

## ARTÍCULO DE REVISIÓN

### **¡Ayúdeme doctor, estoy muy enfermo! Una actualización de la clásica hipocondría al vigente trastorno de ansiedad por enfermedad**

### **Help me doctor, I'm very sick! An update from the classic hypochondria to the current illness anxiety disorder**

**Julio Torales<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Profesor Asistente de la Cátedra de Psiquiatría. Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Asunción. San Lorenzo, Paraguay.

#### **RESUMEN**

La característica fundamental del trastorno de ansiedad por enfermedad (antes conocido como hipocondría) es la preocupación, no por los síntomas, sino por la creencia que tiene un paciente de padecer una enfermedad. Esta creencia, basada en una interpretación errónea de signos y sensaciones corporales, genera en el paciente un intenso malestar clínicamente significativo, con disfunción notable de sus actividades de la vida diaria y con un uso exagerado de recursos de salud.

El paciente recorre varios servicios médicos y es atendido por varios profesionales, incluidos especialistas en Medicina Interna, Medicina Familiar y Psiquiatría. No obstante, la creencia de estar enfermo persiste a pesar de adecuada evaluación médica y reaseguramiento. A veces, la atención médica resulta en un aumento paradójico de la ansiedad, sin soslayar la posibilidad de complicaciones derivadas de pruebas y procedimientos diagnósticos a los que el paciente es sometido. Los pacientes afectados se sienten frustrados e insatisfechos con la atención médica recibida y la consideran inútil, sintiendo que los médicos no les prestan debida atención.

Con base en lo anterior, en este artículo de revisión se hace una puesta al día del concepto, la etiopatogenia, la clínica y el diagnóstico del trastorno de ansiedad por enfermedad, así como de los principios que rigen su tratamiento.

**Palabras claves:** trastorno de ansiedad por enfermedad, hipocondría, diagnóstico, tratamiento.

#### **ABSTRACT**

The fundamental characteristic of illness anxiety disorder (formerly known as hypochondria) is the concern not for the symptoms, but for the patient's idea that he or she is suffering from a disease. This belief, based on a misinterpretation of bodily signs and sensations, generates intense clinical impairment in the patient, with marked dysfunction of his or her daily activities, and with an exaggerated use of health resources.

---

#### **Autor correspondiente:**

Prof. Dr. Julio Torales

Dirección: San Lorenzo, Paraguay.

Correo electrónico: [jtoraes@med.una.py](mailto:jtoraes@med.una.py)

Teléfono: +595.971683748

Artículo recibido: 26 enero 2017

Artículo aceptado: 7 febrero 2017

The patient visits several medical services and is attended by a lot of health professionals, including internal medicine specialists, family medicine physicians and psychiatrists; nevertheless, the belief of being sick persists despite adequate medical evaluation and reassurance. Sometimes, medical attention results in a paradoxical increase in anxiety, without overlooking the possibility of complications arising from tests and diagnostic procedures to which the patient is subjected. Affected patients are frustrated and dissatisfied with the medical care they receive and they find it useless, feeling that doctors are not giving them proper attention.

Based on the above, this review article makes an update of the concept, etiology and pathogenesis, clinical signs and symptoms and diagnosis of illness anxiety disorder, as well as the principles that govern its treatment.

**Key words:** illness anxiety disorder, hypochondria, diagnosis, treatment.

## LA HIPOCONDRIA CLÁSICA

La hipocondría fue definida como la preocupación por el miedo a tener, o la creencia de que se tiene, una enfermedad física grave basándose en la interpretación errónea de síntomas corporales<sup>(1)</sup>. Si bien útil, consideramos que esta definición planteó una serie de dificultades, principalmente relacionadas a la integridad del concepto de hipocondría y a su separación de otros trastornos.

