbach, J.W., van Rood, Y.R., van Dick, R., van der Does, A.J.W., Zitman, F., & Spinhoven, P. (2007). Cognitive Behavior Therapy and Paroxetine in the Treatment of Hypochondriasis: A Randomized Controlled Trial. *Am J Psychiatry*, 164(1), 91- 99.

- Gómez-León, M.(2021) Disminución de la ansiedad en las víctimas del bullying durante el confinamiento por el COVID-19.*RED:revista de educación a distancia*, 21(65),1-20.
- Goonesekera, Y., & Donkin, L. (2022). A Cognitive Behavioral Therapy Chatbot (Otis) for Health Anxiety Management: Mixed Methods Pilot Study. *JMIR formative research*, 6(10), e37877. <https://doi.org/10.2196/37877>
- Hedman, E., Andersson, G., Linderfors, N., Lekander, M., Rück,C.,& Ljótsson,B.(2013a). Mediators in internet-based cognitive behavior therapy for severe health anxiety. *Plos One*, 8(10) e77752. DOI: [10.1371/journal.pone.0077752](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0077752)
- Hedman,E.,Linderfors,N.,Andersson,G.,Andersson,E.,Lekander,M.,Rück,C.,&Ljótsson,B. (2013b). Predictors of outcome in internet based cognitive behavior therapy for severe health anxiety. *Behav.Res.Ther*, 51(10), 711-717, DOI: [10.1016/j.brat.2013.07.009](https://doi.org/10.1016/j.brat.2013.07.009)
- Herrera,J.,Bobadilla,P.,Igolnjkof,D.,García,S.,Sandoval,C.,Cancer,M.,Gonzalez,E.,Wolff,S.,Wolff,D. y Picco,J.(2020).Psychosocial impact of the COVID-19.Pandemic on the adult population of Buenos Aires. *Revista Argentina de Cardiología*, 88(5), 454-459.
- Hidalgo-Fuentes, S., Martí-Vilar, M., & Ruiz-Ordoñez, Y. (2023). Problematic Internet Use and Resilience: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Nursing reports (Pavia, Italy)*, 13(1), 337–350. <https://doi.org/10.3390/nursrep13010032>
- Hoffmann,D., Ulrikka,Ch., Hedman, E., Sondergaard,J., & Frosthalm,L. (2020).Efficacy of internet-delivered acceptance and commitment therapy for severe health anxiety: results from a randomized, controlled trial. *Psychological Medicine*, (51),2685-2695. [https://doi.org/ 10.1017/S0033291720001312](https://doi.org/10.1017/S0033291720001312).
- Hu M, Xu Y, Bu D, Luo K, Chang L and Mao C (2023) The psychological stress response of COVID-19 to medical staff and prevention: A large sample study from China. *Front. Psychol.* 14:1125847. [https://doi: 10.3389/fpsyg.2023.1125847](https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1125847)

- Jonkers R.; Wijnen B.F.M.; van Dijk M.K.; Oosterbaan D.B.; Verbraak M.J.P.M.; van Balkom A.J.L.M.; Lokkerbol J.(2021). The cost-effectiveness of the Dutch clinical practice guidelines for anxiety disorders. *Journal of Affective Disorders Reports*, 6: 100281. <https://doi.org/10.1016/j.jadr.2021.100281>.
- Keen, E., Kangas, M., & Gilchrist, P. T. (2022). A systematic review evaluating metacognitive beliefs in health anxiety and somatic distress. *British journal of health psychology*, 27(4), 1398–1422. <https://doi.org/10.1111/bjhp.12609>
- Kerman,B y Scherb,E. (2021). Virtualidad y Psicoterapia Basada en evidencias. *Actualidad Psicológica*, 46(505), 9-12.
- Kerman,B. (2018). *Clínica psicológica: diagnóstico y estrategia*. UFLO.
- Kolozsvári, L. R., Rekenyi, V., Garbóczy, S., Hőgye-Nagy, Á., Szemán-Nagy, A., Sayed-Ahmad, M., & Héjja-Nagy, K. (2023). Effects of Health Anxiety, Social Support, and Coping on Dissociation with Mediating Role of Perceived Stress during the COVID-19 Pandemic. *International journal of environmental research and public health*, 20(8), 5491. <https://doi.org/10.3390/ijerph20085491>
- Kosic,A.,Lindholm,P., Järholm,K., Hedman,E., Axelsson,E. (2020). Three decades of increase in health anxiety: Systematic review and meta-analysis of birth cohort changes in university student samples from 1985 to 2017. *Journal of anxiety disorders*, (71),102208.
- Lacunza,C., García,J.,Díaz, F. y Ardanaz,M.(2016). Tratamiento Cognitivo conductual en un trastorno hipocondriaco. *Revista de Casos Clínicos en salud mental*, (2), 79-99.
- Lai, L., Tong, J., Xiang, Y. T., Zhang, L., & Ren, Z. (2023). Mental health concerns and network structures of psychological helpline help-seekers during the COVID-19

