

TRATAMIENTO DE LA HIPOCONDRIA EN LA PRÁCTICA MÉDICA PRIMARIA

Johanna

RESUMEN

La hipocondría es una enfermedad grave muy común en la práctica médica primaria, y es por eso importante que los médicos generales sepan como tratar estos pacientes. La hipocondría tradicionalmente ha sido una enfermedad difícil de tratar, pero ensayos recientes da nueva esperanza de la posibilidad de un tratamiento eficaz. El tratamiento con resultados más contundentes hasta ahora es la terapia cognitivo-conductual. En este artículo se plantea como se pueden utilizar estos nuevos conocimientos para tratar la hipocondría en la práctica médica primaria.

PALABRAS CLAVES

Hipocondría, práctica médica primaria, tratamiento, terapia cognitivo-conductual, farmacológico, psicológico, diagnóstico

SUMMARY

Hypochondriasis is a common serious illness in general practice, and it is therefore important that general practitioners know how to treat patients with this disease. Hypochondriasis has traditionally been a disease difficult to treat, however recent publications give new hopes for the possibility of an effective treatment. The treatment with the best results so far is the cognitive behavioural therapy. This article explores how this new knowledge can be used to treat hypochondriasis in general practice.

KEY WORDS

Hypochondriasis, general practice, treatment, cognitive behavioural therapy, pharmacological, psychological, diagnosis

INTRODUCCIÓN

La hipocondría es la ansiedad excesiva de padecer una enfermedad grave, y es un trastorno psiquiátrico muy común en nuestra sociedad. Se ha estimado que la prevalencia de la hipocondría primaria en la práctica médica primaria es entre 3 y 4,5%, comparado con alrededor del 1% en la población general. Además los hipocondríacos están, por definición, convencidos de que su enfermedad es médica, y un tratamiento integrado en el ámbito médico no psiquiátrico puede, por lo tanto, ser el más aceptable. Es por eso de gran importancia que todos los médicos en relación directa con pacientes sepan cómo tratar este problema.

El paciente hipocondríaco siempre ha sido un paciente muy problemático para los médicos, con una enfermedad crónica más o menos imposible de tratar^{1,2}. A pesar de eso se han publicado en los últimos años varios estudios con resultados positivos, utilizando tratamientos psicológicos y medicamentosos. A la luz de estos acontecimientos discutiré aquí como se puede tratar mejor el paciente hipocondríaco en la medicina primaria.

1 DIAGNÓSTICO

El diagnóstico es en sí un tema problemático de la hipocondría. Los códigos diagnósticos de DSM-IV-TR y ICD-10 tienen algunos criterios que excluyen muchos pacientes con problemas graves que posiblemente podrían beneficiarse mucho del tratamiento de su ansiedad por la salud. Por eso varios grupos han investigado otros posibles métodos y criterios de diagnóstico menos estrictos³.

En todo caso el criterio fundamental en una preocupación persistente de tener una o varias enfermedades serias. El paciente tiene síntomas somáticos y la preocupación persiste a pesar de evaluaciones médicas apropiadas y promesas tranquilizadoras. Es importante reconocer que la hipocondría puede ser secundaria a trastornos de ansiedad, depresión, y trastornos psicóticos. Pero también puede darse en paralelo a éstos. Definir la relación temporal entre los síntomas de hipocondría y otros trastornos mentales es de importancia terapéutica ya que hipocondría secundaria se debe tratar tratando el trastorno primario^{4, 5}.

Para valorar el nivel de hipocondría también se puede utilizar el "Whiteley Index" o la "Illness Attitude Scales".