Autores clásicos sugirieron la presencia de una serie de componentes esenciales en la hipocondría<sup>(2,3,4)</sup>, siendo nucleares los dos primeros: 1) convicción de enfermedad; 2) miedo a la enfermedad; 3) preocupación corporal (atención focalizada, interés y vigilancia sobre funciones y sensaciones corporales); 4) síntomas somáticos; y 5) conductas hipocondríacas (comprobaciones repetidas sobre la salud, incluyendo el diagnóstico y la búsqueda de tranquilización). La tabla 1 presenta algunas características de los dos componentes nucleares<sup>(2,3,4)</sup>.

**Tabla 1.** Características de los componentes nucleares de la hipocondría

<b>Convicción de enfermedad</b>	<p>Aquí se debe hacer una diferenciación entre la hipocondría y el trastorno delirante de tipo somático. Por ello, a fin de evitar equívocos, y dejar establecida una clara diferencia con una idea delirante, la "convicción" de enfermedad debería ser sustituida por una "sospecha".</p> <p>Esta sospecha refleja una incertidumbre difícil de soportar por parte del paciente afectado, lo que le impulsa a seguir buscando evidencias para su enfermedad. Las características de esa sospecha claramente califican como una idea sobrevalorada y no como una delirante.</p>
<b>Miedo a la enfermedad</b>	<p>Aquí la hipocondría debe ser diferenciada de la nosofobia. En la nosofobia existe un temor excesivo e irracional a la enfermedad, pero no una convicción de la misma. Esta sería una diferencia fundamental entre ambos cuadros. Además, los pacientes con hipocondría no tienen miedo de contraer una enfermedad en el futuro, como los nosofóbicos, sino de tenerla ya realmente en el presente y no haber sido diagnosticados.</p>

Asimismo, se deben destacar dos características distintivas entre la convicción de enfermedad y la fobia a la enfermedad<sup>(2)</sup>: a. Variables de percepción corporal (amplificación somatosensorial), que son propias de la fobia a la enfermedad, pero no de la convicción de enfermedad; y, b. Disregulación emocional (evitación y revaloración cognitiva), que es predictora de la convicción de enfermedad y no de la fobia a la enfermedad. Por otra parte, una característica común entre fobia y convicción de enfermedad, es que ambas predicen una utilización incrementada de recursos médicos<sup>(2)</sup>.

En los últimos años el término hipocondría comenzó a recibir significativos cuestionamientos, por lo que la Asociación Americana de Psiquiatría decidió eliminarlo con base a tres principales razones<sup>(5)</sup>:

1. Primero, la hipocondría es un término anticuado y etimológicamente se refiere a una alteración abdominal, lo que lo hace obsoleto y completamente alejado de su concepción actual;
2. La hipocondría es un concepto heterogéneo, que contiene dos principales componentes, como se mencionó previamente más arriba: convicción de enfermedad y miedo a la enfermedad. Esta estructura ha sido problemática en pacientes con presentaciones clínicas diversas que han recibido la misma etiqueta diagnóstica; y,
3. El término hipocondría ha sido considerado peyorativo y estigmatizante.

La quinta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico (DSM-5) de la Asociación Americana de Psiquiatría<sup>(6)</sup> introdujo dos trastornos nuevos para reemplazar a la hipocondría: el trastorno de síntomas somáticos y el trastorno de ansiedad por enfermedad. Los autores del DSM-5 determinaron, de una manera un tanto arbitraria, que el 75% de los pacientes con un diagnóstico de hipocondría (según el DSM-IV de 1994) recibiría ahora el diagnóstico de trastorno de síntomas somáticos, mientras que el 25% restante recibiría el de trastorno de ansiedad por enfermedad. La diferencia clave entre estos dos "nuevos" trastornos se basa en que síntomas somáticos, disruptivos y angustiantes están presentes en el trastorno de síntomas somáticos, mientras que están ausentes o sólo mínimamente presentes en el trastorno de ansiedad por enfermedad<sup>(5,7)</sup>.

Coincidimos con los autores que afirman que estos cambios y la inclusión de estos nuevos diagnósticos en el DSM-5 ayudarán a mejorar la conceptualización diagnóstica de un trastorno que ya ha superado sus antiguos orígenes en el "hypochondrium"<sup>(7)</sup>.

