

Approach and therapeutic intervention in Hypochondriasis or illness anxiety from brief cybernetic - constructivist therapy.

De la Cruz Gil, Ricardo y Ceberio, Marcelo.

Cita:

De la Cruz Gil, Ricardo y Ceberio, Marcelo (2025). *Approach and therapeutic intervention in Hypochondriasis or illness anxiety from brief cybernetic - constructivist therapy. Journal of Psychosocial Systems (JPS), 9 (1), 52-70.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/ricardo.de.la.cruz.gil/9>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/pe4N/Yr1>



Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons.
Para ver una copia de esta licencia, visite
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.es>.

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.

Abordaje e Intervención terapéutica en la Hipocondría o ansiedad por la enfermedad, desde la psicoterapia breve cibernético – constructivista

Approach and therapeutic intervention in Hypochondriasis or illness anxiety from brief cybernetic – constructivist therapy

Approccio e intervento terapeutico nell'ipocondria o ansia di malattia con la terapia breve cibernetico-costruttivista

Ricardo De la Cruz Gil*, Marcelo R. Ceberio**

*Doctor en Psicología, Centro de Psicoterapia Breve Estratégica, Perú.
ps.ricardodelacruzgil@gmail.com

<https://orcid.org/0000-0002-8235-1028>

** Doctor en Psicología. Laboratorio de investigación en ciencias sociales y neurociencias
Universidad de Flores y Escuela sistémica argentina. Argentina.
marcelorceberio@gmail.com

<https://orcid.org/0000-0002-4671-440X>

Resumen

La hipocondría o ansiedad por enfermedad es un trastorno complejo y conocido por su dificultad para responder al tratamiento tanto farmacológico como psicoterapéutico, presentando una reducida tasa de recuperación. Tradicionalmente se ha utilizado el tratamiento farmacológico como la intervención terapéutica más efectiva para este trastorno, relegando al tratamiento psicoterapéutico a un segundo plano. El trastorno hipocondriaco genera en quienes lo padecen, graves consecuencias emocionales, familiares y sociales, constituyéndose en un problema de salud pública. El presente artículo tiene por objetivo conocer la dinámica relacional y el ciclo evolutivo del trastorno hipocondriaco. Se utilizará un análisis teórico sistémico cibernético para abordar el trastorno y proponer un modelo de funcionamiento e intervención psicoterapéutica. Finalmente se muestra un modelo ecológico y sistémico del trastorno hipocondriaco, así como las etapas del ciclo evolutivo. Se concluye que el enfoque sistémico cibernético es adecuado para plantear un modelo de funcionamiento, comprensión y tratamiento para el trastorno hipocondriaco.

Abstract

Hypochondriasis or illness anxiety is a complex disorder known for its difficulty in responding to both pharmacological and psychotherapeutic treatment, presenting a low recovery rate. Traditionally, pharmacological treatment has been used as the most effective therapeutic intervention for this disorder, relegating psychotherapeutic treatment to the background. The hypochondriac disorder generates in those who suffer from it, serious emotional, family and social consequences, constituting a public health problem. The objective of this article is to know the relational dynamics and the evolutionary

De La Cruz Gil R., Cerberio M. R.

Doi: 10.23823/vy5g1309

Received: 06 February 2025

Revised: 25 March 2025

Accepted: 12 April 2025

cycle of the hypochondriac disorder. A cybernetic systemic analysis will be used to address the disorder and propose a model of functioning and psychotherapeutic intervention. Finally, an ecological and systemic model of the hypochondriac disorder is shown, as well as the stages of the evolutionary cycle. It is concluded that the cybernetic systemic approach is adequate to propose a model of functioning, understanding and treatment for hypochondriac disorder.

Riassunto

L'ipocondria o ansia per la malattia è un disturbo complesso, noto per la sua difficoltà a rispondere al trattamento sia farmacologico che psicoterapeutico, presentando un basso tasso di recupero. Tradizionalmente, il trattamento farmacologico è stato considerato l'intervento terapeutico più efficace per questo disturbo, relegando la psicoterapia ad un ruolo secondario. Il disturbo ipocondriaco provoca gravi conseguenze emotive, familiari e sociali per chi ne soffre, costituendo un problema di salute pubblica. Il presente articolo ha l'obiettivo di analizzare la dinamica relazionale e il ciclo evolutivo del disturbo ipocondriaco. Verrà utilizzata un'analisi teorica basata sul modello sistemico della cibernetica per approfondire il disturbo e proporre un modello di funzionamento e intervento psicoterapeutico. Infine, viene presentata una visione ecologica del disturbo ipocondriaco, approfondendone le fasi del ciclo evolutivo. Si conclude che l'approccio sistemico cibernetico appare adeguato per formulare un modello di funzionamento, comprensione e trattamento dell'ipocondria.

Palabras claves

Psicoterapia, Ansiedad por la enfermedad, Hipocondría, Psicoterapia Breve.

Keywords

Psychotherapy, Illness Anxiety, Hypochondriasis, Brief Psychotherapy.

Parole chiave

Psicoterapia, Ansia per la malattia, Ipocondria, Psicoterapia breve.