2 ETIOLOGÍA

2.1 Modelo cognitivo

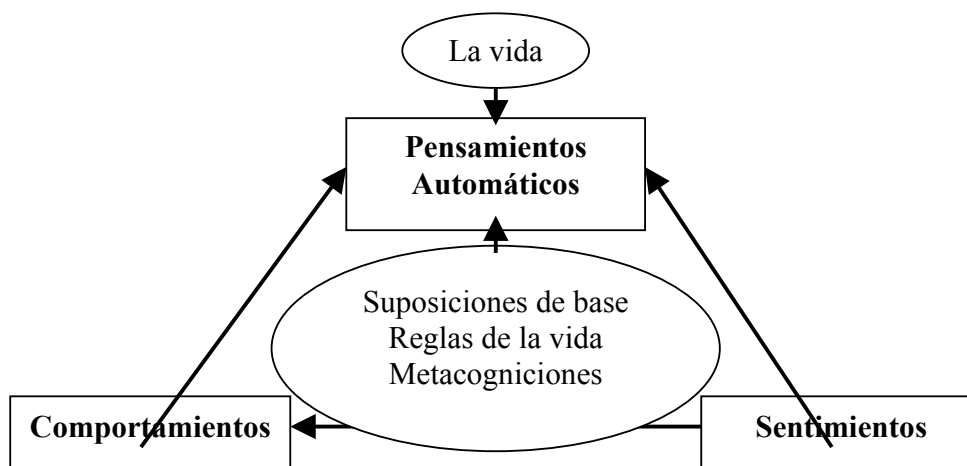


Figura 1 *Modelo cognitivo de ansiedad*

La figura 1 demuestra el modelo cognitivo de ansiedad⁶, el cual también se puede aplicar para la hipocondría. Es un modelo circular donde pensamientos dan lugar a sentimientos que dan lugar a comportamientos que a su vez refuerzan los pensamientos. Los pensamientos automáticos son muy cortos y muchas veces muy cargados emocionalmente. Ejemplos pueden ser; "no puedo más", "me voy a morir", "me va a dar un ataque de corazón". Estos pensamientos automáticos pueden venir en situaciones dadas por la vida, por ejemplo el sentir una síntoma somático, o escuchar de alguien que está enfermo, y están influenciados por "suposiciones de base", "reglas de la vida" y "metacogniciones".

Las suposiciones de base y las reglas de la vida pueden ser, por ejemplo; "soy muy vulnerable a enfermedades"; "los médicos suelen equivocarse"; "un síntoma físico suele ser signo de una enfermedad grave"; "no aguanto la incertidumbre cuando se trata de mi salud"; "si los resultados de las pruebas tardan mucho tiempo es porque hay algo grave".

Las metacogniciones son "pensamientos sobre pensamientos", es decir actitudes sobre diversos fenómenos, por ejemplo de la muerte, la incertidumbre, y la ansiedad. Esta última es típica para hipocondríacos. Todos podemos tener ansiedad de vez en cuando y si uno piensa que esto es algo normal normalmente desaparece. En la hipocondría es típico pensar sobre la ansiedad de forma muy negativa y pesimista, por ejemplo "no puedo más de ansiedad, me voy a volver loco". Esto en si, aumenta la ansiedad.

2.2 Modelo "cluster" de los trastornos somatoformes

Otro modelo para la hipocondría es el modelo "cluster" que divide los trastornos somatoformes en dos grupos, "obsesivo / cognitivo" y "somático / sensitivo". La hipocondría pertenece al grupo obsesivo / cognitivo porque el paciente tiene miedo de tener una enfermedad grave y el control médico compulsivo sirve para disminuir temporalmente la ansiedad⁷.

Este modelo forma la base de los tratamientos farmacológicos en que se está investigando.

3 TRATAMIENTOS

En lo siguiente vamos a ver los diferentes tipos de tratamiento para la hipocondría primaria que se han investigado los últimos años, recuerde que para la hipocondría secundaria se trata el trastorno mental primaria.

3.1 Psicológicos

Desde los 1980 varios estudios han señalado que distintos tratamientos de psicoterapia pueden tener un efecto positivo en la hipocondría. Los ensayos más importantes han sido con terapia "cognitivo-conductual"^{8, 9}. Esta terapia ayuda a los pacientes a corregir las atribuciones falsas que dan a sus síntomas, reorganizar las expectativas y las creencias sobre salud e enfermedad, corregir malentendidos del cuidado médico, modificar la conducta de enfermedad desadaptada, y aprender técnicas de distracción y atención selectiva.

Pero también hay otros tratamientos prometedores, entre ellos los grupos psicoeducativos, utilizado en un ensayo abierto en Holanda, en el que los pacientes participaban en grupos pequeños en 6 sesiones de 2 horas. Los 21 que completaron las sesiones mejoraron significativamente en parámetros de hipocondría y depresión, y esto se mantuvo en controles a 4 semanas y 6 meses¹⁰. Resultados similares se han conseguido con terapia de explicación individual¹¹.