El mayor potencial de estos dos diagnósticos se basa en su utilidad clínica. En lo que respecta al trastorno de ansiedad por enfermedad, al que nos referimos en este artículo de revisión, la utilización de la expresión "ansiedad por enfermedad" permitirá la validación de algunas preocupaciones de los pacientes y aumentará la habilidad de los médicos a comprometerse con sus pacientes y ayudarlos a aliviar su sufrimiento.

### **El trastorno de ansiedad por enfermedad**

En el trastorno de ansiedad por enfermedad existe, durante al menos 6 meses, una preocupación generalizada y no delirante, de llegar a tener (o la idea de que se tiene) una enfermedad grave. Esta preocupación produce sufrimiento y disfunción significativos en la propia vida y no puede explicarse por la presencia de otro trastorno psiquiátrico<sup>(6)</sup>.

La característica fundamental del trastorno de ansiedad por enfermedad es la preocupación, no por los síntomas, sino por la creencia de padecer una enfermedad. Esta creencia se basa en la interpretación errónea de signos y sensaciones corporales como evidencia de una enfermedad y es persistente a pesar de adecuada evaluación médica<sup>(1)</sup>.

Dado que los pacientes con trastorno de ansiedad por enfermedad centran su angustia no en

los síntomas somáticos o las quejas físicas en sí, sino más bien en el significado, la importancia y la causa de los mismos, siguen insatisfechos con el reaseguramiento brindado por los médicos. Esto genera una carga enorme para los recursos sanitarios y para los proveedores de atención médica<sup>(8,9)</sup>.

## **Etiología**

Existen varias perspectivas que intentan explicar la etiología de este trastorno<sup>(1,4,9)</sup>.

**Perspectiva del desarrollo:** se ha afirmado que las actitudes parentales hacia la enfermedad, experiencias previas con enfermedad física y actitudes adquiridas de la cultura son relevantes en la etiología del trastorno de ansiedad por enfermedad.

**Perspectiva cognitivo-conductual:** los pacientes afectados tienen umbrales bajos para el malestar físico y escasa tolerancia. Tienen ideas sobrevaloradas, cargadas con un sentido emocional y no racional. Asimismo, malinterpretan sus síntomas corporales aumentando y amplificando sus sensaciones somáticas.

**Perspectiva de aprendizaje social:** el estigma asociado al malestar psiquiátrico puede constituirse en un factor potente que lleva a la somatización. Las enfermedades orgánicas o físicas se consideran más reales y menos reprochables que los trastornos psiquiátricos<sup>(1)</sup>. Asimismo, las teorías del aprendizaje social encuadran al trastorno de ansiedad por enfermedad como un pedido de ingreso al rol del enfermo hecho por una persona que está atravesando múltiples problemas, difíciles de resolver. El rol del enfermo permitiría al paciente afectado evitar obligaciones, posponer cambios no bienvenidos y relevarlo de obligaciones y deberes.

**Perspectiva psicoanalítica:** en el trastorno de ansiedad por enfermedad los deseos agresivos y hostiles hacia las demás son transferidos a quejas físicas, de forma que el sujeto no necesitaría confrontar de un modo consciente sus impulsos inaceptables.

**Perspectiva biológica:** las disfunciones neuroquímicas del trastorno de ansiedad por enfermedad parecen ser similares a las observadas en la depresión o en los trastornos de ansiedad.

Si bien solo han sido publicados datos preliminares acerca de estas disfunciones, las mismas podrían explicar por qué los síntomas de todos estos trastornos se superponen, por qué son frecuentemente comórbidos y por qué algunos tratamientos pueden llegar a beneficiarlos a todos (por ejemplo, inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina)<sup>(9)</sup>.