Introducción

Los temores relacionados con la salud y la enfermedad son frecuentes en la población en general. Se estima que el trastorno hipocondriaco tiene una prevalencia que varía considerablemente entre un 2,1% y el 13,1% (Kikas et al., 2024). Siendo más alta en atención primaria y secundaria pudiendo llegar hasta un 19,9% (Tyrer, 2018;). En un último estudio recientemente publicado se estima que a nivel global llega al 23,7% en población clínica (Storer et al., 2025).

Se estima en aumento en las últimas décadas viéndose exacerbada por la pandemia del covid-19 y por el uso excesivo de internet para la consulta de síntomas y autodiagnóstico (Tyrer et al., 2019; Blackburn et al., 2019).

Todas las personas en algún momento de su vida pueden tener cierta preocupación por su salud, siendo esta relativamente frecuente entre la población a nivel mundial (Newby et al., 2017). Sin embargo, en el trastorno hipocondriaco una noticia alarmante en los medios, el padecimiento de alguna enfermedad en algún familiar o la existencia de alguna molestia física en el cuerpo, pueden ser

Doi: 10.23823/vy5g1309

Received: 06 February 2025

Revised: 25 March 2025

Accepted: 12 April 2025

interpretadas como el inicio de algún padecimiento y detonar el miedo a la enfermedad.

Este trastorno se caracteriza por que la persona 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- Vera y Belloch, 2018b). 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 investigue información en la web, en revistas especializadas o busque ayuda en los profesionales de la salud. Los síntomas encontrados son relacionados con alguna posible enfermedad, todo esto va acompañado generalmente de estrés emocional que lleva a generar diversos malestares, como el 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. Esto lleva a la existencia de un ciclo de preocupación que es seguido por la búsqueda de tranquilidad y seguridad (Scarella et al., 2019).

Este cuadro genera una disfunción en sus actividades diarias, buscando ayuda médica constantemente y utilizando de forma exagerada los servicios de salud. Llegan a molestar a sus familiares cercanos y a los médicos que los atienden, afectando diversas áreas de la vida de quienes lo padecen (Belloch et al., 2019). Los pacientes afectados por lo general, presentan adicionalmente un trastorno psiquiátrico comórbido principalmente trastorno de ansiedad, trastorno de pánico y trastorno obsesivo compulsivo. Además, consultan con mayor frecuencia los servicios de salud general en lugar de los servicios de salud mental (Belloch et al., 2019).

Otra característica en este trastorno, es el incremento exagerado en la búsqueda de atención de los servicios de salud. Teniendo una tasa elevada de utilización de recursos sanitarios en comparación con la población general, estos pacientes recorren un servicio y otro, van de un profesional a otro buscando validar sus temores. Los estudios señalan que la búsqueda constante y reiterativa de atención médica paradójicamente incrementa la ansiedad (Belloch et al., 2019).

Por otro lado, la hipocondría ha sido considerada como un término estigmatizante, razón por la cual fue eliminado por la APA en su última versión del DSM V. Se ha reformulado introduciéndose dos nuevos trastornos, 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 los cambios en el DSM V ha generado críticas, en especial los referidos a la hipocondría, que

ha polarizado también a los expertos, algunos están de acuerdo con la APA y otros no (Starcevic, 2015).

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. Debido a ello, el trastorno hipocondriaco ha sido considerado un trastorno de difícil tratamiento por su resistencia al cambio y dificultad para el abordaje.

Las consecuencias de esta enfermedad trascienden los aspectos clínicos e impactan a nivel familiar, social e incluso laboral, ya que quienes lo padecen al someterse a continuos exámenes clínicos, ven incrementado los costos de esta enfermedad. Siendo una condición perturbadora y costosa para los sistemas de salud (Roth-Rawald et al.,2023).

También afecta la salud emocional de quienes lo padecen, por el desgaste emocional que implica para ellos, afectando también las relaciones familiares y laborales (Espiridion et al.,2021; Ceberio y De la Cruz Gil, 2023).

Debido a su complejidad y la importancia del trastorno para la salud pública, se hace necesario contar con información que permita comprender su funcionamiento y que sirva tanto para los clínicos como para los psicoterapeutas en el abordaje de tan complejo trastorno. La psicoterapia breve de corte sistémico cibernético constructivista, ha resultado tener éxito en el abordaje y tratamiento de la hipocondría o ansiedad por la enfermedad (Bartoli y De la Cruz, 2023). Con una base epistemológica sustentada en la cibernética, la teoría de los sistemas y el constructivismo, plantea una serie de técnicas de abordaje e intervención (De la cruz, 2021a; De la Cruz, 2021b; De la Cruz, 2023b).

La presente investigación pretende proponer un modelo de abordaje e intervención de la hipocondría a partir del modelo sistémico cibernético, realizando un análisis de la ecología del síntoma y su funcionamiento evolutivo en el tiempo, para plantear las técnicas terapéuticas que permitan su adecuado tratamiento.

