

## Caso clínico

### Trastorno hipocondríaco

Romina Vanesa Pastorelli<sup>1\*</sup>, Sara María Bañón González<sup>2</sup>, Amanda Trigo Campoy<sup>3</sup>,  
Julia Martín Carballada<sup>4</sup>, José Víctor González Vallejo<sup>5</sup>.

#### Resumen

La hipocondría se caracteriza por la presencia de una preocupación generalizada y no delirante, con temor a llegar a tener una enfermedad grave basada en la interpretación errónea de los síntomas corporales. Presenta manifestaciones clínicas comunes a múltiples patologías psiquiátricas, como la ansiedad, el miedo y los síntomas somáticos; Además de conductas compensatorias basadas en la búsqueda de explicaciones médicas que confirmen los temores, logrando una tranquilidad transitoria ante los resultados normales. Se provoca de este modo un deterioro de la relación médico-paciente llegando en muchos casos a la yatrogénia y provocando gastos de recursos sanitarios tales como procedimientos diagnósticos y terapéuticos inadecuados, hospitalizaciones innecesarias, absentismo laboral, etc. El objetivo de esta revisión es definir a través de un caso clínico, los diagnósticos diferenciales y conocer los diversos enfoques terapéuticos que ayuden al paciente controlar mejor sus síntomas y atenuar el sufrimiento que estos suscitan.

Recibido: 01/12/2010 – Aceptado: 17/12/2010 – Publicado: 18/11/2011

\* Correspondencia: [rominapastorelli@hotmail.com](mailto:rominapastorelli@hotmail.com)  
<sup>1,2,3,4y5</sup> Hospital general universitario de Móstoles

## **Caso clínico**

### Motivo de consulta

Mujer de 39 años remitida por medico de atención primaria por trastorno depresivo- ansioso.

### Antecedentes personales

#### *Somáticos*

NAMC.

Obesidad

Intervenida quirúrgicamente de:

Colecistectomía hace 10 años

Cesárea en dos ocasiones

No otros antecedentes medico-quirúrgicos de interés

#### *Tóxicos*

No refiere consumo de tóxicos

#### *Psiquiátricos*

Inicia tratamiento psiquiátricos dos años atrás por trastorno de ansiedad, con Sertralina 100mg y Alapryl 40mg (Halazepam) 0-0-1. Tras dos meses de de seguimiento y tratamiento, abandona.

Se diagnostica Trastorno de ansiedad, posible Trastorno hipocondríaco, Rasgos anarcásticos de personalidad.

#### *Antecedentes familiares psiquiátricos*

No refiere

#### *Biográficos*

Paciente natural de Madrid. Parto y desarrollo psicomotor normal. Infancia: la refiere como normal. Casada desde hace 9 años. Tiene dos hijas de nueve y tres años. Es la mayor de una fratría de tres hermanas. Una de ellas con antecedentes de obesidad. Relata una adolescencia

con buen rendimiento académico, consigue la licenciatura de Auxiliar de Administrativo. A la edad de 25 años comienza a trabajar en una tienda de dependienta en la que continua hasta la actualidad. Mantiene buenas relaciones sociales. En el ámbito familiar verbaliza buena comunicación.

Su padre fue diagnosticado de una enfermedad terminal hace años atrás, por lo cual requiere cuidados especiales, proporcionados fundamentalmente por su madre con colaboración de la paciente y sus hermanas.

La paciente se define como una persona alegre, sociable, simpática pero muy nerviosa e impaciente.

### Enfermedad actual

Paciente derivada por médico de atención primaria por cuadro depresivo-ansioso, con llanto, falta de deseo sexual, crisis de ansiedad, mareos y sensación de opresión en el pecho.

La misma relata que desde hace dos años comenzó a padecer crisis de ansiedad caracterizadas por miedo inexplicable, sudoración, llanto, mal estar general, temblores. Comenta periodos de mayor frecuencia, llegando a tener crisis tres días seguidos, y otros con ausencia total de las mismas.

Relaciona el inicio de los síntomas con el fallecimiento de su abuela y las complicaciones quirúrgicas que padeció su hermana tras una intervención de cirugía bariátrica, debido a lo cual requirió quince días de ingreso en UCI.

Había iniciado tratamiento psiquiátrico en ese momento, que posteriormente abandona, al no notar cambios en su estado clínico, según refiere.

En los últimos meses a raíz de una enfermedad terminal metastásica que diagnosticaron a su padre, refiere que se encuentra peor, las crisis aumentaron de frecuencia, tiene tendencia al llanto, se siente peor especialmente cuando esta sola, ya que se obsesiona que va a padecer ella también una enfermedad “tengo miedo que me pueda pasar a mí”.

Esto ocasiona que evite ir a ver a su padre enfermo y cualquier situación que se relacione con el tema salud, por ejemplo acompañar a su hija al pediatra o al hospital, etc.

Verbaliza que este verano se tendría que haber operado de cirugía bariátrica como su hermana y en la puerta del quirófano padeció una crisis de ansiedad por lo cual debieron suspender la cirugía “tenía miedo que me pase lo mismo a mí”.

En el día de hoy al venir al oftalmólogo acompañando a su marido, presentó una nueva crisis de ansiedad en la sala de espera, por lo cual fue derivada de modo preferente a la consulta de psiquiatría, tras ser evaluada por Medicina Interna.

### Exploración psicopatológica

Consciente y orientada en tiempo y espacio. Atenta, colaboradora, irritable. Animo oscilante, ansiedad basal elevada, con exacerbaciones anticipatoriamente en situaciones relacionadas a temas o áreas de salud. (Enfermedad, hospitales, etc.). Discurso adecuado y coherente en forma y contenido con pensamientos persistentes en tópicos preocupaciones por padecer

enfermedades. Hace crítica de sus pensamientos, los reconoce como exagerados. Le ocasionan ciertas limitaciones en la vida cotidiana. Conductas de evitación. Hiperfagia por ansiedad. No alteraciones del sueño. Juicio de la realidad conservado. Conciencia de enfermedad.