## **Fisiopatología**

La fisiopatología del trastorno de ansiedad por enfermedad y de todos los trastornos somatomorfos en general es todavía un tema de debate. Damos especial importancia a la percepción y la evaluación distorsionadas de los estímulos somatosensoriales.

Se considera que en este tipo de trastornos existe una hipersensibilidad a las sensaciones corporales normales. Esta hipersensibilidad podría, asimismo, estar en línea con sesgos cognitivos que harían que los pacientes afectados interpreten cualquier síntoma físico como una enfermedad médica<sup>(10)</sup>.

Esa hipersensibilidad está en línea con el concepto clásico de "amplificación somatosensorial", que intenta explicar el proceso por el que el malestar psicológico lleva a tener una mayor sensibilidad a los síntomas físicos, o una mayor reactividad fisiológica<sup>(10)</sup>. La somatización surge, entonces, de la interacción entre las percepciones corporales (fisiológicas o mínimamente patológicas) y la atribución psicológica otorgada por el paciente<sup>(11)</sup>.

Existen diversos factores entrelazados que participan de un modo directo en la amplificación e intensificación de la experiencia sintomática y de enfermedad. Cuando estos factores se retroalimentan o refuerzan pueden conducir a la instalación de círculos viciosos y de cierta forma de "circuito cerrado". Estos factores pueden leerse en la tabla 2<sup>(9,10,11)</sup>.

**Tabla 2.** Factores implicados en la amplificación de la experiencia sintomática

- Perturbación fisiológica, como resultado de las alteraciones funcionales del sistema autónomo y su interacción con otros sistemas reguladores.
- Distrés emocional que genera malestares en forma de ansiedad, miedos, tristezas, entre otros, pero que no alcanzan un nivel para el diagnóstico clínico.
- Alteraciones de la atención, que inducen a una focalización de la misma a todo lo corporal, ignorando otras percepciones.
- Atribución errónea, por la que los pacientes ligan las sensaciones somáticas con causas patológicas.
- Interpretación catastrófica, que potencia las expectativas negativas asociadas a los síntomas y reduce la esperanza de superación.
- Un sistema de salud, que tiende a diagnosticar, ratificar, validar y asistir aisladamente los síntomas y síndromes del distrés corporal.

Todos los factores citados participan en la regulación habitual de la experiencia sintomática; cuando ésta supera los parámetros normales, todos los factores señalados pueden ser elementos etiológicos que dan lugar a la aparición de una preocupación persistente sobre el cuerpo, la salud y la enfermedad.

De todo lo expuesto, consideramos que las características centrales del trastorno de ansiedad por enfermedad son la atribución errónea y la interpretación catastrófica, lo que genera tendencia duradera a malinterpretar síntomas y signos físicos inocuos como evidencia de enfermedades graves. Tales interpretaciones de una amenaza grave a la salud se asocian con ansiedad, que a su vez lleva a una serie de cambios, como una búsqueda repetida de tranquilización, conductas de evitación y seguridad, comprobaciones corporales, aumento de la focalización en el cuerpo y atención selectiva a informaciones relacionadas con la enfermedad<sup>(11)</sup>.

## Epidemiología

La investigación epidemiológica sobre el trastorno de ansiedad por enfermedad es todavía incipiente. Se considera que registra una presencia muy superior al 1% de la que tenía la clásica hipocondría, considerándose la misma en el rango del 2-13%, con 5,72% de prevalencia vital. Existe igual afectación de hombres y mujeres<sup>(12)</sup>.

## Clínica

Como se mencionó previamente en este artículo, la característica fundamental del trastorno de ansiedad por enfermedad es la preocupación no por los síntomas, sino por la creencia de padecer una enfermedad. Esta creencia se basa en la interpretación errónea -catastrófica- de signos y sensaciones corporales como evidencia de una enfermedad<sup>(9)</sup>.