Otro ensayo de Holanda concluye que la terapia de exposición con prevención de la respuesta es igual de eficiente que la terapia cognitiva; los dos mejoraron significativamente la hipocondría, mientras el grupo de "control en lista de espera" no mejoraba¹².

La terapia conductual del estrés también se ha investigado como alternativa terapéutica, y en un estudio se mostró menos eficaz que la terapia cognitiva en mejor de la hipocondría

inicialmente pero un año después de concluir el tratamiento estas diferencias se demostraron¹³.

3.2 Farmacológicos

No se han hecho muchos ensayos clínicos con fármacos para el tratamiento de la hipocondría, y la mayoría son estudios con pequeñas series de casos. De acuerdo con el "modelo cluster" los ensayos utilizan sobre todo "Inhibidores de la recaptación de la Serotonina" que se han mostrado útiles en el tratamiento de los trastornos obsesivos. Se ha publicado sólo un ensayo placebo controlado, con fluoxetina, este concluyó que los pacientes tratados fluoxetina (10) mejoraban significativamente comparado con los recibiendo placebo (6)¹⁴.

4 INTERVENCIONES EN LA PRÁCTICA MÉDICA PRIMARIA

4.1 Diagnóstico

Lo primero que insistir es en que todos los pacientes merecen que se tomen sus problemas en serio; lo peor que puede pasar es que el médico diagnostique un paciente como hipocondríaco, no descubriendo una enfermedad grave, posiblemente curable, que incluso pueda causar la muerte del paciente. Pero tampoco es deseable no diagnosticar una enfermedad psiquiátrica grave como la hipocondría. Si se sospecha hipocondría, por ejemplo al ver que el paciente no se tranquiliza después de descartar una enfermedad fisiológica, se puede hacer una evaluación mediante un cuestionario como el "Whiteley Index".

4.1 Comunicar el diagnóstico e iniciar el tratamiento

El primer paso es el comunicar al paciente el diagnóstico. Este puede ser una situación muy incómoda ya que hipocondría y hipocondríaco son palabras con un contenido bastante negativo en nuestra sociedad. El paciente tiene en principio otras expectativas que el médico; quiere saber qué enfermedad tiene (o confirmar la sospecha que tiene), y muchas veces tiene la necesidad de confirmar que sus síntomas son reales. Cuando el médico propone un diagnóstico psiquiátrico puede por lo tanto producir el rechazo inmediato de cualquier tratamiento e incluso un cambio de médico. Es por eso muy importante pensar bien cómo empezar de hablar con el paciente.

Por su puesto no existe ninguna fórmula única y este proceso va a ser diferente para cada paciente, pero los momentos importantes son¹⁵:

- Aceptar todos los síntomas que tiene el paciente (Aunque no necesariamente las deducciones que hace a partir de ellos)
- Mostrar al paciente que se entiende su problema, y que es un problema real
- Siempre tratar al paciente con empatía y respeto

Aparte se puede informar al paciente de los tratamientos existentes, incluida la posibilidad de acudir al psicólogo ó al psiquiatra.

4.2 El tratamiento

En el inicio del tratamiento se puede explicar al paciente el modelo cognitivo de la hipocondría, intentando poner ejemplos de la vida del paciente, por ejemplo partiendo de un síntoma que el paciente ha tenido últimamente. Dibujar la figura 1 puede facilitar el entendimiento. Se debe dar especial atención a las reglas de la vida, metacogniciones y suposiciones de base, encontrar estos muchas veces es lo más importante en la terapia cognitiva.

El hecho de que el paciente tiene síntomas corporales se puede ver como algo positivo, como una elevada sensibilidad a su cuerpo interior. Es importante que el paciente entienda que su verdadero problema no son los síntomas que siente sino los problemas que ellos causan en su vida; la ansiedad, la depresión etc. Se debe explicar que el motivo principal del tratamiento es disminuir los efectos negativos que los síntomas tienen en su vida, no quitar los síntomas en sí.

Después se puede centrarse en la interpretación de los síntomas, y en relación con esto hay dos aspectos que se deben discutir en especial¹⁶:

- *Un síntoma no siempre se puede explicar.* En muchos casos el hipocondríaco tiene sólo dos alternativas para explicar un síntoma; que es debido a una bagatela explicable (Ej. le duele el pecho porque se ha dado un golpe), o que es debido a una enfermedad grave (ej. le duele el pecho porque tiene un ataque de corazón). Quieren tener una explicación para sus síntomas, y no aceptan que a veces simplemente le duele el pecho sin que tengan una explicación para ello.