### Evolución y tratamiento

Desde el inicio de las entrevistas se inicia el tratamiento con Fluvoxamina 100 mg 1-1-0 y Lorazepam 1 mg 1-0-1 y se imparten medidas conductuales de exposición paulatina a situaciones que desencadenaban las crisis de ansiedad y se busca clarificar las situaciones vitales que provocan en la paciente conflicto interno.

A lo largo del tiempo la paciente mejora su estado de ánimo, cede su ansiedad y logra acudir a ver a su padre enfermo como también a los hospitales sin perder el control de la situación. Aunque reconoce que en algunas ocasiones, se siente más nerviosa en relación a sus preocupaciones, sin que estas le provoquen grandes limitaciones.

### Pruebas complementarias

**Bioquímica:** Sin alteraciones significativas.

**Serologías:** hepatitis, sífilis y VIH negativos.

**Hemograma y coagulación:** Sin alteraciones significativas.

**E.C.G.:** sin alteraciones.

**Orina:** Sin alteraciones.

**Tóxicos en orina:** negativos para cocaína, anfetaminas, benzodiazepinas, barbitúricos, cannabis y antidepresivos tricíclicos.

### Diagnóstico diferencial

#### **Trastorno Hipocondríaco**

#### **Trastorno de ansiedad**

Crisis de pánico

Fobia situacional

Trastorno de ansiedad generalizada

#### **Trastorno depresivo**

### Juicio clínico (3):

Eje I: Fobia situacional (nosofobia).

Eje II: Predominio de rasgos obsesivos de personalidad

Eje III: E00-E90

Eje IV: Problemas relativos al grupo primario de apoyo

Eje V: EEAG: 70

## **Trastorno hipocondríaco**

### Introducción

La hipocondría pertenece a un grupo de trastornos que se sitúan en la frontera entre la psiquiatría y la medicina, en los cuales la sintomatología presente es gestada e influida por factores psicológicos (1). Los síntomas físicos implicados pueden ser sensaciones corporales normales, percepción aumentada del funcionamiento fisiológico, o bien concomitantes somático de las emociones. El paciente reacciona con alarma ante cualquier signo indicativo de enfermedad, observando constantemente el funcionamiento de su cuerpo.

### Definiciones

#### *Somatización*

El término somatización:

1-Se uso clásicamente para describir un proceso subconsciente por el que el individuo traducía su malestar emocional en quejas somáticas, apareciendo una serie de síntomas o signos físicos, de intensidad suficiente para ser considerados clínicamente, y para los que no existía una justificación médica, por lo que se les suponía un sustrato psicológico. Steckel la definió como una neurosis arraigada que producía síntomas corporales (1).

2-Siguiendo las tendencias empíricas que predominan en la psiquiatría, el concepto de somatización ha sido modificado. Por ejemplo Lipowski (1988) propuso definirla como: «La tendencia a experimentar y comunicar síntomas somáticos que no se explican por hallazgos patológicos, atribuidos a enfermedades físicas, y buscar ayuda médica para los mismos» (1).

3-Actualmente se entiende que corresponde a una expresión de malestar psicosocial culturalmente consentido (Katon y cols, 1984; Kleiman, 1986) (2).

#### *Mecanismos Fisiopatológicos*

Comprender y conocer los mecanismos fisiológicos, además de lo psicológicos asociados a la somatización ayuda tanto al paciente como al médico a no albergar un pensamiento dualista del tipo “mente-cuerpo” (que a menudo acaba traduciéndose en una concepción estigmatizada de síntomas “imaginarios” frente a “reales”) y a desarrollar una alianza terapéutica (2). Algunos mecanismos se resumen a continuación:

#### *Mecanismos fisiológicos*

Activación autónoma

Tensión muscular

Hiperventilación

Cambios vasculares

Procesamiento de la información cerebral

Efectos fisiológicos de la falta de actividad

Alteración del sueño

#### *Mecanismos psicológicos*

Factores de percepción

Creencias

Estado de ánimo

Factores de la personalidad

#### *Mecanismos interpersonales*

Refuerzo de familiares y amigos

Sistema sanitario

Sistema de discapacidad

#### *Factores genéticos*

Cabe destacar que los trastornos de somatización y somatomorfos parecen tener un componente genético, pero no hay estudios concluyentes al respecto.

### **Trastorno somatomorfo**

El término se usó por primera vez en el **DSM-III** para referirse a un grupo heterogéneo de pacientes, cuya clasificación resultaba problemática tras la supresión del epígrafe «**neurosis**» (3).

Lo define como “síntomas físicos no explicables por enfermedades o mecanismos fisiopatológicos conocidos y por la fuerte presunción de que están vinculados a factores psicológicos”.

Tenía pobre validez conceptual:

- 1-Por englobar síntomas comunes a los trastornos de angustia, o del ánimo, o simulación.
- 2-Por asumir tácitamente hipótesis psicogenéticas psicoanalíticas.

### Concepto actual

Los trastornos somatomorfos son un grupo de enfermedades psiquiátricas que se caracterizan por pacientes que tienden a insistir reiteradamente en la presencia de síntomas físicos como dolor, náusea, depresión, vértigo o lesiones, pero niegan tener problemas psiquiátricos, acompañado de demandas persistentes de exámenes y pruebas diagnósticas a pesar de que los hallazgos continuamente resultan negativos y de la garantía de los tratantes que los síntomas no tienen justificación orgánica. La sensación física reportada por los pacientes con trastornos somatomorfos no es ficticia o inventada, es sintomatología real que no tiene explicación o causa física (3).