- pandemic in China: Pandemic stage differences. *Journal of affective disorders*, 323, 444–451. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.11.065>
- Lee, D. S., Koo, H. J., Choi, S. O., Kim, J. I., & Kim, Y. S. (2022). Relationship between Preventive Health Behavior, Optimistic Bias, Hypochondria, and Mass Psychology in Relation to the Coronavirus Pandemic among Young Adults in Korea. *International journal of environmental research and public health*, 19(15), 9620. <https://doi.org/10.3390/ijerph19159620>
- Looper, K. J. y Kirmayer, L. J. (2001). Hypochondriacal concerns in a community population. *Psychological Medicine*, 31(4), 577-584.
- López-Santiago, J. (2011). *Delimitación diagnóstica y clínica del trastorno de somatización* (tesis doctoral). Base de datos Universidad de Valencia.
- López-Santiago, J. y Belloch, A. (2012). El laberinto de la somatización: se buscan salidas. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 17, 151-172.
- Losada, A. V., Zambrano-Villalba, C. y Marmo, J. (2022). Clasificación de métodos de investigación en Psicología. *Revista Psicología UNEMI*, 6(11),13-31. <https://doi.org/10.29076/issn.2602-8379vol6iss11>.
- Manterola,C., Astudillo, P., Arias, E., Claros, N.(2013).Revisiones sistemáticas de la literatura. Qué se debe saber acerca de ellas.*Cirugía Española*, 91 (3),149-155.DOI: 10.1016/j.ciresp.2011.07.009
- Marcus, D. K., Gurley, J. R., Marchi, M. M., & Bauer, C. (2007). Cognitive and perceptual variables in hypochondriasis and health anxiety: a systematic review. *Clinical psychology review*, 27(2), 127–139. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2006.09.003>

- Marmo,J., Losada, A.V., y Zambrano-Villalba, C. (2022). Propuestas metodológicas en estudio de revisión sistemática, metasíntesis y metaanálisis. *Revista psicología UNEMI*,6(11), 32-43. <https://doi.org/10.29076/issn.2602-8379vol6iss11>.
- Martínez,F.,Mejer,A.,Rangel,C.,Sandia,I. y Pinto,S.(2020). Efectos de la pandemia por COVID-19 en la salud mental de trabajadores sanitarios del estado de Mérida,Venezuela. *GICOS:Revista del Grupo de investigaciones en comunidad y salud*, 5(4), 77-88.
- Maturana, H. (1993). *Desde la biología a la psicología*. Synthesis.
- Maturana, H. (1994). *Emociones y lenguaje en educación y política*. CED.
- Maturana, H. (1998). *La objetividad*. Dolmen ediciones.
- Maturana, H. (2019). *Amor y juego*. Granica.
- Maturana, H., y Varela, F. (2020). *De máquinas y seres vivos*. Ed.Universitaria.
- Mohammadkhani, S., Akbari, M., Shahbahrami, M., Seydavi, M., & Kolubinski, D. C. (2023). Metacognitions About Health in Relation to Coronavirus Anxiety: The Mediating Role of Cognitive Attentional Syndrome and Distress Tolerance. *Journal of rational-emotive and cognitive-behavior therapy : RET*,41(1), 222–236. <https://doi.org/10.1007/s10942-022-00467-x>
- Montero, I. y León, O. (2002). Clasificación y descripción de las metodologías de investigación en psicología. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 2, 505-510.