Para explicar que para un síntoma puede haber muchos razones, algunos no explicables y no por eso más graves, puede ser útil el siguiente figura 2.

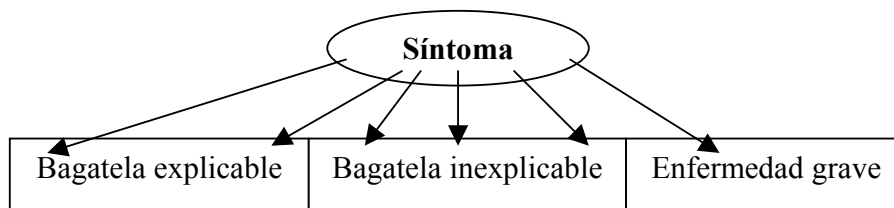


Figura 2 *Un síntoma no siempre tiene una razón explicable.*

- *Síntoma inespecífico y enfermedad específica.* Otro concepto que también suele causar problemas para el paciente es la relación entre síntomas y enfermedades. Hay que explicar que si una síntoma es típico de una enfermedad no quiere decir que la mayoría de la gente con este síntoma tenga esa enfermedad. Un ejemplo clásico es el dolor de pecho. El hipocondríaco tiende, por ejemplo, a pensar que si le duele el pecho es porque está enfermo del corazón. El médico puede explicar al paciente que hay muchas enfermedades que dan dolor de pecho, por ejemplo: reflujo esofágico, costochondritis, rotura de costilla, dolor muscular, neumonía, ansiedad etc. Poniendo porcentajes de incidencia a estos síntomas, enseñando el paciente que la mayoría de la

gente con dolor de pecho no tiene un ataque de corazón le puede ayudar aún más. La figura 3 ilustra este concepto.

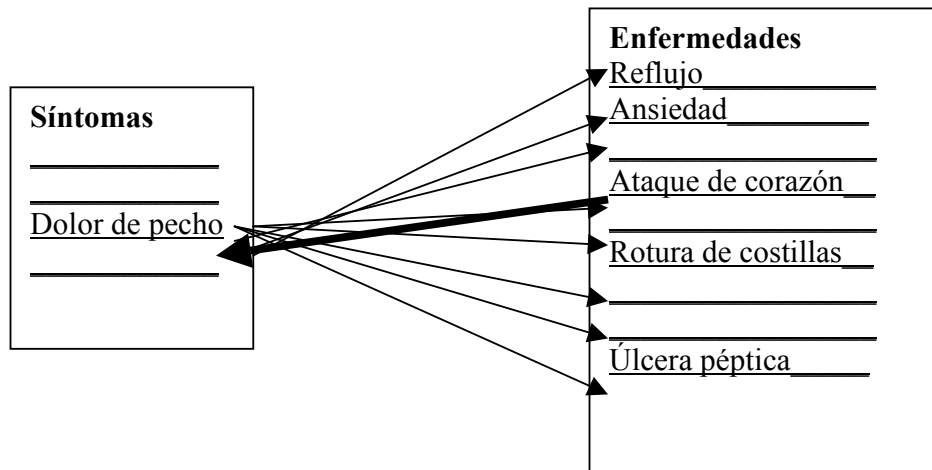


Figura 3 80% de los pacientes con ataque de corazón tiene dolor de pecho, pero menos de 20% de los que tienen dolor de pecho tienen un ataque de corazón.

Estos dos puntos ilustran uno de los problemas principales de la hipocondría que es un miedo a la incertidumbre. Muchos hipocondríacos tienen la necesidad de saber de inmediato cual puede ser la causa de un síntoma, y una respuesta sincera del médico, que incluye todo desde la bagatela explicable hasta la enfermedad grave, les puede causar gran ansiedad con tendencia a pensamientos catastróficos. Sería deseable que el paciente formara esa pregunta de otra forma, como; "¿Cuál es la causa más probable del síntoma?". También tiene que aprender de vivir con la respuesta, creyendo que la causa es la más probable mientras que no se comprueba otra causa.