### Clasificaciones (CIE-10 y DSM-IV)

Las clasificaciones actuales en las nosotaxias CIE-10 y DSM-IV, muestran las correspondencias aproximadas de cada categoría y distinciones en ciertos puntos.

1. La CIE-10 incluye los trastornos conversivos en el apartado de los trastornos disociativos (y conserva, de este modo, el nicho conceptual de la histeria clásica algunos estudios actuales sostienen la realidad clínica esta decisión). El DSM-IV incluye el trastorno conversivo como uno de los trastornos somatomorfos.
2. La CIE-10 incluye un apartado sobre disfunciones vegetativas somatomorfas que no existe en el DSM-IV (si se utiliza esta clasificación en los pacientes habrían de incluirse en el apartado trastorno somatomorfo indiferenciado o en otros).
3. La CIE-10 concibe el trastorno dismórfico corporal como un subtipo de hipocondría, en vez de como una categoría diagnóstica diferente, como hace el DSM-IV.
4. La CIE-10 acepta una categoría relacionada con la neurastenia clásica en un apartado diferente de los trastornos somatomorfos. La neurastenia no se contempla en el DSM-IV (3).

<b>Clasificación de trastornos somatomorfos en la CIE-10 y en el DSM-IV</b>	
<b>Trastornos somatomorfos - CIE-10</b>	<b>Trastornos somatomorfos - DSM-IV</b>
F45.0 Trastorno por somatización	Trastorno por somatización
F45.1 Trastorno somatomorfo indiferenciado	Trastorno somatomorfo indiferenciado
F45.2 Trastorno hipocondríaco	Hipocondría
F45.3 Disfunción vegetativa somatomorfa	No existen (incluidos en F45.1 TS indiferenciado)
F45.30 Corazón y cardiovascular	No existen (incluidos en F45.1 TS indiferenciado)
F45.31 Tracto digestivo alto	No existen (incluidos en F45.1 TS indiferenciado)
F45.32 Tracto digestivo bajo	No existen (incluidos en F45.1 TS indiferenciado)
F45.33 Respiratorio	No existen (incluidos en F45.1 TS indiferenciado)
F45.34 Urogenital	No existen (incluidos en F45.1 TS indiferenciado)
F45.38 Otros	No existen (incluidos en F45.1 TS indiferenciado)



F45.4 Trastorno por dolor somatomorfo persistente	Trastorno por dolor
F45.8 Otros trastornos somatomorfos	No existe
F45.9 Trastornos somatomorfo sin especificar	Trastorno somatomorfo no especificado
Incluida en F44 (trastornos disociativos)	Trastorno somatomorfo por conversión
Incluidos en F45.2 (hipocondría)	Trastorno dismorfo corporal

## **Trastorno hipocondríaco**

### Definición

La palabra deriva **del griego/ hipocondrio** significa: «debajo del cartílago», hace referencia a la zona situada debajo de las costillas falsas. Para los griegos era una afección somática, que afectaba a los órganos abdominales.

Sydenhám 1697 (sobre conceptos elaborados por Smollius a principios del siglo XVII) la propuso como forma masculina de la histeria.

Principios del siglo XX se asoció a la neurastenia y a la histeria, y fue definida por Gillespie como una enfermedad sui generis (con características propias) como: parestesias, preocupación del paciente con su función corporal, convicción de estar enfermo, rechazo de la negación médica de su enfermedad y ausencia de respuesta a la psicoterapia. (3)

Actualmente la hipocondría se define por la presencia, durante seis meses o más, de una preocupación generalizada y no delirante, con temor a llegar a tener (o la idea de que se tiene) una enfermedad grave basada en la interpretación errónea de los síntomas corporales. Esta preocupación produce un sufrimiento y una disfunción significativos en la propia vida y no puede explicarse por la presencia de otro trastorno psiquiátrico o médico, y un subconjunto de personas con hipocondría tiene una percepción escasa de la presencia de este trastorno (4).

Se ha descrito un tipo de Hipocondría Secundaria (es decir, que se desarrolla en el contexto de otro trastorno psiquiátrico del Eje 1, un nivel de estrés importante o un trastorno médico).

### Clasificación de trastorno hipocondríaco (2)

#### HIPOCONDRIA PRIMARIA

Hipocondría DSM-VI

Delirante

Trastorno dismorfofóbico corporal

Delirio de parasitación

Síndrome de referencia olfatorio

## HIPOCONDRIA SECUNDARIA

### *A trastornos psiquiátricos*

Depresión mayor

Trastorno de angustia

Trastorno de ansiedad generalizada

Esquizofrenia

### *A sucesos vitales*

Sucesos vitales mayores

Reacción al duelo

En allegados o cuidadores de moribundos

En estudiantes de medicina

### *A trastornos médicos*

Enfermedad terminal

Recuperación tras enfermedad que amenaza la vida

## Rasgos básicos de la hipocondría (3)

### *Tipo de ansiedad*

Similar a la de otros trastornos de ansiedad. El núcleo esencial es la reacción al temor y preocupación ante la presencia de síntomas somáticos diversos.

### *Tipo de cognición*

Interpretación errónea de sus síntomas como señal de una enfermedad grave.

### *Conductas compensatorias*

El paciente busca o exige exploraciones y exploraciones médicas que confirmen sus temores, y no se tranquiliza más que transitoriamente por unos resultados normales.

#### *Curso clínico*

Crónico-recidivante (en el 50 % de los casos) Cada «episodio» suele durar varios meses y la ansiedad oscila en función de la realización de pruebas, visitas a médicos, aparición de nuevos síntomas, etc. La ansiedad es bastante resistente a las conductas de compensación.

#### *Características epidemiológicas*

No se han realizado estudios a grandes escalas.

Tasas de prevalencia en población general 1-5%.

Tasas de prevalencia obtenidas en muestras de contextos médicos y psiquiátricos (3-13%). Son muy variables (2).