Ecología del síntoma hipocondriaco

Se analizará el comportamiento sintomático teniendo en cuenta su contexto ecológico, estudiando sus interacciones y evolución en el tiempo, desplazando el foco de lo intrapsíquico hacia el sistema más amplio (nivel familiar, individual y evolutivo). En un eje diacrónico y sincrónico se estudiará cómo mediante las interacciones y su evolución en el tiempo, se configura una estructura del comportamiento sintomático hipocondriaco.

A) Nivel Familiar, transgeneracional y creencias disfuncionales

Este primer nivel involucra una línea evolutiva temporal: el sistema familiar a través del tiempo en contacto con su medio va moviéndose contingentemente y a partir de dicha interacción va construyendo una epistemología familiar. En el desarrollo del trastorno hipocondriaco son relevantes los acontecimientos familiares relacionados con las diversas enfermedades que el sistema va experimentando. Estas experiencias van demarcando 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 (Torales, 2017).

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 condujo 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.

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 se ve alimentada por estas historias de dolor, que llevarán 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, los sistemas sanitarios 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 digestivo, el endocrino, entre otros. Esta focalización los lleva 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. La dinámica familiar incorpora estas interacciones. Se va construyendo así mismo, la percepción de incapacidad y falta de recursos personales para hacerle frente (Castellanos, 2015).

Por lo tanto, en las familias hipocondriacas son relevantes las experiencias tempranas en relación a una enfermedad grave que haya padecido un integrante de la familia o un tercero significativo, puesto que determina un sistema de creencias que se consolida por generaciones. 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 (Scarella et al. 2016).

En algunos estudios se ha encontrado que las propias vivencias de 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 se encuentra una correlación elevada y significativa entre la intolerancia a la incertidumbre, la sobreestimación de la amenaza, el miedo a la enfermedad, la vulnerabilidad (Arnáez et al., 2019). En la dinámica familiar se genera el mantenimiento y desarrollo del trastorno hipocondriaco. Se comparten las experiencias sobre la salud y enfermedad, se transmiten creencias y valores.

B) Nivel individual: Los mecanismos cognitivos

Las personas hipocondriacas desarrollan a nivel cognitivo una serie de imágenes, sensaciones y pensamientos respecto a la enfermedad, en forma de intrusiones mentales, mismas que empiezan a afectar el flujo normal de pensamiento (Pascual -Vera y Belloch, 2018a; Arnáez et al., 2021; Pascual-Vera y Belloch, 2022). Estas intrusiones poco a poco se consolidan en el tiempo avanzando de una fase a otra, 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.

Estos mismos pensamientos intrusivos tienen su base en los pensamientos negativos y catastróficos, que alimentan y estimulan la producción hipocondriaca. Estos pensamientos repetitivos, claramente son descriptos principalmente por la psicología cognitiva (Beck, 1976; Clark & Beck, 2010, Ceberio, 2013) que remiten básicamente a creencias de desvaloración personal e impotencia.

Estas estrategias en un primer momento logran reducir el malestar emocional, incrementando la sensación de control y brindándoles tranquilidad temporal. En el corto plazo las estrategias funcionan. A medida que pasa el tiempo y otro síntoma aparece, sobreviene la duda, por lo que en el mediano y largo plazo las estrategias ya no funcionan ya que se incrementan las inseguridades y las dudas. Posteriormente y de forma paradójica se incrementa la intrusión mental y 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 le provocan. De esta manera las intrusiones, imágenes y rumiaciones reaparecen ocupando buena parte de los pensamientos habituales, estructurándose un ciclo recursivo.

C) Soluciones intentadas ineficaces en la hipocondría

En el trastorno hipocondriaco, las personas buscan solucionar el problema, pero paradójicamente las soluciones que aplican lejos de resolver el problema lo agravan (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.

La ingente información que tiene a su disposición muchas veces sin valor científico, lejos de calmarlo, solo logran saturarlo y finalmente llenarlo de datos de dudosas fuentes, poco confiables y muchas veces contradictorias entre sí. 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 las 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.

Fases del proceso de generación del síntoma hipocondriaco

Analizaremos el trastorno hipocondriaco en dos niveles, a nivel diacrónico, relacionado con toda la evolución del sistema, con su historia previa y a nivel sincrónico relacionado con la dinámica actual.

Primera fase

Se caracteriza porque a nivel familiar, el sistema presenta una epistemología respecto a la salud y la enfermedad construida en base a las experiencias negativas y dolorosas que han presentado sus miembros. La persona y su sistema familiar presentan las condiciones de vulnerabilidad y fragilidad emocional frente a la hipocondría.

Las creencias familiares respecto a la hipocondría se encuentran presentes y son transmitidas, de una generación a otra (Arnáez et al., 2019). Las creencias pueden permanecer latentes y ser activadas por una variedad de eventos que van desde simplemente escuchar a un familiar o amigo hablar sobre una enfermedad,

ver en la televisión un reportaje sobre algún padecimiento, escuchar en las noticias o leer sobre una enfermedad.