Es importante recordar que la mejora del paciente no se mide en función de la disminución de síntomas sino de las contribuciones negativas que da a ellos y del grado de disfunción que causan¹⁷. Si después de explicar y discutir estos temas con el paciente sobre varias sesiones no se ve mejora se debería proporcionar al paciente la posibilidad de acudir a un servicio psiquiátrico. Se podría plantearse también el uso de uno de los psicofármacos anteriormente mencionados pero por ahora las evidencias de su efectividad no son muy contundentes.

5 CONCLUSIÓN

En los últimos años se han publicado varios ensayos sobre el tratamiento de la hipocondría, y las posibilidades de un tratamiento efectivo de esa enfermedad son mejores que nunca. Aún así se ven campos que precisan más investigación, por ejemplo el empleo de psicofármacos, y la combinación de estos con la psicoterapia. También sería interesante investigar como se puede hacer la psicoterapia más atractivo para un grupo de pacientes convencidos de la base fisiológica de su enfermedad, que en principio no ven la necesidad de un tratamiento psicosocial.

Como nota final acordarse de la necesidad de siempre tratar el paciente hipocondríaco con empatía, y no olvidar que el hecho de que sus problemas son principalmente psicológicos no significa que no son problemas graves.

¹ Barsky A, Fama J, Bailey E, Ahern D. A prospective 4- to 5-years study of DSM-III-R Hypochondriasis. *Arch Gen Psychiatry* 1998; 55: 737-44

² Noyes RJ, Kathol R, Fisher M, Phillips B, Suelzer M, Woodman C. One-year follow-up of medical outpatients with hypochondriasis. *Psychosomatics* 1994; 35: 533-45

³ Gureje O, Ustun T, Simon G. Syndrome of hypochondriasis: a cross-national study in primary care. *Psycho Med* 1997; 27: 1001-10

⁴ Kellner R, Fava GA, Liansky J, Perini GI, Zielezny M. Hypochondriacal fears and beliefs in DSM-III melancholia: changes with amitriptyline. *J Affect Disorder* 1986; 10: 21-26

⁵ Noyes R, Reich J, Clancy J, O'Gorman TW. Reduction in hypochondriasis with treatment of panic disorder. *Br J Psychiatry* 1986; 149: 631-35

⁶ Wilhelmsen I. Hypochondri og kognitiv terapi. *Tidsskr Nor Laegeforen* nr.11 2000; 122: 1126-29

⁷ Fallon BA. Pharmacotherapy of somatoform disorders. *Journal of Psychosomatic Research* 2004; 56: 455-60

⁸ Warwick HM, Clark DM, Cobb AM, Salkovskis PM. A controlled trial of cognitive-behavioural treatment of hypochondriasis. *Br J Psychiatry* 1996 Aug; 169(2): 189-95

⁹ Barsky AJ, Ahern DK. Cognitive behavioural therapy for hypochondriasis. A randomized controlled trial. *JAMA* 2004, March 24; 291(12):1464-70

¹⁰ Bouman TK. A community-based psychoeducational group approach to hypochondriasis. *Psychother Psychosom* 2002 Nov-Dec; 71(6): 326-32

¹¹ Fava GA, Grandi S, Rafanelli C, Fabbri S, Cazzaro M. Explanatory therapy in hypochondriasis. *J Clin Psychiatry* 2000 Apr; 61(4): 317-22; quiz 323

¹² Visser S, Bouman TK. The treatment of hypochondriasis: exposure plus response prevention vs cognitive therapy. *Behav Res Ther* 2001 Apr; 39(4): 423-42

¹³ Clark DM, Salkovskis PM, Hackmann A, Wells A, Fennell M, Ludgate J, Ahmad S, Richards HC, Gelder M. Two psychological treatments for hypochondriasis. A randomised controlled trial. *Br J Psychiatry* 1998 Sep; 173: 218-25

¹⁴ Fallon BA. Pharmacotherapy of somatoform disorders. *Journal of Psychosomatic Research* 2004; 56: 455-60

¹⁵ Starcevic V. Overcoming therapeutic pessimism in hypochondriasis. *Am J Psychother*. 2002; 56(2): 167-77

¹⁶ Wilhelmsen I. Hypochondri og kognitiv terapi. *Tidsskr Nor Laegeforen* nr.11 2000; 122: 1126-29

¹⁷ Barsky AJ, Ahern DK. Cognitive behavioural therapy for hypochondriasis. A randomized controlled trial. *JAMA* 2004, March 24; 291(12): 1464-70