Tasas de prevalencia en pacientes médicos ambulatorios (4-6 %).

El 3 % de los estudiantes de medicina presenta síntomas hipocondríacos (en general transitorios).

Igual afectación por sexos.

Comienzo en gente joven. (Entre 20 años y 30 años)

No hay modificación de la sintomatología con la edad.

No hay diferencias en función de clase social, educación o estado civil (5).

#### *Etiología (5):*

Existen varias teorías que explicarían los síntomas de la hipocondría:

#### Primera teoría

##### *Modelo cognitivo conductual*

Propone que las personas con hipocondría:

1-Aumentan y amplifican sus sensaciones somáticas

2-Tiene umbrales bajos para el malestar físico y escasa tolerancia a este. Ejemplo: en vez de presión abdominal sienten dolor abdominal

3-Tienen ideas sobrevaloradas, cargadas con un sentido emocional y no racional sin ser

modificables por la prueba de la realidad.

Existe una disociación entre los mecanismos racionales y emocionales.

**-Racionalmente** saben que el médico ya les ha explorado y examinado a conciencia y que le ha encontrado básicamente sano.

**-Emocionalmente** sienten que la ansiedad está todavía ahí y que por tanto algo malo debe estar ocurriendo a pesar de todo (disociación se ha explicado para TOC).

La emocional sería responsable del **fenómeno de amplificación sensorial** o de la aparición de los síntomas a través de la activación del sistema nervioso vegetativo, por la vía hipotalámica, tras la activación-amigdalina persistente y anormal.

### Segunda teoría

#### *Modelo de aprendizaje social*

Manifiesta que:

- 1- La somatización puede ser la única vía de comunicación en individuos socialmente desfavorecidos.
- 2- El estigma asociado al malestar psiquiátrico puede contribuir a un factor potente que lleva a la somatización.
- 3- Las enfermedades orgánicas o físicas se consideran más reales y menos reprobables que los trastornos psiquiátricos.
- 4- Los síntomas se consideran como una capacidad de reconocimiento del papel de enfermo realizada en una persona que se enfrenta a problemas aparentemente insuperables y sin solución.
- 5- El papel de enfermo le proporciona una vía de escape para evitar compromisos dolorosos y obligaciones habituales.

### Tercera teoría:

#### *Manifestación encubierta de una enfermedad psiquiátrica*

Sugiere que la hipocondría es una forma alternativa de otros trastornos mentales; entre ellas los trastornos depresivos y los trastornos de ansiedad.

Se calcula que 80 % puede tener trastornos depresivos o de ansiedad concomitantes.

### Cuarta teoría:

### *Modelo psicoanalítico*

1-En la hipocondría los deseos agresivos y hostiles hacia las demás son transferidos (mediante represión y desplazamiento) a quejas físicas, de forma que el sujeto no necesitaría confrontar de un modo consciente sus impulsos inaceptables.

La ira tiene su origen en decepciones, rechazos del pasado, pero en el presente las pacientes la expresan solicitando la ayuda e incitando la preocupación de las personas para luego rechazarlas por ser ineficaces.

Proponen el concepto de **alexitimia** como pobreza o dificultad en expresar de forma verbal los sentimientos como consecuencia de un déficit del procesamiento cognitivo y de la regulación de las emociones.

2- Características de la personalidad como la capacidad de introspección (tendencia a pensar en uno mismo) se asocia a mayor manifestación de síntomas, malestar físico y psíquico. Estos actúan como una defensa contra los sentimientos de culpa, una malignidad innata, una expresión de escasa autoestima y un signo de excesiva preocupación por uno mismo.

De este modo, el dolor y el sufrimiento somático se convierten en una medida de redención y expiación (deshacer), y puede experimentarse como un merecido castigo por maldades pasadas (reales o imaginarias) y por el sentimiento de ser pecaminoso.

### Curso evolutivo

Suele comenzar en el adulto joven, siendo raro su inicio tardío, aunque en la ancianidad suelen aparecer manifestaciones hipocondríacas en relación con otros procesos frecuentes en esa edad (depresión, demencias, etc.).

Es un trastorno habitualmente persistente que evoluciona de formas variables con períodos de agudización y de atenuación de los síntomas clínicos.

Como ya se mencionó anteriormente la evolución de la hipocondría suele ser episódica y pueden tener una duración de meses o años, separados por períodos de inactividad igualmente prolongados.

Los períodos de agravamiento aparecen ante situaciones estresantes de diversa índole pero especialmente ante aquellas en las cuales es confrontado con la enfermedad de una forma próxima (3):

- Por padecer realmente un trastorno.
- Por ser testigo de una enfermedad de carácter grave o maligno en algún familiar o amigo.
- Por obtener información de aspectos concretos de una enfermedad a través de los medios de comunicación.

Se desencadena una agudización de los síntomas de ansiedad y que buscar inmediatamente ayuda y apoyo en exploraciones médicas.

Las relaciones interpersonales suelen deteriorarse por las preocupaciones que el individuo tiene de su enfermedad. La actividad laboral con frecuencia puede estar comprometida, por el tiempo

que el paciente le quita al trabajo y por los bajos rendimientos cuando esta trabajando, preocupado por su enfermedad (2).

A pesar de que no se han publicado resultados de estudios adecuados y de un tamaño suficiente, se ha estimado que entre un tercio y la mitad de los casos con hipocondría llega a mejorar su funcionamiento a lo largo de 4-5 años (7).

La mayoría de los niños con hipocondría se recuperan en la adolescencia o en las primeras fases de la vida adulta (5).

*Se asocian a un buen pronóstico:*

- El inicio súbito de los síntomas
- La respuesta al tratamiento de la ansiedad o depresión
- La existencia de una buena situación socioeconómica
- La ausencia de un trastorno de la personalidad
- La ausencia de una afección médica no psiquiátrica relacionada (5).

