



## ANSIEDAD POR LA ENFERMEDAD: LA PARADOJA HIPOCONDRIACA. MODELOS DE INTERVENCIÓN.

J.M.Farré Martí, Ligia Henríquez, N.Mallorquí, Alba Palazón, Gracia Lasheras

Servicio de Psiquiatría, Psicología y Medicina Psicosomática.  
Hospital Universitario Dexeus. Barcelona.

El DSMV considera la Ansiedad por la Enfermedad (AS) como la sospecha, incertidumbre y convicción de padecer una enfermedad grave, nacidos de interpretaciones desadaptativas de percepciones/sensaciones corporales, que son interpretadas como peligrosas e indicativas de un problema médico. El umbral de alarma es muy bajo y la ansiedad, muy intensa. A pesar de que las somatizaciones son escasas, acostumbra a estar presente la amplificación somatosensorial, por la cual incrementan sus sensaciones físicas y tienden a experimentarlas como intensas, nocivas, amenazadoras y perturbadoras. El modelo del desarrollo que propugnamos se inicia por factores de condicionamiento, con mediadores posibles de personalidad y dificultades en el afrontamiento al estrés; los supuestos disfuncionales con percepción de amenaza, iniciarán el proceso, asociado al corifeo cognitivo y conductual y las cosecuencias ansiosas que son reinterpretadas como índices corporales propios de patología médica. Los comprobadores son más frecuentes que los evitadores/ procrastinadores 75'4% vs 24'6%, según datos de Farré y Mallorquí (1995). Analizamos también las creencias desadaptativas más frecuentes (sobrestimación del peligro, intolerancia a la incertidumbre....).

Las correlaciones genéticas son discretas y la epidemiología oscila entre la población general (4-7%), la AP(2'2-6'3%) y la consulta en Salud Mental(1'6%). Las comorbilidades son altas en depresión, destacando los cuadros secundarios en Trastornos de Pánico y la inmersión en el espectro obsesivo. Presentamos un protocolo de evaluación que recorre todos los factores relacionados en la eclosión y mantenimiento de la AS y que va y desde el Inventario de Estrategias de Afrontamiento hasta la Gestión de Emociones pasando por los Inventarios específicos y el Índice de Preocupaciones, hasta el TCI-R y el PDQ4, a fin, esto último de refinar dimensiones y categorías de Personalidad; en este sentido, el Neuroticismo, la Evitación del Daño, la mala gestión y dependencia emocionales, el perfeccionismo (que también evaluamos) y la escasa Autodirección son índices de mal pronóstico, así como la comorbilidad, pobres estrategias adaptativas, amplificación somatosensorial de nivel alto, disfunción cognitiva y procrastinación de salud.

El tratamiento debería conseguir un decremento de la atención a los síntomas, la neutralización de las distorsiones cognitivas, una adecuada gestión emocional, afrontamiento al estrés eficiente y, por tanto, una percepción de control. Es nuclear la asociación Médico de Familia (MF)- Psiquiatra( y/ o Psicólogo (Psi); sería adecuado un Psiquiatra formado en TCC (Terapia cognitivo- conductual) lo cual no suele darse en nuestro medio. El MF deberá "legitimar" los síntomas y proceder a visitas regulares, estableciéndose un régimen de consultas "urgentes" en decremento progresivo, lo cual deberán gestionar adecuadamente los dos profesionales. El Psi. deberá conocer las herramientas de Análisis funcional y establecer el diálogo socrático, a fin del reconocimiento de disparadores, conductas de reaseguración o procrastinación y saber llegar al nudo cognitivo-conductual de la paradoja de "inutilidad del control".

El camino sigue por la Prevención de Respuesta (en el orden inverso a lo habitual) → Exposición (incluyendo la interoceptiva). Terapia cognitiva (saciación vs aceptación) y metacognitiva (circularidad, flecha descendente....). Reestructuración cognitiva de las distorsiones más frecuentes en la AS: catastrofismo, predicción filtro negativo, sobre generalización, personalización y razonamiento emocional (Farré y Mallorquí, 2016). Afrontamiento de Estrés y terapia específica de dimensiones de personalidad que afecten el pronóstico. En caso necesario recurriremos al Protocolo Unificado para el tratamiento Transdiagnóstico de los Trastornos Emocionales (Osma, 2018), cuyos 8 módulos estamos adaptando a la AS, sobretodo en algunos "tempos" y matices. Los estudios con Mindfulness son escasos, pero esperanzadores.

Presentamos resultados parciales con TCC con tamaños de efecto que se mantienen a la baja (pero suficientes) a los 3 meses, plausiblemente por permanecer factores de Sensibilidad a la Ansiedad. Consideramos la aportación farmacológica con ISRS cuya asociación está indicada- en dosis altas, "antiobsesivas"- cuando sea necesario tanto el despeje cognitivo, como el desbloqueo conductual y/o la presencia de Depresión de características mayores. A su vez, dicha combinación previene recaídas (Farré y Mallorquí, 2015).