A nivel cognitivo se manifiestan los pensamientos hipocondríacos, haciendo que se empiece a incrementar la preocupación por el cuerpo. La persona empieza a “notar” ciertos síntomas y para prevenir cualquier padecimiento, empieza en esta primera etapa a ponerse alerta y vigilante, buscando señales, signos y posibles síntomas que pueden indicar una posible enfermedad, llevando a que la persona se encuentre más ansiosa (Espiridion et al., 2021). Además, se comienza a interesar más en escuchar y leer información, sobre alguna enfermedad o sobre los posibles síntomas. Los temas de conversación redundan sobre las enfermedades. Es característico que empiece a buscar información en las redes sociales y en internet respecto a sus síntomas.

Segunda fase

Esta fase se caracteriza por que la persona empieza a buscar ayuda. Considera que requiere de ayuda profesional, que le permita obtener calma y tranquilidad. 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, el paciente refuerza el empleo de dicho comportamiento y empieza a visitar más a su médico y hacer uso de los servicios de salud, consultorios, clínicas u hospitales. Se contactan con médicos, en su afán de tranquilizarse, buscan realizarse exámenes adicionales, busca más información en internet.

En esta fase se empieza a incrementar el estrés y la ansiedad ante la posibilidad de contraer o 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, y se intensifica la atención hacia sí mismo.

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 vigilante y prestar atención a las señales fisiológicas corporales normales que permiten el funcionamiento corporal tales como: movimientos peristálticos viscerales, movimientos intestinales, ritmo cardiaco, zumbidos, sudor corporal, contracciones musculares involuntarias como 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 o las señales de un cáncer. Aquí cabe señalar que la interpretación y el significado que le atribuye a las señales corporales empiezan a configurarse y tener una connotación negativa y catastrófica.

A esto se suma que empiezan a realizar cada vez con más frecuencia, comportamientos de comprobación y vigilancia del cuerpo. Esto inicialmente les trae calma y alivio, pero en la reiteración constante les genera ansiedad. Adicionalmente esta práctica les genera un incremento en la sensibilidad ante las señales corporales y mejora sus habilidades para percibir su cuerpo. De esta

Doi: 10.23823/vy5g1309

Received: 06 February 2025

Revised: 25 March 2025

Accepted: 12 April 2025

manera, ante una mínima señal reaccionan. Quieren 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 los lleva a que busquen información de manera constante y ritualizada, y que esta sea ahora 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, aunque 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. Sin embargo, 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, tienden a experimentarse de forma más intensa y de manera recurrente y repetitiva (Pascual – Vera y Belloch, 2018a; Martínez de Velasco et al., 2023). Se empieza a bloquear 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. Si la persona 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. Por ello, 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.

En esta fase hay una búsqueda constante de seguridad y aquí se dividen 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 la atención médica, eluden procedimientos quirúrgicos, y la atención sanitaria (Torales, 2017). Ya que 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 (Fernández-Chaves y Girón-García, 2022). Los pacientes que manifiestan evitación requerirán un tipo de abordaje y tratamiento específico centrado en el comportamiento evitativo y un tanto distinto al hipocondriaco.

Tercera fase

Al incrementarse la frecuencia y recurrencia de los comportamientos tanto de chequeo corporal, visitas médicas como de búsqueda de información, hace que se consoliden patrones de comportamiento, de cognición y percepción que son más característicos en esta fase. De esta manera, se consolida una atención distorsionada y selectiva respecto a la información sobre la salud y la

Doi: 10.23823/vy5g1309

Received: 06 February 2025

Revised: 25 March 2025

Accepted: 12 April 2025

enfermedad. Los síntomas físicos se hacen más evidentes. El incremento del ritmo cardíaco, o en los patrones respiratorios o la agitación, lleva a crear la confirmación de que efectivamente puede estar padeciendo alguna enfermedad, ante la evidencia que está experimentando. Repite el comportamiento llegando a establecer patrones más consolidados de los 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 más sensible a la persona, quien reacciona ante la mínima señal. Por ello, en esta fase la persona consolida la convicción de estar enferma y esta idea domina el pensamiento, presentando ideas recurrentes de padecer una grave enfermedad (Axelsson & Hedman-Lagerlöf, 2023). La convicción y la certeza de estar enferma se ha instaurado.

Estos patrones ahora más consolidados hacen que presenten 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. Este proceso lleva a que aumente su preocupación por padecer una enfermedad grave (Belloch et al., 2019). Establece una dinámica consigo mismo en la que presenta una percepción distorsionada e 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 realiza más comprobaciones.

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. Este estilo está caracterizado por una hipervigilancia corporal, alta sugestionabilidad, con un aumento en la atención sobre el cuerpo y en las sensaciones corporales. Así, las creencias distorsionadas respecto a la enfermedad se consolidan.

Todo conduce 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 se convierten en verdaderas obsesiones. Las visitas médicas se hacen más constantes que en la fase anterior con la característica de que pueden visitar a distintos especialistas (Martínez de Velasco et al., 2023). Este comportamiento se vuelve recurrente constituyéndose en un patrón comportamental de continuas y reiteradas visitas a los médicos para comparar opiniones e identificar incongruencias.