### Comorbilidad

Las tasas de comorbilidad en la hipocondría son bastante elevadas, los trastornos comórbidos más frecuentes son:

-Trastornos de ansiedad, incluyendo entre éstos de forma particular al trastorno angustia con agorafobia, el trastorno de ansiedad generalizada, las fobias específicas y el trastorno obsesivos-compulsivo.

-Distimia.

-Trastorno depresivo mayor, ofrece tasas de comorbilidad en torno al 62 %.

-Trastornos de somatización, con una superposición hasta del 90 % de casos con hipocondría. A la vez que un tercio de los pacientes con trastorno de somatización presentaban al mismo tiempo hipocondría.

### Evaluación y diagnóstico

Las criterios para el diagnóstico de hipocondría del DSM IV exigen que los pacientes estén preocupados por la falsa creencia de que tienen una enfermedad grave, basada en su interpretación errónea de signos o sensaciones físicas, debe durar al menos 6 meses, a pesar de la ausencia de hallazgos patológicos y de las exploraciones medicas y neurológicas (4).

El diagnóstico es difícil y requiere habilidades especiales para la entrevista siendo importante (2):

### 1-Construcción de una alianza con el paciente

La fase inicial de la evaluación debería dirigirse a la anamnesis de los síntomas físicos y permitir al paciente que explique en detalle sus síntomas físicos, esto lo tranquiliza porque advierte que éstos son tomados en serio, lo que ayuda enormemente en las fases posteriores de la evaluación proceso de tratamiento.

### 2- Colaboración con el médico que efectúa la derivación

La colaboración con el médico que solicita la consulta es fundamental para conocer claramente el motivo de la derivación y qué se le ha explicado al paciente sobre ella.

### 3-Revisión de las historias médicas

El psiquiatra debe revisar las historias médicas antes de la consulta para decidir cómo abordar al paciente. Conocer su historia fomenta la alianza terapéutica.

Debe dejarse por escrito el tipo, el número y la frecuencia de los síntomas del paciente, así como los comentarios sobre su actitud previa hacia los síntomas y su conducta.

### 4-Recabar información colateral de familiares y amigos

Es importante para la evaluación correcta de la capacidad funcional y los factores estresantes psicosociales presentes y pasados.

### 5-Efectuar una exploración psiquiátrica y un examen del estado mental

Además de las observaciones psiquiátricas habituales debería incluir:

-Observaciones de conducta de enfermedad anormal, amplificación de síntomas, y la naturaleza de la descripción que hace de sus síntomas.

-Evaluar qué piensa el paciente sobre el significado, la causa, las implicaciones y la relevancia de sus síntomas, así como la respuesta emocional ante su situación.

-Registrar los síntomas y sensaciones diarias.

-Cómo recabar información:

¿Por qué fue al especialista?

¿Considera que las exploraciones fueron suficientes?

¿Se quedó tranquilo?

¿Cuándo empezó a preocuparse de nuevo? ¿Qué ocurrió? ¿Qué decidió?

¿Perdió la confianza en el médico?

## 6-Efectuar una exploración física

La exploración física del paciente permite establecer un diagnóstico más fiable que un diagnóstico por exclusión, ya que este último siempre lleva una duda implícita. Se diagnosticara un trastorno hipocondríaco solo cuando la exploración ha confirmado el funcionamiento normal del sistema que se esta estudiando.

## Diagnóstico diferencial

### 1-Enfermedades médicas y preocupaciones normales

Es necesario distinguir en primer lugar la hipocondría de las preocupaciones normales por estar enfermo, que cede al conocer los resultados negativos de las exploraciones medicas, así como la preocupación que tiene un individuo de padecer realmente enfermedades medicas conocidas y graves.

### 2- Trastorno Somatomorfo (3)

#### *Trastorno de somatización*

El diagnóstico diferencial con el trastorno de somatización no recae tanto en los síntomas, que son muy similares, sino en la preocupación y el miedo que los mismos suscitan en el paciente, mientras en el de somatización lo aparente y destacado son los síntomas múltiples que presenta. Además generalmente los pacientes con hipocondría se quejan de menos síntomas.

El trastorno de somatización normalmente comienza antes de los 30 años y tiene una distribución similar en ambos sexos, mientras que la hipocondría tiene una edad de inicio menos específica, siendo más probable que los pacientes sean mujeres.

<b>Trastorno Hipocondríaco</b>	<b>Trastorno de Somatización</b>
Los síntomas son iguales en ambos	
Sobresale el miedo y la preocupación	Sobresale la presencia de síntomas múltiples
Se quejan de menos síntomas	Se quejan de muchos síntomas
Edad de inicio menos específica	Comienza antes de los 30 años
Mas frecuente en mujeres	Similar en ambos sexos

#### *Trastorno dismórfico corporal*



Mientras que en la hipocondría la preocupación se centra en torno a unos síntomas percibidos por el paciente y una situación de riesgo vital en la dismorfofobia es en torno a ciertos aspectos de la imagen, que se vivencian como deformados y con miedo al rechazo social,

En la primera la focalización incrementa a través de la activación vegetativa los propios síntomas, en la segunda este tipo de mecanismo no se produce.

Los pacientes con trastorno dismorfofóbico corporal desean

Parecer normales, pero creen que los demás se dan cuenta de que no lo son, mientras que los hipocondríacos quieren que se preste atención a sus supuestas enfermedades.

<b>Trastorno hipocondríaco</b>	<b>Trastorno dismórfico corporal</b>
Preocupación por varios síntomas percibidos y riesgo vital	Preocupación por aspecto de la imagen con miedo al rechazo social
Activación de síntomas vegetativo	No activación de síntomas vegetativos
Desean parecer normales	Desean parecer enfermos

#### *Trastorno de conversión*

Es agudo y, generalmente, temporal, y suele estar más relacionado con un síntoma que con una enfermedad concreta.