- Moreno-Proaño, G. (2020). Pensamientos distorsionados y ansiedad generalizada en COVID-19. *Ciencia América: Revista de divulgación científica de la universidad tecnológica Indoamérica*, 9, 251-255.
- Moya, C., Alvarez, C., Gonzalez, L., Valtueña, M., Martín, M., Seijo, E., De la Fuente, L., García, L., Sáiz, P., García, M. y Bodes, J. (2021). Impacto de la pandemia COVID-19 sobre la salud mental en las diferentes comunidades autónomas españolas. *Actas españolas de psiquiatría*, 49(2), 64-70.
- Mrayyan, M. T., Al-Rawashdeh, S., Abu Khait, A., & Rababa, M. (2022). Differences in Cyberchondria, Internet Addiction, Anxiety Sensitivity, Health Anxiety, and Coronavirus Anxiety Among Students: A Web-Based Comparative Survey. *Electronic Journal of General Medicine*, 19(3), em371. <https://doi.org/10.29333/ejgm/11876>
- Müller, A., Baumann, E., & Dierks, M. L. (2021). Cyberchondrie – ein neues Verhaltenssyndrom? [Cyberchondria - A New Behavioral Syndrome?]. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie*, 71(6), 243–255. <https://doi.org/10.1055/a-1348-8059>
- Nadeem, F., Malik, N. I., Atta, M., Ullah, I., Martinotti, G., Pettoruso, M., Vellante, F., Di Giannantonio, M., & De Berardis, D. (2022). Relationship between Health-Anxiety and Cyberchondria: Role of Metacognitive Beliefs. *Journal of clinical medicine*, 11(9), 2590. <https://doi.org/10.3390/jcm11092590>
- Nakao, M., Shinozaki, Y., Ahern, D. K., & Barsky, A. J. (2011). Anxiety as a predictor of improvements in somatic symptoms and health anxiety associated with cognitive-behavioral intervention in hypochondriasis. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 80(3), 151–158.

- Nardone, G. (2008). *No hay noche que no vea el día: la terapia breve para los ataques de pánico*. Herder.
- Nardone, G. (2020). *Miedo, pánico, fobias: La Terapia Breve*. Herder.
- Nardone, G. y Watzlawick, P. (1995). *El Arte del Cambio: trastornos fóbicos y obsesivos*. Herder.
- Nardone, G. y Portelli, C. (2017). *Conocer a través del cambio: La evolución de la terapia breve estratégica*. Herder.
- Nardone, G., y Watzlawick, P. (2018). *Terapia breve: filosofía y arte*. Herder.
- Nasiri, M., Mohammadkhani, S., Akbari, M., & Alilou, M. M. (2023). The structural model of cyberchondria based on personality traits, health-related metacognition, cognitive bias, and emotion dysregulation. *Frontiers in psychiatry, 13*, 960055. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.960055>
- Newby, J. M., Hobbs, M. J., Mahoney, A. E., Wong, S. K. y Andrews, G. (2017). DSM-5 illness anxiety disorder and somatic symptom disorder: Comorbidity, correlates, and overlap with DSM-IV hypochondriasis. *Journal of Psychosomatic Research, 101*, 31-37.
- Neziroglu, F., McKay, D. y Yaryura-Tobias, J. A. (2000). Overlapping and distinctive features of hypochondriasis and obsessive– compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders, 14*(6), 603- 614.
- Noyes, R. (1999). The relationship of hypochondriasis to anxiety disorders. *General Hospital Psychiatry, 21*(1), 8-17.

- Noyes, R., Kathol, R. G., Fisher, M. M., Phillips, B. M., Suelzer, M. T., & Woodman, C. L. (1994). Psychiatric comorbidity among patients with Hypochondriasis. *General Hospital Psychiatry*, 16(2),78-87.
- Olatunji, B. O., Deacon, B. J., & Abramowitz, J. S. (2009). Is health anxiety an anxiety disorder? *British Journal of Psychiatry*, 194, 481–482.
- Olatunji,B., Kauffman,B., Meltzer, S., Davis,M., & Smits,J., & Powers,M. (2014).Cognitive behavioral therapy for hypochondriasis/health anxiety: A meta- analysis of treatment outcome and moderators. *Behaviour research and therapy*,(58),65-74.
- Okamoto, A., & Kazantzis, N. (2021). Alliance ruptures in cognitive-behavioral therapy: A cognitive conceptualization. *Journal of Clinical Psychology*, 77(2), 384–397. <https://doi.org/10.1002/jclp.23116>
- Organización Mundial de la Salud. (2018). *CIE-11. Clasificación Internacional de las Enfermedades* (11 ed.). <https://icd.who.int/es>
- Özkent, M.S.; Kılınc M.T.; Hamarat M.B.; Yılmaz B.; Göger Y.E.; Özkent Y.; Pişkin M.M. (2023).Digitalization and Urological Diseases: Severity of Cyberchondria and Level of Health Anxiety in Patients Visiting Outpatient Urology Clinics.*Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 28-34. <http://doi.org/10.1089/cyber.2022.0089>
- Parker, H., Carlton, E., Harris, S., & Daniels, J. (2023). Psychological predictors of health anxiety and pain in ambulatory presentations in a hospital emergency department. *Behavioural and cognitive psychotherapy*, 51(1), 11–20. <https://doi.org/10.1017/S1352465822000352>

