



¿SUFRIR PARA NADA? SOBRE UN CASO DE ANSIEDAD POR LA ENFERMEDAD HIPOCONDRIA (AFH).

L Henríquez, JM Farré, A. Palazón, N. Mallorqui
Servei de Psiquiatria/ Psicologia. HUDexeus. Barcelona.
psico.dex@quironsalud.es

Introducción: En los criterios DSM5 el aspecto nuclear de la AFH es la preocupación por padecer o contraer una enfermedad grave lo que cursa con una elevada ansiedad cognitiva y somática reactiva, que es convenientemente reinterpretada. De hecho las somatizaciones son mínimas y es la sospecha e incertidumbre lo que se reconvierte en unas ideas sobrevaloradas, desadaptativas y egosintónicas (sobrestimación del peligro, intolerancia a la incertidumbre....) El modelo de desarrollo transcurre por experiencias previas, amplificación somatosensorial, supuestos disfuncionales, incidentes críticos, percepción de amenaza, atención corporal, rumiaciones e interpretaciones catastróficas y conductas de seguridad, repartidas entre la reaseguración y la solicitud de asistencia, y la evitación o procrastinación. Este modelo alcanza más significación si tenemos en cuenta que las correlaciones genéticas son discretas (0,26 en monocigóticos). Debe diferenciarse de las fobias específicas a enfermedades (Miedo considerado como más irracional que en la AFH) y de comorbilidades (trastorno de pánico, TOC...).

La TCC (Psicoeducación, Exposición -incluyendo interoceptiva-y Prevención de respuesta Reestructuración cognitiva, Mindfulness...), ISRS y asociación, son las fórmulas terapéuticas, sin que se hayan llegado a conclusiones sólidas sobre la oportunidad o no de la adición farmacológica.

Metodología: Discutimos un caso de una paciente como paradigma de AFH primaria, de 39 años, casada y con un hijo de 2 años. Antecedentes de Anorexia a los 14 años (superada) y cuadro adaptativo a los 29. Padre hipocondríaco, tratado con éxito en nuestro Servicio. Es economista y trabaja en una multinacional con buen rendimiento. Consulta por presentar desde hace 5 años de forma más intensa conductas y cogniciones características de AFH. Miedo a padecer- adquirir enfermedades como VIH (con exageración de medidas preventivas que reconoce como innecesarias) o neoplasias diversas. Amplia su preocupación a su hijo sobre diversas enfermedades, con conductas de reaseguración constantes (autochequeos, pruebas diagnósticas, cibercondria...) y comportamientos

extremos de "vida sana", sobretodo desde el punto de vista dietético. Reconoce que se ha visto afectada su vida laboral y de pareja y concomitantemente presenta cuadro depresivo moderado con insomnio en las 3 fases, amén de las correspondientes ansiedades somática y cognitiva. Se aplican Inventario de Estrategias de Afrontamiento y Escalas de Evaluación específicas como la Illnes Attitude Scale, Inventario de Ansiedad por la Salud y la Escala de Evaluación del Comportamiento ante la enfermedad, las cuales confirman los elementos que estructuran la enfermedad. El Estudio de Personalidad presenta un perfil dimensional (TCI-R) con Búsqueda de Novedad baja lo cual favorece la reflexión, potenciada por una notable Persistencia y tendencia al Perfeccionismo. La Dependencia a la Recompensa Social es notable (83%) y, como era previsible, la Evitación al Riesgo extrema (97%) anuncia una alta Ansiedad, potenciada por tendencia al neuroticismo. El perfil categórico (PDQ-4+) era irrelevante. La paciente comprende los elementos de la terapia psicológica y acepta la asociación con fluoxetina (20 mg/día).

Resultados: A los 6 meses la mejoría del cuadro clínico fue relevante, así como de la sintomatología afectiva. La paciente cumplió con todos los objetivos terapéuticos, reforzados por el padre y el marido y se mantuvo al año de seguimiento. Experimentó una breve recaída a los 16 meses de la primera visita, a raíz de un momento laboral difícil y de una bronquitis resistente que desencadenó pensamientos hipocondríacos. Lo resolvió siguiendo intachablemente el protocolo de tratamiento y de prevención de recaídas. Actualmente persiste la mejoría, como lo muestran los resultados comparativos de los cuestionarios administrados, amén de la clínica. Está libre de Fluoxetina.

Conclusiones: La AFH debe ser abordada, en líneas generales, con la combinación TCC ISRS, si la situación es bloqueante o persisten síntomas depresivos. Deben considerarse las estrategias de afrontamiento al estrés, al ser un elemento que puede disminuir el umbral de recaídas. A su vez, debe procurarse la complicidad de un/a médico de cabecera que conocerá las líneas básicas del protocolo. Este caso es la demostración de que son de buen pronóstico el tiempo breve de inicio del trastorno, la no comorbilidad con Trastornos de Personalidad y la no procrastinación.