#### *Trastorno por dolor crónico*

Similar a la hipocondría pero los síntomas se limitan a quejas de dolor.

### 3-Trastornos Depresivos

Los aspectos diferenciales de la preocupación hipocondríaca respecto a la rumiación depresiva radica sobre todo en el acompañamiento sintomático múltiple presente en la depresión y que suele faltaren la hipocondría (anhedonia, cansancio, pérdida de atención, insomnio; anorexia, descenso de la libido, etc.).

<b>Transtornos Hipocondríacos</b>	<b>Transtornos Depresivos</b>
NO apatía, anhedonia, anergia etc	SI apatía, anhedonia, anergia etc

### 4-Trastornos de ideas delirantes

Si bien en el DSM-IV se admite una forma con poca conciencia de enfermedad, uno de sus

criterios específica que la creencia de padecer una enfermedad es de tipo delirante.

Es decir la presencia de una convicción absoluta, acompañada de resistencia a las explicaciones racionales, así como de otras manifestaciones de tipo psicótico, sugiere la presencia del trastorno delirante, cuya naturaleza es muy distinta

#### 5-Trastornos Facticios con síntomas físicos y de la simulación

Los pacientes hipocondríacos experimentan realmente los síntomas que declaran y no los simulan

#### 6-Trastornos de ansiedad (1)

##### *Nosofobia*

La nosofobia es más frecuente en mujeres, con la excepción de la centrada en síntomas cardíacos (cardiofobia), que es más frecuente en varones.

Existe un miedo a las enfermedades que suele llevar a las conductas de evitación de las consultas médicas, incluso evitan hablar o pensar en los problema relacionados a las enfermedades, mientras en la hipocondría el paciente siente un cierto «morbo» no exento de angustia, en torno a los síntomas médicos o las manifestaciones de otros enfermos en la nosofobia, se evita al máximo saber o conocer de otros síntomas. Desde un punto de vista psicopatológico son trastornos contrapuestos

<b>Trastornos Hipocondríaco</b>	<b>Nosofobia</b>
Cierto morbo por las enfermedades	Evita al máximo conocer o saber de síntomas y enfermedades

##### *Trastorno de angustia (TA)*

Preocupación por la presencia de crisis vegetativas intensas, acompañadas de la sensación de miedo, que el paciente interpreta como una enfermedad aguda (ataque cardíaco o cerebral)

El paciente evita aquellas circunstancias externas que puede asociar con la aparición de las crisis.

Síntomas de predominio cognitivo como dificultad de concentración, irritabilidad o generales como cansancio, insomnio o tensión muscular

El paciente atribuye sus síntomas a un ataque cardíaco, cerebral o señal de muerte inminente de causa desconocida

### *Trastorno de ansiedad generalizada (TAG)*

Preocupaciones fluctuantes, muy variadas, que ocupan el psiquismo, impidiendo un estado de relajación o hay lucha contra ellas y aunque suelen tener un cierto grado de exageración, rara vez son absurdas

No hay conductas de evitación o rituales ni compulsiones. El paciente aprende a realizar conductas que tienen un efecto ansiolítico (ejercicio, yoga, descanso, etc.)

Síntomas suelen ser vegetativos e intenso tales como ahogo, taquicardia, temblores, parestesias, sudor, escalofríos, miedo a morir o perder el control, etc.

Se atribuyen los síntomas a causas psicológicas relacionadas con la forma de ser y se entienden como normales

### *Trastorno obsesivo-compulsivo (TOC)*

Ideas a veces absurdas, repetitivas y molestas, que generan ansiedad de muy diversa índole. El paciente intenta luchar contra ellas

El paciente puede recurrir (subtipo compulsivo) a la realización de rituales o comprobaciones para aliviar su ansiedad, que suelen tener un efecto pasajero

No suele haber síntomas somáticos asociados

El paciente vivencia su ideas como no deseadas o intrusivas, y teme ser tomado por loco por tenerlas. (Ver Fig.1).

**Trastornos de ansiedad (Fig.1).**

	<b>TH</b>	<b>TA</b>	<b>TAG</b>	<b>TOC</b>
<b>PREOCUPACION</b>	Sobre síntomas con temor a enfermedad grave.	Por la presencia de crisis vegetativas intensas, acompañadas de la sensación de miedo, que el paciente interpreta como una enfermedad aguda	Fluctuantes, muy variadas, que ocupan el psiquismo, impidiendo un estado de relajación.	Sobre ideas a veces absurdas, repetitivas y molestas, que generan ansiedad de muy diversa índole.
<b>CONDUCTAS</b>	Busca reiteradamente ayuda	Evita circunstancias externas que pueden asociar con la aparición de las crisis.	No hay conductas de evitación o rituales, ni compulsiones. Busca realizar actividades que tengan un efecto ansiolítico (ejercicio, yoga, descanso, etc.)	Puede recurrir a la realización de rituales o comprobaciones para aliviar su ansiedad, que suelen tener un efecto pasajero
<b>SINTOMAS</b>	Son muy variados del tipo somático.	Son de tipo vegetativos e intenso tales como ahogo, taquicardia, temblores, parestesias, sudor, escalofríos, miedo a morir o perder el control, etc.	De predominio cognitivo como dificultad de concentración, irritabilidad o generales como cansancio, insomnio o tensión muscular.	No suele haber síntomas mas somáticos asociados
<b>ATRIBUCION</b>	A enfermedades somáticas y sus preocupaciones las considera normales	A un ataque cardíaco, cerebral o señal de muerte inminente de causa desconocida	Causas psicológicas relacionadas con la forma de ser y se entienden como normales.	El paciente vivencia sus ideas como no deseadas o intrusivas, y teme ser tomado por loco por tenerlas

## **Tratamiento (2,6)**

### Abordaje del paciente

La estrategia básica es intentar conseguir la confianza del paciente, y cambiar el centro de la atención desde la búsqueda de una enfermedad médica inexistente a la aceptación de las raíces psicológicas de su problema, para lo cual médico debe intentar ayudar al paciente a:

1. Controlar mejor sus síntomas y atenuar el sufrimiento que suscitan.
2. Moderar los factores que amplifican el estrés somático y las preocupaciones relacionadas con la salud: atención prestada a los síntomas, pensamientos ansiogénicos, el contexto en el cual perciben sus síntomas y el estado anímico que presentan.
3. Colaborar en el proceso terapéutico formando una alianza médico paciente que rompa el círculo vicioso que se establece habitualmente de ausencia de diagnóstico somático, pérdida de confianza, rechazo, frustración.