- Pascual-Vera, B. y Belloch, A. (2018). Functional links of obsessive, dysmorphic, hypochondrias and eating-disorders related mental intrusions. *International journal of clinical and health psychology*, 18(1), 43-51.
- Pasyar, N., Sam, A., Rivaz, M., & Nazarinia, M. (2023). A smartphone-based supportive counseling on health anxiety and acceptance of disability in Systemic Lupus Erythematosus patients: A randomized clinical trial. *Patient education and counseling*, 110, 107676. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2023.107676>
- Peng, R.X. (2022). How online searches fuel health anxiety: Investigating the link between health-related searches, health anxiety, and future intention, *Computers in Human Behavior*, 136, 107384. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2022.107384>.
- Pilowsky, I (1970). Primary and secondary hypochondriasis. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 46(3), 273-285
- Prieto, D.; Aguirre, G., De Pierola, I., Luna Victoria, G., Merea, L., Lazarte, C., Uribe-Bravo, K y Zegarra, A. (2020). Depresión y ansiedad durante el aislamiento obligatorio por el COVID-19 en Lima metropolitana. *Liberabit*. 26(2), 1-14.
- Rachman, S. (2012). Health anxiety disorders: a cognitive construal. *Behaviour Research and Therapy*, 50(7-8), 502-512. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2012.05.001>
- Riveros, E. (2013). El arte de la psicoterapia y la simbolización del significado. Una visión humanística y existencial del que hacer terapéutico. *Ajayu*, 11(2), 138–156.
- Rodríguez-Quiroga, A. (2017). Trastorno de ansiedad por enfermedad a propósito de un caso. *Psiquiatría biológica: publicación oficial de la sociedad Española de Psiquiatría biológica*. 24(2), 81-84.

- Rodriguez Ceberio, M. & Rodriguez, S. E. (2020a). El arte de preguntar en psicoterapia. *Interacciones*, 6(1), e209. doi: 10.24016/2020.v6n1.209
- Romero-González,B., Puertas-Gonzalez,J., Mariño-Narvaez,C., Peralta-Ramirez,M (2021). Variables del confinamiento por COVID-19 predictoras de sintomatología ansiosa y depresiva en mujeres embarazadas. *Medicina clínica*,156(4),172-176.
- Sakai, R., Nestoriuc, Y., Nolido, N. y Barsky, A. J. (2010). The prevalence of personality disorders in hypochondriasis. *Journal of Clinical Psychiatry*, 71(1), 41-47.
- Salkovskis,P.M., y Warwick,H.M.(1986). Morbid preoccupations, health anxiety and reassurance: a cognitive- behavioural approach to hypochondriasis. *Behaviour Research and Therapy*, 24(5), 597-602.
- Sandín,B., Valiente,R., García-Escalera,J.y Chorot,P.(2020).Efectos negativos y positivos en población española asociados al periodo de confinamiento nacional. *Revista de psicopatología y psicología clínica*, 25(1), 1-22.
- Saraiya, T. C. et all. (2023). Patient- and therapist-rated alliance predict improvements in posttraumatic stress disorder symptoms and substance use in integrated treatment. *Clinical psychology & psychotherapy*, 30(2), 410–421. <https://doi.org/10.1002/cpp.2810>
- Saz, P., Copeland, J. R. M., Camara, C., Lobo, A. y Dewey, M. (1995). Cross-national comparison of prevalence of symptoms of neurotic disorders in older people in two community samples. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 91(1), 18-22.
- Scarella, T. M., Laferton, J. A., Ahern, D. K., Fallon, B. A., & Barsky, A. (2016). The relationship of hypochondriasis to anxiety, depressive, and somatoform disorders. *Psychosomatics*, 57(2), 200-207.

Schaefer, H. y Rubí, G. (2015). Abordaje narrativo y estratégico en el trastorno por ansiedad social. *Rev.Chil.Neuro-psiquiatría*, 53(1), 35-43.