En el caso de que un síntoma o signo físico esté presente, frecuentemente es una sensación fisiológica normal (por ejemplo, mareo ortostático), una disfunción benigna y limitada (por ejemplo,

acúfenos transitorios) o un malestar corporal no indicativo de enfermedad (por ejemplo, eructos)<sup>(9)</sup>. Si una enfermedad médica está presente, la ansiedad y preocupación del paciente afectado es claramente exagerada y desproporcionada a la severidad de la enfermedad en cuestión.

La preocupación asociada a la creencia de estar enfermo está acompañada de gran ansiedad sobre la salud. Los pacientes con trastorno de ansiedad por enfermedad se angustian fácilmente sobre probables enfermedades, con solo escuchar que otra persona está enferma. Sus preocupaciones acerca de una enfermedad no diagnosticada no responden al reaseguramiento médico ni a la presencia de evidencia que demuestre que no están enfermos. La preocupación acerca de estar enfermo asume un rol prominente en la vida del paciente, afectando sus actividades diarias, su identidad, su imagen corporal y puede incluso conducir a que el paciente se vuelva inválido<sup>(6)</sup>.

Aproximadamente dos tercios de los pacientes afectados presenta al menos un trastorno psiquiátrico comórbido, principalmente trastornos de ansiedad (particularmente, trastorno de ansiedad generalizada o trastorno de pánico), trastorno obsesivo compulsivo, desórdenes depresivos y trastornos de la personalidad<sup>(1)</sup>.

Debido a su convicción de enfermedad médica, los pacientes afectados de trastorno de ansiedad por enfermedad consultan con mayor frecuencia a servicios de Medicina Interna o Medicina Familiar, antes que a servicios de salud mental. La mayoría de estos individuos tienen un extensa pero insatisfactoria historia de atención médica, aunque algunos rehúyen dicha atención. La tasa de utilización de recursos de salud por parte de estos pacientes es muy elevada, en comparación con la población general. El paciente recorre varios servicios médicos y es atendido por varios profesionales; no obstante, la idea persiste a pesar de adecuada evaluación médica y reaseguramiento. A veces, la atención médica resulta en un aumento paradójico de la ansiedad, sin soslayar la posibilidad de complicaciones derivadas de pruebas y procedimientos diagnósticos a los que el paciente es sometido. Los pacientes afectados se sienten frustrados e insatisfechos con la atención médica recibida y la consideran inútil, sintiendo que los médicos no les prestan debida atención.

Esto último puede a veces estar justificado, puesto que algunos médicos responden las exigencias de atención de estos pacientes con hostilidad o frustración, lo que resulta en falla diagnóstica y fracaso terapéutico<sup>(6)</sup>.

## **Diagnóstico**

Estos pacientes aseguran que sufren una enfermedad médica que aún no se ha detectado y no se les puede convencer de lo contrario. Perseveran en la idea a pesar de que las evaluaciones y explicaciones médicas demuestren lo contrario. La evolución suele ser episódica y estos episodios pueden, a veces, estar separados por meses o años<sup>(6)</sup>.

Para ser diagnosticado, un paciente debe presentar, por al menos 6 meses, preocupación por padecer o contraer una enfermedad, con síntomas somáticos inexistentes o leves si están presentes. En caso de existir una afección médica (o riesgo de contraerla), la preocupación del paciente es claramente excesiva o desproporcionada. El paciente, además, presenta un grado elevado de ansiedad sobre su estado de salud y presenta comportamientos excesivos relacionados con la misma (por ejemplo, comprueba repetidamente si en su cuerpo existen signos de enfermedad) o presenta evitación (por ejemplo, evita visitas al hospital o al médico). La preocupación relacionada con la enfermedad no puede explicarse mejor por otro trastorno psiquiátrico como un trastorno de síntomas somáticos, un trastorno de pánico, un trastorno de ansiedad generalizada, un trastorno dismórfico corporal, un trastorno obsesivo compulsivo o un trastorno delirante de tipo somático<sup>(6)</sup>.

Durante el diagnóstico, se debe especificar si el trastorno se acompaña de solicitud de asistencia

médica (el paciente utiliza frecuentemente los servicios de salud, visita con regularidad al médico, o se realiza pruebas diagnósticas) o si la evita.