### Farmacoterapia

La farmacoterapia para los trastornos somatomorfos:

-Tiene una eficacia limitada excepto para el tratamiento de trastornos comórbidos del estado de ánimo.

-Se reduce a estudios de pequeñas muestras heterogéneas, revisiones de historias y ensayos abiertos.

Se observó que la noradrenalina y la serotonina desempeñan una función importante como mediadores de los síntomas físicos y, por lo tanto, su modulación con los antidepresivos puede determinar cambios en las experiencias físicas.

Los fármacos que se han estudiado para la hipocondría son los siguientes:

Fluoxetina (en dosis altas)

Paroxetina

Amitriptilina (se ha estudiado en hipocondría secundaria pacientes con depresión)

Venlafaxina y Duloxetina

También la olanzapina a dosis bajas puede ser útil con las medidas psicoterapéuticas.

### Reactivación física y fisioterapia

Los programas de ejercicio gradual y progresivo (p. ej. caminar, nadar) suele mejorar la calidad de vida de pacientes con diversos trastornos somatomorfos.

Puede resultar complicado implicar a pacientes para que hagan el ejercicio, pero una vez que consiguen estar más activos, suelen encontrarlo agradable y refieren una sensación de destreza, menor nivel de estrés y " mayor confianza en su cuerpo.

#### Terapia de relajación, meditación e hipnoterapia

Se han utilizado diversas formas de terapias de relajación, bioretroacción, meditación e hipnoterapia en pacientes con trastornos somatomorfos. Las terapias de relajación modulan las sensaciones físicas y pueden emplearse como parte de un programa de tratamientos más exhaustivos para la hipocondría.

#### Tratamiento conductual

La hipocondría se ha tratado con exposición y prevención de respuesta de manera individual y adaptada a las conductas problemáticas concretas de cada paciente.

La prevención de la búsqueda de explicaciones tranquilizadoras es un componente clave del tratamiento porque se entiende como un ritual para reducir el nivel de ansiedad, que es reforzado con las explicaciones médicas recibidas. El tratamiento del estrés conductual resulta de utilidad en la hipocondría (8).

#### Sugestión y explicaciones tranquilizadoras

Requiere perspicacia clínica a la hora de estructurar la intervención y garantizar que la explicación dada no suene a «todo se lo imagina usted».

Las aclaraciones no tienen que desacreditar a los pacientes, sino que deben reestructurar los síntomas e incidir en la posible mejoría con el tiempo, sobre todo si el paciente se implica activamente. Por ejemplo, el psiquiatra puede decirle al paciente «La debilidad inesperada de sus piernas lo ha hundido de verdad. La buena noticia es que usted no padece esclerosis múltiple, ni un accidente cerebrovascular, ni tumor, ni nada parecido. Por lo general, este tipo de debilidad desaparece tan misteriosamente como apareció, pero nuestra experiencia nos dice que usted puede acelerar su recuperación física con fisioterapia».

#### Terapia cognitiva

Puede ser el tratamiento de preferencia para los pacientes con hipocondría.

Está basado en modelos cognoscitivo para la hipocondría. Estos se centran en los factores que mantienen la preocupación por la salud, como los factores de atención, las conductas de evitación, las creencias y la interpretación errónea de los síntomas, los signos y las explicaciones médicas (9).

Consigue reducir las visitas al médico y las quejas físicas de pacientes con múltiples síntomas físicos no explicados médicamente.

Los programas de terapia cognitiva para la hipocondría están basados en un modelo en que tal enfermedad se constituye en un trastorno de la percepción y cognición en que las sensaciones físicas se perciben como anormalmente intensas y se atribuyen a una enfermedad grave.

Varios estudios demuestran que La terapia cognitiva fue tan efectiva como la exposición prevención de respuesta al tratamiento de la hipocondría.

### Psicoterapia dinámica

En general, predominan las técnicas psicoeducativas y de apoyo, aunque la terapia orientada a la introspección puede estar indicada en algunos pacientes.

Se ha descrito la terapia explicativa para la hipocondría, que ha demostrado mayor efecto que la situación de control de lista de espera (10). La terapia explicativa consiste proporcionar información exacta, enseñar los principios de percepción selectiva (prestar atención a una parte de cuerpo hace al paciente más consciente de las sensaciones parte del cuerpo que en otras), tranquilizar, aclarar y repetir. A diferencia de la terapia cognitivo-conductual, la terapia explicativa es más sencilla, utiliza menos componentes terapéuticos, no introduce técnicas conductuales específicas y no está basada en una propuesta teórica específica,

### Psicoterapia de grupo

Puede ser especialmente útil en el tratamiento de los trastornos somatomorfos.

Cuando las necesidades sociales y de afiliación se satisfacen a través del grupo, mediante confrontación se reduce la necesidad de somatizar de los pacientes para establecer o mantener relaciones.

La ira hacia los médicos y la familia y las necesidades de dependencia pueden tolerarse mejor en el contexto del grupo.