Scherb, E., Kerman, B. (2022) : " La Psicoterapia basada en la evidencia en la Clínica Actual, Enciclopedia AIGLE, <https://www.encyclopediasaludmental.org.ar/mobile/trabajo.php?id=162&idtt=7>

Scherb, E., Kerman, B., De la Cruz, R. (2023) : " La Psicoterapia basada en la evidencia en la Clínica Actual. Una actualización para casos complejos. Enciclopedia AIGLE, <http://www.encyclopediasaludmental.org.ar/trabajo.php?id=207&idtt=321>

Schmidt, A. J. M. (1994). Bottlenecks in the diagnosis of hypochondriasis. *Comprehensive Psychiatry*, 35(4), 306-315.

Segal, L. (1994). *Soñar la realidad. El Constructivismo de Heinz Von Foerster*. Paidós.

Sezer, Ö., Başoğlu, M. A., & Dağdeviren, H. N. (2022). An examination of cyberchondria's relationship with trait anxiety and psychological well-being in women of reproductive age: A cross-sectional study. *Medicine*, 101(46), e31503. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000031503>

Shestakova, R. A., Kinkulkina, M. A., Goncharova, E. M., Goncharova, S. A., Avdeeva, T. I., & Ivanets, N. N. (2022). Psychopharmacotherapy of late-stage hypochondriac conditions: frequency of use and effectiveness of drugs. *Zhurnal nevrologii i psikiatrii imeni S.S. Korsakova*, 122(1), 91–97. <https://doi.org/10.17116/jnevro202212201191>

Shor, J., Miyatani, Y., Arita, E., Chen, P., Ito, Y., Kayama, H., Reiter, J., Kobayashi, K., & Kobayashi, T. (2023). Reducing Health Anxiety in Patients With Inflammatory

- Bowel Disease Using Video Testimonials: Pilot Assessment of a Video Intervention. *JMIR formative research*, 7, e39945. <https://doi.org/10.2196/39945>
- Simon, G.E., Gureje, O., & Fullerton, C. (2001). Course of hypochondriasis in an international primary care study. *General Hospital Psychiatry*, 23(2), 51-55.
- Sorensen P, Birket-Smith. M., Wattar. U., Bueman. I., Salkovskis, P. (2011). A randomized clinical trial of cognitive behavioural therapy versus short-term psychodynamic psychotherapy versus no intervention for patients with hypochondriasis. *Psychological Medicine*, 41(2), 431 -441. <https://doi.org/10.1017/S0033291710000292>
- Sorid, S.D., Yap, D.L., Bravo, A.J. et al. (2023). The Moderating Role of Intolerance of Uncertainty in the Relationship Between Health Anxiety and Pandemic-Related Stress. *Cogn Ther Res*, 47, 340–349. <https://doi.org/10.1007/s10608-023-10365-w>
- Starcevic, V. (2013). Hypochondriasis and health anxiety: conceptual challenges. *Br J Psychiatry*, 202(1), 7-8. Doi:10.1192/bjp.bp.112.115402.
- Starcevic, V. (2014). Boundaries and overlap between hypochondriasis and other disorders: differential diagnosis and patterns of cooccurrence. *Current Psychiatry Reviews*, 20(10), 24–33.
- Starcevic, V. (2015). Hypochondriasis: treatment options for a diagnostic quagmire. *Australasian Psychiatry*, 23(4), 369-373.
- Starcevic, V. y Janca, A. (2011). Obsessive–compulsive spectrum disorders: still in search of the concept-affirming boundaries. *Current Opinion in Psychiatry*, 24(1), 55-60.
- Szczurek, K., Furgal, N., Szczepanek, D., Zaman, R., Krysta, K., & Krzystanek, M. (2021). "Medical Student Syndrome"-A Myth or a Real Disease Entity? Cross-Sectional Study of Medical Students of the Medical University of Silesia in Katowice,