**Diagnóstico diferencial**

En la tabla 3 se presentan de manera somera los diagnósticos diferenciales a tener en cuenta <sup>(6,9)</sup>.

**Tabla 3.** Diagnósticos diferenciales del trastorno de ansiedad por enfermedad

<p><b>Enfermedades médicas</b></p>	<p>La presencia de una enfermedad médica no excluye la posibilidad de la coocurrencia de un trastorno de ansiedad por enfermedad. Si la enfermedad médica está presente, la ansiedad es claramente desproporcionada en pacientes afectados de trastorno de ansiedad por enfermedad.</p>
<p><b>Trastorno de síntomas somáticos</b></p>	<p>El trastorno de síntomas somáticos es diagnosticado cuando síntomas somáticos significativos están presentes. Por el contrario, los pacientes con trastorno de ansiedad por enfermedad tienen síntomas somáticos mínimos y están principalmente angustiados por la creencia de estar enfermos.</p>
<p><b>Trastornos de ansiedad</b></p>	<p>En el trastorno de ansiedad generalizada, los pacientes afectados se preocupan por diversos eventos, situaciones o actividades de la vida diaria, y no solo por su salud. En el trastorno de pánico, los pacientes afectados pueden estar preocupados por la creencia de que las crisis de pánico reflejen una enfermedad de base; no obstante, aunque estos pacientes pueden presentar ansiedad relativa a su salud, la misma es típicamente aguda y episódica.</p>
<p><b>Trastorno obsesivo compulsivo</b></p>	<p>Los pacientes con trastorno de ansiedad por enfermedad pueden tener pensamientos intrusivos acerca de estar enfermos y estos podrían estar asociados a comportamientos compulsivos (por ejemplo, buscar asistencia y reaseguro). No obstante, en el trastorno de ansiedad por enfermedad las preocupaciones están usualmente enfocadas en padecer una enfermedad, mientras que en el trastorno obsesivo compulsivo, los pensamientos intrusivos se enfocan en miedos a contraer una enfermedad en el futuro.</p>
<p><b>Trastornos psicóticos</b></p>	<p>Los pacientes con trastorno de ansiedad por enfermedad no son delirantes y pueden reconocer la posibilidad de que la enfermedad temida no existe. Sus ideas no tienen la rigidez ni la intensidad observadas en los delirios somáticos que ocurren en los trastornos psicóticos (por ejemplo, trastorno delirante de tipo somático, esquizofrenia, trastorno depresivo mayor con síntomas psicóticos).</p>

## **Tratamiento**

El tratamiento se basa los siguientes principios <sup>(9,13)</sup>:

- Establecer una firme alianza terapéutica con el paciente.
- Educar al paciente acerca de las manifestaciones de su padecimiento.
- Ofrecer al paciente reaseguramiento constante.
- Optimizar la habilidad del paciente para enfrentarse a los síntomas, antes que tratar de eliminarlos.
- Evitar realizar pruebas diagnósticas innecesarias.

La herramienta terapéutica más poderosa es el propio médico y su habilidad para prestar atención, preocupación e interés hacia el sufrimiento del paciente. Esto puede ayudar a romper el círculo patológico de interacciones maladaptativas entre el paciente y su médico, así como a evitar que el paciente recorra de un médico a otro <sup>(9,13)</sup>.

## **Psicoterapia e intervenciones psicosociales**

Estudios clínicos controlados sugieren que la terapia cognitivo conductual es eficaz en el tratamiento del trastorno de ansiedad por enfermedad <sup>(14)</sup>. Asimismo, la terapia de grupo ha demostrado ser beneficiosa. En ambas modalidades, el objetivo es cambiar el centro de la atención desde la búsqueda de una enfermedad médica inexistente a la aceptación de las raíces psicológicas del problema <sup>(1)</sup>. Y como paso siguiente abordar, buscar y modificar la percepción o conducta que sostiene el trastorno.