Esta estrategia que inicialmente los calma al conseguir ayuda y opinión médica, se cae en el tiempo, 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. Al tener la certeza de padecer una enfermedad, la dinámica en sus

visitas al médico varía. Pasaron de buscar prevenir y calmar sus temores o una posible enfermedad a confirmar la enfermedad que seguro padecen. Empiezan a sentir frustración al no encontrar una respuesta por parte del médico que confirme sus creencias y temores. Aumenta de esta manera la sensación de incapacidad, se pueden sentir inútiles para afrontar y manejar sus preocupaciones.

Cuarta fase

En esta fase, el paciente continúa con los comportamientos ritualizados, las comprobaciones, la búsqueda de información médica, la interpretación distorsionada de los signos corporales y las constantes visitas médicas. Los comportamientos se han incrementado, debido a que los patrones se han establecido. Este periodo se caracteriza por que las continuas y reiteradas visitas y exámenes médicos ya no le brindan tranquilidad, debido a que puede encontrar la evidencia en su cuerpo de que tiene una enfermedad que no está siendo diagnosticada pese a las opiniones médicas que le señalan lo contrario. Así mismo son cada vez más constantes las opiniones médicas y los exámenes clínicos que señalan que no padece ninguna enfermedad.

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. Esto lo lleva a realizar 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 un gran desgaste emocional. Su búsqueda no tiene éxito. Cuando consulta con los médicos, al no coincidir sus mensajes, observaciones, opiniones y prescripciones, tratar de encontrar un reaseguro le genera un clima de desconfianza.

Esta fase se caracteriza por que se llega 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 le genera frustración y resentimiento. Los pacientes hipocondríacos se sienten incomprendidos, consideran que los médicos no los entienden, llegando incluso a molestarse cuando los profesionales les demuestran con sus exámenes clínicos que no padecen ninguna enfermedad llegando a generarse una actitud de desconfianza hacia el personal médico (Starcevic, 2015).

Lo que inicialmente le brindaba tranquilidad y seguridad, ahora se ha convertido en un verdadero vía crucis, estructurándose una dinámica relacional particular con los médicos y los servicios de salud. Esta misma dinámica permanece en el tiempo constituyéndose en un patrón relacional, en la que se encuentran constantemente buscando y comparando opiniones médicas, estableciéndose una constante de visitas a los médicos, realización de exámenes, comparación de opiniones y descalificación. Para nuevamente empezar con el mismo patrón. Todo esto les genera cansancio, frustración, malestar y sufrimiento.

En un segundo momento en esta fase, ante las continuas opiniones médicas y exámenes clínicos que evidencian de que no padece ninguna enfermedad. 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.

La familia que inicialmente lo apoyaba empieza a darle la espalda, dejan de prestarle atención o simplemente manifiestan su molestia. Lo cual empieza a generar un desgaste en las relaciones familiares y la dinámica familiar. Ahora busca demostrar que todos están equivocados y que efectivamente sí tiene una enfermedad. Su actitud de lucha frente al mundo lo lleva a evitar y descalificar cualquier tipo de ayuda en los servicios de salud mental.

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. Este proceso lleva al deterioro de su vida familiar, afectiva, de pareja y laboral, aunado al incremento en los costos del tratamiento con graves consecuencias emocionales.

Abordaje terapéutico

Gracias al notable desarrollo de la psicoterapia acaecido en las últimas décadas, se sabe que las intervenciones psicoterapéuticas son efectivas en los tratamientos de la hipocondría o ansiedad por la enfermedad (Maas et al., 2020; Ceberio y De la Cruz, 2023). El abordaje terapéutico en hipocondría desde la psicoterapia breve cibernético constructivista pasa por identificar en el eje temporal la fase en la que se encuentra el consultante. Esto es importante ya que el abordaje no será igual con un consultante que se encuentra en la fase 1 o 2, que en uno que se encuentre en la fase 3 o en la 4, debido a la dinámica particular que se establece en cada fase y a la resistencia al cambio que genera (Ceberio, 2017). El abordaje terapéutico presenta una serie de estrategias y procedimientos que se siguen a lo largo de la intervención (De la cruz, 2022; De la Cruz, 2023a). En dicho proceso la generación y el establecimiento de la alianza terapéutica y el encuadre son muy importantes (Ceberio, 2020).

La intervención terapéutica empieza por identificar las soluciones intentadas fallidas que utiliza el consultante, la estrategia terapéutica busca cortar con el patrón recursivo que alimenta el problema. La primera solución intentada fallida tiene que ver con la búsqueda constante y repetitiva, por parte del consultante, de información en internet. Ante la preocupación o angustia que puede llegar a sentir por su salud, presenta la tendencia a buscar la información en internet sobre sus síntomas. Esta es una estrategia que le permite tranquilizarse. Sin embargo, la ingente información muchas veces contradictoria solo logra saturarlo, se llenan de angustia y miedo. Por lo que nuevamente ante la duda, la angustia vuelve y nuevamente buscan calmarse acudiendo a internet.

Una segunda solución intentada fallida son los continuos chequeos del cuerpo y rituales de comprobación corporal. Las personas hipocondriacas tienen la tendencia a chequear constantemente su cuerpo buscando encontrar alguna anomalía, un nuevo lugar, alguna nueva señal de una posible enfermedad. De esta manera establecen y repiten diariamente rituales de chequeo del cuerpo. Si bien logran calmarse en el corto plazo, muy rápidamente la duda y el miedo los vuelve a llenar de angustia. Entrando en un círculo vicioso de continuos chequeos corporales.