- Poland. *International journal of environmental research and public health*, 18(18), 9884. <https://doi.org/10.3390/ijerph18189884>
- Taha, P. H. (2021). Home Quarantine Induced Health Anxiety During the Beginning of the COVID-19 Pandemic - Evidence From Iraq. *Disaster medicine and public health preparedness*, 17, e26. <https://doi.org/10.1017/dmp.2021.242>
- Tamayo,R., Miraval,Z. y Mansilla,P.(2020).Trastornos de las emociones a consecuencia del COVID-19 y el confinamiento en universitarios de las diferentes escuelas de la universidad nacional Hermilio Valdizán. *Revista de Comunicación y Salud*, 10(2), 343-354.
- Taylor, S., Thordarson, D. S., Jang, K. L. y Asmundson, G. J. (2006). Genetic and environmental origins of health anxiety: A twin study. *World Psychiatry*, 10(5), 47–50.
- Traino, K. A., Espeleta, H. C., Dattilo, T. M., Fisher, R. S., & Mullins, L. L. (2023). Childhood Adversity and Illness Appraisals as Predictors of Health Anxiety in Emerging Adults with a Chronic Illness. *Journal of clinical psychology in medical settings*, 30(1), 143–152. <https://doi.org/10.1007/s10880-022-09870-z>
- Urrutia,G., y Bonfil,X.(2010). Declaración PRISMA: una propuesta para mejorar la publicación de revisiones sistemáticas y metaanálisis. *Medicina Clinica*.135(11), 507-511. Doi: 10.1016/j.medcli.2010.01.015.
- Varela, F. (1990). *Conocer. Las ciencias cognitivas: Tendencias y perspectivas. Cartografía de las ideas actuales*. Gedisa.
- Von Bertalanffy, L. (1989). *Teoría General de los Sistemas. Fundamentos, desarrollos, aplicaciones*. Fondo de Cultura Económica.

- Von Foerster, H. (1991). *Las semillas de la cibernética*. Gedisa.
- Wampold, B. E., & Flückiger, C. (2023). The alliance in mental health care: conceptualization, evidence and clinical applications. *World psychiatry : official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 22(1), 25–41. <https://doi.org/10.1002/wps.21035>
- Wang, H., Zhang, Q., Lin, Y., Liu, Y., Xu, Z., & Yang, J. (2023). Keep Moving to Retain the Healthy Self: The Influence of Physical Exercise in Health Anxiety among Chinese Menopausal Women. *Behavioral sciences (Basel, Switzerland)*, 13(2), 140. <https://doi.org/10.3390/bs13020140>
- Watzlawick, P. (2007). *Cambio*. Herder.
- Watzlawick, P. (2003). *¿Es real la realidad?: Confusión, desinformación, comunicación*. Herder.
- Watzlawick, P. (2012). *El lenguaje del cambio: Técnica de comunicación Terapéutica*. Herder
- Watzlawick, P.; Beavin, J. y Jackson, D. (1991). *Teoría de la comunicación humana. Interacciones, patologías y paradojas*. Herder.
- Weck, F., Neng, J. M., Richtberg, S. y Stangier, U. (2012). Dysfunctional beliefs about symptoms and illness in patients with hypochondriasis. *Psychosomatics*, 53(2), 148-154.
- Wheaton, M. G., Berman, N. C., Franklin, J. C. y Abramowitz, J. S. (2010). Health anxiety: latent structure and associations with anxiety-related psychological processes in a student sample. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 32, 565-574.

- White, R. W. y Horvitz, E. (2009). Cyberchondria: studies of the escalation of medical concerns in web search. *ACM Transactions on Information Systems*, 27(4), 23.
- Wolters, C., Slotta, T., Ratayczak, J., Witthöft, M., Gerlach, A. L., & Pohl, A. (2023). Symptom Perception in Pathological Illness Anxiety: Tactile Sensitivity and Bias. *Psychosomatic medicine*, 85(1), 79–88.  
<https://doi.org/10.1097/PSY.0000000000001154>
- Yang, G., Tian, L., Wang, Y., Li, J., Qiu, P., Rao, S., & Kuang, W. (2022). Prevalence and relative factors of health anxiety of elders in community healthcare centers. *International psychogeriatrics*, 34(8), 735–742.  
<https://doi.org/10.1017/S1041610221002854>
- Yang, Y., Ta, N., & Li, Z. (2022). Investigating the Obsessive and Compulsive Features of Cyberchondria: A Holistic Review. *Frontiers in psychology*, 13, 897426.  
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.897426>
- Zaldivar, D. (1995). Arte y psicoterapia. *Revista Cubana de Psicología*, 12(1), 45-64
- Zhou, R., Chen, H., Zhu, L., Chen, Y., Chen, B., Li, Y., Chen, Z., Zhu, H., & Wang, H. (2021). Mental Health Status of the Elderly Chinese Population During COVID-19: An Online Cross-Sectional Study. *Frontiers in psychiatry*, 12, 645938.  
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.645938>
- Zoltek, M., Andersson, T. M., Axelsson, E., Hedman, C., & Ihre Lundgren, C. (2022). Health Anxiety and Its Relationship to Thyroid-Hormone-Suppression Therapy in Patients with Differentiated Thyroid Cancer. *Cancers*, 14(10), 2349.  
<https://doi.org/10.3390/cancers14102349>