También puede ser útil para aumentar las habilidades interpersonales y potenciar formas directas de comunicación en cuanto a pensamientos, sentimientos y deseos (Ford, 1984).

### Terapia de pareja y de familia

Muchas familias pueden beneficiarse de la información y estrategias psicoeducativas. Sobre todo cuando los pacientes presentan patología de pareja o de familia importante y los síntomas físicos son la forma fundamental de comunicación.

## **Discusión**

En el caso presentado se puede observar que en las primeras consultas presenta múltiples síntomas inespecíficos como ansiedad, miedos, preocupaciones y pensamientos que rondan lo obsesivo en temas relacionados con la enfermedad. Por lo cual el diagnóstico se confunde entre los trastornos de ansiedad (TAG, TA, TOC, Fobias) y trastornos hipocondríacos principalmente. Ante el abandono de tratamiento queda inconcluso el diagnóstico. Después de dos años de

ausencia, tras su retorno a la consulta, por empeoramiento de los síntomas ante una situación vital conflictiva, se logra visualizar que la sintomatología corresponde a una fobia situacional en el contexto de ánimo bajo. La sintomatología cede paulatinamente tanto con el tratamiento farmacológico como con la resolución del problema que le causaba en ese momento estrés psicológico.

Se puede observar que dista mucho de parecerse al trastorno hipocondríaco, expuesto en la revisión, estos buscan parecer enfermos, disfruta que en general todo lo que sea relacionado con las enfermedades, mientras que los fóbicos evitan tales temas. Por otro lado el curso del trastorno hipocondríaco y su tratamiento puede llegar a ser mucho más crónico y difíciles de tratar.

Es importante tener en cuenta las actitudes del paciente ante las situaciones estresantes, los síntomas que se generan y los comportamientos que suscitan ante los mismos, para realizar un diagnóstico diferencial correcto a pesar de que la superposición de los mismos en muchas ocasiones genera dificultades, que pueden influir negativamente en el tratamiento y la relación médico-paciente.

## **Conclusiones**

Los trastornos somatomorfos representan un reto diagnóstico y terapéutico difícil de resolver por la medicina actual ya que los síntomas son comunes a muchos síndromes somáticos funcionales que tienen epidemiológica, etiológica y terapéutica más productiva (por ejemplo fibromialgia, síndrome de intestino irritable o síndrome de fatiga crónica). Además comparten síntomas con varios trastornos psiquiátricos y tiene un alto grado de comorbilidad.

La inexistencia de tratamientos biológicos eficaces provoca una relación médico-enfermo frustrante y yatrógena por contribuir través de algunas actuaciones bien intencionadas, aunque no bien reflexionadas, al refuerzo del papel de enfermo a través de solicitud de procedimientos diagnósticos y terapéuticos inadecuados, hospitalizaciones innecesarias, ausentismo laboral, etc. (11). Se provoca de este modo un dispendio de recursos sanitarios (etc.) en todos los sistemas sanitarios del mundo.

Es por ello importante realizar diagnósticos diferenciales entre las distintas patologías que se presentan en la consulta psiquiátrica tales como los trastorno de ansiedad, trastornos depresivos y trastornos somatomorfos a conciencia que permitan enfocar este tipo de patologías de forma dirigida, evitando el deterioro de la relación médico-paciente, y así también que deambulen por distintos profesionales de la salud y otros ámbitos fuera de la medicina tradicional.

Una vez conseguido el diagnóstico el paciente puede ser abordado con técnicas adecuadas de tratamiento.



## Referencias

1. Vallejo RJ, Leal CC. Tratado de Psiquiatría. 2<sup>o</sup>.ed. Barcelona: Ars Medica; 2010.
2. Levenson JL. Tratado de Medicina Psicosomática.1<sup>a</sup>. ed. Barcelona: Ars Medica; 2006
3. Roca BM, Trastornos Neuroticos.1 ed. Barcelona: Ars Medica; 2001
4. DSM-IV-TR, Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. IV. Texto revisado. 1<sup>a</sup> ed. Barcelona: Masson; 2003.
5. Kaplan HI, Sadock BJ. Sinopsis de Psiquiatría. 10<sup>a</sup>.ed. Barcelona: Lippincott Williams & Wilkins; 2009.
6. Chinchilla A. Trarado de Terapeutica Psiquiátrica. 1<sup>a</sup>.ed. Madrid: Group Iberoamérica; 2010
7. American Psychiatric Association, 2000; p506: Diagsnostic and Statistical Manual of Mental Disorder, 4<sup>rd</sup> Edition, The Revision. Washington, DC, 2000.
8. Clark DM, Salkovzkis PM, Hackman A, et al: Tow psychological treatments for hypocondriasis: a randomised controlled trial. Br J Psychiatry 173:218-225, 1998.
9. Salkovskis PM: Somatic problems, in Cognitive Behaviour Therapy for Psychiatric Problems. Edited by Hawton K, Salkovskis PM, Kirk J, et al. New York, Oxford University Press, 1989, pp 235-276.
10. Fava GA, Silvana G, Rafaelli C,et al: Explanatory therapy in hypochondriasis. J Clin Psychiatry 61:317.322, 2000.
11. Page LA, Wessely S: Medically unexplained symptoms: exacerbating factors in the doctor-patient encounter. J R 2003 Soc Med 96:223-227, 2003.



Trabajo seleccionado para su publicación en la revista *Psiquiatria.com*, de entre los presentados al **XII Congreso Virtual de Psiquiatría Interpsiquis 2011**.

**Cite este artículo de la siguiente forma (estilo de Vancouver):**

Vanesa Pastorelli R, Bañón González SM, Trigo Campoy A, Carballeda JM, González Vallejo JV. Trastorno hipocondríaco. *Psiquiatria.com* [Internet]. 2011 [citado 18 Novl 2011];15:61. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10401/4827>