Diversos estudios han demostrado la valía que posee la educación del médico en el manejo de un paciente con trastorno de ansiedad por enfermedad u otro trastorno de síntomas somáticos. Las intervenciones psicosociales dirigidas por médicos (psiquiatras o internistas/médicos de familia entrenados) son la base para un tratamiento exitoso <sup>(15)</sup>.

Se debe animar a los pacientes a mantenerse activos, limitando así el efecto que el trastorno podría tener en su calidad de vida y su funcionamiento diario. El médico debe ofrecer un reaseguramiento constante al paciente y comprender que muchas veces el paciente será reticente a aceptar explicaciones sobre la ausencia de una enfermedad.

Finalmente, la familia del paciente no debe preocuparse en demasía por los síntomas expresados por el paciente (evitando así conductas de reforzamiento de los mismos). La familia debe ser instruida para ofrecer contención y apoyo constantes al paciente.

## **Recomendaciones farmacológicas**

La farmacoterapia es utilizada como adyuvante de la psicoterapia y de la psicoeducación. Los objetivos de la farmacoterapia son reducir síntomas comórbidos y trastornos concurrentes (por ejemplo, depresión), prevenir complicaciones y, en algunas circunstancias, reducir los síntomas hipocondriacos.

Los agentes farmacológicos que pueden utilizarse son:

Antidepresivos: aquellos con evidencia para el tratamiento de trastornos depresivos o ansiosos concurrentes con un trastorno de ansiedad por enfermedad son todos los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS, fluoxetina, paroxetina, citalopram, escitalopram, fluvoxamina, sertralina), un inhibidor de la recaptación de noradrenalina y serotonina (IRNS, venlafaxina) y dos



tricíclicos (clomipramina e imipramina)<sup>(16,17,18)</sup>. Las dosis son las usuales para un trastorno depresivo o de ansiedad.

Beta bloqueantes: Los síntomas de hiperactividad autonómica asociada a la significativa ansiedad que presentan los pacientes afectados pueden ser manejados con propranolol (10-40 mg/día).

Benzodiazepinas: las benzodiazepinas pueden ser utilizadas para manejar síntomas intensos de ansiedad en estos pacientes. Se destaca que las mismas deben ser indicadas con sumo cuidado, debido al riesgo aumentado que tienen los pacientes con trastorno de ansiedad por enfermedad de abusar de la mismas<sup>(16,19)</sup>.

Antipsicóticos: los antipsicóticos han demostrado ser eficaces para reducir la morbilidad asociada a este trastorno, en particular en presencia de ansiedad comórbida intensa o preocupaciones hipocondríacas que imitan obsesiones o delirios. Los antipsicóticos con mayor evidencia a la fecha son la risperidona y la olanzapina<sup>(16,18,20)</sup>.