Una tercera solución intentada fallida está constituida por la visita constante a los distintos especialistas médicos y el uso intensivo de los servicios de salud. Las personas hipocondríacas tienen la tendencia reiterada de buscar ayuda médica, consultan constantemente a los profesionales de la salud y se llegan a someter a complejos exámenes clínicos ya sea con el afán de descartar y prevenir alguna posible enfermedad o para detectar alguna enfermedad que creen que ya tienen. Esto puede llevarlos a visitar a distintos especialistas médicos. Temporalmente los calma, pero la duda regresa con lo cual vuelven a repetir el ciclo recursivo, volviendo a visitar a los médicos y someterse a exámenes clínicos. Todo esto con el tiempo los llena de frustración y desgaste emocional.

La intervención terapéutica desde la psicoterapia breve busca como uno de sus objetivos romper el patrón de soluciones intentadas fallidas que está alimentando sus miedos e inseguridades (Nardone y Watzlawick, 2018; Ceberio, 2019; Ceberio y Rodríguez, 2020). De esta manera realiza prescripciones para cada una de las soluciones intentadas fallidas, que tienen por finalidad modificar el sistema perceptivo y reactivo del paciente hipocondríaco (Nardone y Milanese, 2019). De esta manera, las prescripciones -como facilitadoras de acciones- modifican las percepciones y cogniciones de la persona hipocondríaca en cada solución intentada. Rompiendo el círculo vicioso en el que se encuentran, mitigando la percepción de amenaza y miedo.

Estas prescripciones al desbloquear el síntoma hipocondríaco, adicionalmente permiten crear nuevos marcos semánticos y elementos cognitivos que posibiliten la construcción de una nueva realidad (Ceberio, 2019). Posteriormente las sesiones se focalizan sobre el desarrollo de capacidades, nuevos comportamientos, nuevos patrones de pensamiento y una mayor autonomía (De la cruz Gil, 2023a).

Entre las prescripciones que se utilizan tenemos: El ritual del chequeo corporal. El terapeuta prescribe al consultante que cada día deberá de buscar un momento y lugar adecuados 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.

Otra prescripción que se le brinda tiene por objetivo evitar que continuamente busque información en internet relacionada a una posible enfermedad. Se le prescribe directamente que evite buscar en internet por que si bien al principio buscar información sobre una posible enfermedad le causa calma y tranquilidad cada vez que lo hace paradójicamente incrementa su ansiedad y su angustia, entonces hasta la siguiente sesión deberá evitar hacer búsquedas en internet. Con esta prescripción se pretende romper el patrón cibernético que alimenta y mantiene el síntoma, relacionado con la búsqueda de información relacionada a la enfermedad.

Una siguiente prescripción para aquellos que no pueden evitar buscar en internet, se les indica:

“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 más 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”

Con estas prescripciones cortamos el patrón recursivo que alimenta el problema. Permitimos que el consultante poco a poco vaya dejando atrás los patrones interaccionales relacionados al síntoma. Otras técnicas empleadas son la hipnosis sin trance y la hipnosis con trance, la primera tiene por objetivo romper los patrones cognitivos relacionados con el síntoma hipocondríaco y la segunda se utiliza para el desarrollo de capacidades, recursos y el fortalecimiento de la autonomía. Con todas las técnicas se busca crear y fortalecer, capacidades y nuevos patrones cognitivos y relacionales, que le permitan su desarrollo personal, la autonomía y la autogestión emocional.

Conclusiones

El trastorno hipocondríaco o ansiedad por la enfermedad es un padecimiento complejo e invalidante que genera graves consecuencias a nivel emocional, familiar, social y económico. El sistema familiar a lo largo de su evolución presenta diversas experiencias relacionadas con la salud y la enfermedad. Cuando las experiencias han sido negativas, se van marcando en el sistema y en sus miembros, una epistemología familiar entorno a las enfermedades y la relación que tendrán respecto a la salud y la enfermedad.

Se construye en el sistema familiar una epistemología que lo hace vulnerable a las enfermedades, emocionalmente frágil y sensible respecto a padecer cualquier dolencia. El malestar y el miedo se apoderan de sus miembros, haciéndolos más sensibles a las enfermedades. Se construye también la percepción de incapacidad y falta de recursos personales para hacerle frente. El sistema familiar transmite a sus miembros estas creencias disfuncionales de una generación a otra, de esta manera sus integrantes se tornan más sensibles respecto a la salud y la enfermedad.

En el trastorno hipocondríaco, las personas buscan solucionar el problema, pero paradójicamente las soluciones que aplican agravan el problema. Entre las soluciones intentadas fallidas se encuentran la búsqueda constante y repetitiva de información sobre las señales y signos de posibles enfermedades. Los chequeos constantes y rituales de comprobación corporal. La búsqueda de reaseguro, es decir, la visita constante a los servicios médicos. Paradójicamente todo esto lejos de brindar calma alimenta el problema y los llena de angustia y miedo.

El trastorno hipocondríaco presenta un ciclo evolutivo en el que se construye y consolida. Su funcionamiento puede ser comprendido a partir de dichas fases y de las estrategias fallidas de solución. La psicoterapia breve sistémico-cibernetica presenta estrategias de abordaje e intervención de la hipocondría, siendo adecuada como modelo de tratamiento. Fundamentalmente

Doi: 10.23823/vy5g1309

Received: 06 February 2025

Revised: 25 March 2025

Accepted: 12 April 2025

las prescripciones de comportamiento inician un lento pero certero avance de romper con la sistematización y sostén de las fases. La creación de nuevas acciones y hábitos y la corrección de rituales con rituales, son parte de un formato que acerca a desestructurar cognitiva, emocional e interaccionalmente el cuadro.

Referencias Bibliográficas

- [1] Asociación Americana de Psiquiatría. (2013). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5*. Arlington: Asociación Americana de Psiquiatría.
- [2] Arnáez, 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>
- [3] Arnáez, S., García-Soriano, G., López-Santiago, J., &Belloch, A. (2021). Illness-related intrusive thoughts and illness anxiety disorder. *Psychology and psychotherapy*, 94(1), 63–80. <https://doi.org/10.1111/papt.12267>
- [4] 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>
- [5] Bartoli, S., y De la Cruz, R. (2023). Epistemología, historia y fundamentos de la Terapia Breve Estratégica. El Modelo de Giorgio Nardone. *Papeles del Psicólogo*, 44(1), 36-44. <https://doi.org/10.23923/pap.psicol.3009>
- [6] Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. International Universities Press.
- [7] Blackburn, J., Fischerauer, S. F., Talaei-Khoei, M., Chen, N. C., Oh, L. S., & Vranceanu, A. M. (2019). What are the Implications of Excessive Internet Searches for Medical Information by Orthopaedic Patients?. *Clinical orthopaedics and related research*, 477(12), 2665–2673. <https://doi.org/10.1097/CORR.0000000000000888>
- [8] Belloch, A., López-Santiago, J. y Arnáez, S. (2019). *Hipocondría: la ansiedad por la salud*. Síntesis.
- [9] Castellanos, S. (2015). Causas del deterioro emocional y de las relaciones personales, en una paciente hipocondríaca. *San Marcos*.
- [10] Ceberio, M. (2019). *Te cuento un cuento: El arte de las metáforas y los cuentos en psicoterapia*. Herder.

Doi: 10.23823/vy5g1309

Received: 06 February 2025

Revised: 25 March 2025

Accepted: 12 April 2025

- [11] Ceberio, M. R. (2017). Ecuación de resistencia al cambio. Aplicación de la escala de análisis de la resistencia al cambio como herramienta terapéutica. *Ciencias Psicológicas*, 11(1), 101-117.
- [12] Ceberio, Marcelo R. (2013) *Cenicientas y patitos feos. De la desvalorización personal a la buena autoestima*. Herder
- [13] 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.
- [14] 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. Recuperado a partir de <https://retosdelacienciaec.com/Revistas/index.php/retos/article/view/466>
- [15] Clark, D. A., & Beck, A. T. (2010). *Cognitive therapy of anxiety disorders: Science and practice*. Guilford Press.
- [16] De la Cruz, R. (2020). *Coaching y PNL para el desarrollo estratégico del Talento Humano*. Braincoaching.
- [17] De la Cruz, 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/s0718-50652021000100201>
- [18] De la Cruz, 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. <https://www.retosdelacienciaec.com/Revistas/index.php/retos/article/view/374>
- [19] 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/cienciaypsique.v1n1.5330>
- [20] De la Cruz Gil, R. (2023a). Abordaje e intervención terapéutica en psicoterapia breve cibernético -constructivista. *Revista Científica Retos de la Ciencia*. 7(15). 74-86. <https://retosdelacienciaec.com/Revistas/index.php/retos/article/view/465>
- [21] De la Cruz Gil, R. (2023b). Cibernética y causalidad aristotélica en la

Doi: 10.23823/vy5g1309

Received: 06 February 2025

Revised: 25 March 2025

Accepted: 12 April 2025

biología cognitiva de Humberto Maturana. *MAD*, (47), pp. 36–49.
 Recuperado a partir de
<https://revistamad.uchile.cl/index.php/RMAD/article/view/71661>

- [22] Espiridion, E. D., Fuchs, A., & Oladunjoye, A. O. (2021). Illness Anxiety Disorder: A Case Report and Brief Review of the Literature. *Cureus*, 13(1), e12897. <https://doi.org/10.7759/cureus.12897>
- [23] Fernández Chaves, A., y Girón García, S. (2022). Enfoque sistémico de los trastornos de ansiedad, a propósito de un caso de hipocondría. *Revista de la Federación de Asociaciones de Terapia Familiar MOSAICO*, (81), 7-28.
- [24] Kikas, K., Werner-Seidler, A., Upton, E., & Newby, J. (2024). Illness Anxiety Disorder: A Review of the Current Research and Future Directions. *Current psychiatry reports*, 26(7), 331–339. <https://doi.org/10.1007/s11920-024-01507-2>
- [25] Maass, U., Kühne, F., Maas, J., Unverdross, M., & Weck, F. (2020). Psychological interventions for health anxiety and somatic symptoms: A systematic review and meta-analysis. *Zeitschrift für Psychologie*, 228(2), 68–80. <https://doi.org/10.1027/2151-2604/a000400>
- [26] Martínez de Velasco, R., Picazo, J., Rodríguez, A., Álvarez-Mon, M.A. (2023). Actualización clínica de los trastornos de ansiedad, hipocondría y trastorno obsesivo compulsivo. *Medicine*, 84(13), 4929-4936. <https://doi.org/10.1016/j.med.2023.08.001>
- [27] Nardone, G. y Portelli, C. (2017). *Conocer a través del cambio: La evolución de la terapia breve estratégica*. Herder.
- [28] Nardone, G. y Watzlawick, P. (2018). *Terapia breve: filosofía y arte*. Herder.
- [29] Nardone, G. y Milanese, R. (2019). *El cambio estratégico. Cómo hacer que las personas cambien su modo de sentir y actuar*. Herder.
- [30] 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. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2017.07.010>
- [31] Organización Mundial de la Salud. (2018). *CIE-11. Clasificación Internacional de las Enfermedades* (11 ed.). <https://icd.who.int/es>
- [32] Pascual-Vera, B., y Belloch, A. (2018a). El carácter transdiagnóstico de las intrusiones mentales: una revisión y una propuesta basada en datos. *Revista De Psicopatología y Psicología Clínica*, 23(2), 135–147.

Doi: 10.23823/vy5g1309

Received: 06 February 2025

Revised: 25 March 2025

Accepted: 12 April 2025

<https://doi.org/10.5944/rppc.vol.23.num.2.2018.20738>

- [33] Pascual-Vera, B., y Belloch, A. (2018b). Functional links of obsessive, dysmorphic, hypochondrias and eating-disorders related mental intrusions. *International journal of clinical and health psychology*, 18(1).43-51. <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2017.09.001>
- [34] Pascual-Vera, B., & Belloch, A. (2022). Dysmorphic and illness anxiety-related unwanted intrusive thoughts in individuals with obsessive-compulsive disorder. *Clinical psychology & psychotherapy*, 29(1), 313–327. <https://doi.org/10.1002/cpp.2636>
- [35] Rodríguez Ceberio, M. (2020). ¿Y dónde está 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>
- [36] Rodríguez Ceberio, M. (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>
- [37] Roth-Rawald, J., Maaß, U., Mai, S., & Weck, F. (2023). Exposure therapy for health anxiety: Effectiveness and response rates in routine care of an outpatient clinic. *Journal of clinical psychology*, 79(12), 2884–2898. <https://doi.org/10.1002/jclp.23587>
- [38] Scarella, T. M., Laferton, J. A., Ahern, D. K., Fallon, B. A., y Barsky, A. (2016). The relationship of hypochondriasis to anxiety, depressive, and somatoform disorders. *Psychosomatics*, 57(2), 200-207. <https://doi.org/10.1016/j.psych.2015.10.006>
- [39] Scarella, T. M., Boland, R. J., & Barsky, A. J. (2019). Illness Anxiety Disorder: Psychopathology, Epidemiology, Clinical Characteristics, and Treatment. *Psychosomatic medicine*, 81(5), 398–407. <https://doi.org/10.1097/PSY.0000000000000691>
- [40] Starcevic, V. (2015). Hypochondriasis: treatment options for a diagnostic quagmire. *Australasian Psychiatry*, 23(4), 369-373. <https://doi.org/10.1177/1039856215587234>
- [41] Torales, J. (2017). ¡Ayúdeme doctor, estoy muy enfermo! Una actualización de la clásica hipocondría al vigente trastorno de ansiedad por enfermedad. *Revista Virtual de la Sociedad Paraguaya de Medicina Interna*, 4(1), 77-86.
- [42] Storer, B., Holden, M., Kershaw, K. A., Braund, T. A., Chakouch, C., Coleshill, M. J., Haffar, S., Harvey, S., Sicouri, G., Newby, J., & Murphy, M. (2025). Global Prevalence of Anxiety in Gastroenterology and Hepatology

Doi: 10.23823/vy5g1309

Received: 06 February 2025

Revised: 25 March 2025

Accepted: 12 April 2025

Outpatients: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Current Gastroenterology Reports*, 27(1), 17.

<https://doi.org/10.1007/s11894-025-00963-x>

[43] Tyrer P. (2018). Recent Advances in the Understanding and Treatment of Health Anxiety. *Current psychiatry reports*, 20(7), 49.

<https://doi.org/10.1007/s11920-018-0912-0>

[44] Tyrer, P., Cooper, S., Tyrer, H., Wang, D., & Bassett, P. (2019). Increase in the prevalence of health anxiety in medical clinics: Possible cyberchondria. *The International journal of social psychiatry*, 65(7-8), 566–569. <https://doi.org/10.1177/0020764019866231>