## CONCLUSIONES

- La característica fundamental del trastorno de ansiedad por enfermedad es la preocupación no por los síntomas, sino por la creencia de padecer una enfermedad. Esta creencia se basa en la interpretación errónea de signos y sensaciones corporales como evidencia de una enfermedad y es persistente a pesar de adecuada evaluación médica.
- En los pacientes con este trastorno predominan la atribución errónea y la interpretación catastrófica. Esto genera en ellos una tendencia duradera a malinterpretar síntomas y signos físicos inocuos como evidencia de enfermedades graves.
- Las interpretaciones erróneas de una amenaza grave a la salud se asocian con ansiedad, que a su vez lleva a una serie de cambios, como una búsqueda repetida de tranquilización, conductas de evitación y seguridad, comprobaciones corporales recurrentes y aumento de la focalización en el cuerpo.
- La preocupación asociada a la creencia de estar enfermo está acompañada de gran ansiedad sobre la salud. Los pacientes con trastorno de ansiedad por enfermedad se angustian fácilmente sobre probables enfermedades, con solo escuchar que otra persona está enferma. Sus preocupaciones acerca de una enfermedad no diagnosticada no responden al reaseguramiento médico ni a la presencia de evidencia que demuestre que no están enfermos.
- La herramienta terapéutica más poderosa es el propio médico y su habilidad para prestar atención, preocupación e interés hacia el sufrimiento del paciente. Esto puede ayudar a romper el círculo patológico de interacciones maladaptativas entre el paciente y su médico, así como evitar que el paciente recorra de un médico a otro.
- La psicoterapia y la psicoeducación son los enfoques de tratamiento más ampliamente aceptados y exitosos para este tipo de pacientes. La farmacoterapia se utiliza como adyuvante, en el manejo de trastornos comórbidos.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Brítez Cantero J, Torales Benítez J, Valenzuela Hermosa C, Chávez ME. Trastornos somatomorfos. En: Arce Ramírez A, Torales Benítez J, editores. El libro azul de la psiquiatría. Asunción: EFACIM; 2012. p. 185-204.
2. Fergus TA, Valentiner DP. Disease phobia and disease conviction are separate dimensions underlying hypochondriasis. *J Behav Ther Exp Psychiatry*. 2010; 41(4): 438-44.
3. Diez-Quevedo C, Rangil Muñoz T, Sánchez Planell L. Situación actual de la hipocondría. *Psiquiatr Biol* 2003; 10(3): 87-95.
4. Barsky AJ, Wyshak G, Klerman GL. Hypochondriasis. An evaluation of the DSM-III criteria in medical outpatients. *Arch Gen Psychiatry* 1986; 43: 493-500.
5. Starcevic V. Should we deplore the disappearance of hypochondriasis from DSM-5? *Aust N Z J Psychiatry*. 2014; 48(4): 373-4.
6. American Psychiatric Association, edited. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. Arlington: APA; 2013.
7. Brakoulias V. DSM-5 bids farewell to hypochondriasis and welcomes somatic symptom disorder and illness anxiety disorder. *Aust N Z J Psychiatry*. 2014; 48(7): 688.
8. Almalki M, Al-Tawayjri I, Al-Anazi A, Mahmoud S, Al-Mohrej A. A recommendation for the management of illness anxiety disorder patients abusing the health care system. *Case Reports in Psychiatry*. 2016; 2016: ID 6073598.
9. Kahn D. Hypochondriasis [Internet]. New York: Medscape; 2016 [cited 2017 January 26]. Available from: <http://emedicine.medscape.com/article/290955-overview>.
10. Zegarra H, Guzmán R. Trastorno de somatización, trastorno por somatización, somatización. *Rev Papeña Med Fam* 2007; 4(6):144-8.
11. Kirmayer LJ, Sartorius N. Cultural models and somatic syndromes. *Psychosom Med*. 2007 69(9): 832-40.
12. Rodríguez-Testal JF, Senín-Calderón C, Perona.Garcelán S. From DSM-IV-TR to DSM-5: Analysis of some changes. *Int J Clin Health Psychol*. 2014; 14(3): 221-31.
13. Harrington P. Obsessive compulsive disorder with associated hypochondriasis. *BMJ*. 2008; 336(7652):1070-1.
14. McManus F, Surawy C, Muse K, Vazquez-Montes M, Williams JM. A randomized clinical trial of mindfulness-based cognitive therapy versus unrestricted services for health anxiety (hypochondriasis). *J Consult Clin Psychol*. 2012; 80(5): 817-28.
15. Martin A, Rauh E, Fichter M, Rief W. A one-session treatment for patients suffering from medically unexplained symptoms in primary care: a randomized clinical trial. *Psychosomatics*. 2007; 48(4): 294-303.
16. Torales J, Arce A, Zacarías M, Giralda N, Moreno M, Szwako A, et al. La guía TAZ de psicofarmacología clínica. Asunción: EFACIM; 2014.
17. Stahl S. Psicofarmacología Esencial de Stahl: guía del prescriptor. 3ª ed. Madrid: Aula Médica; 2010.
18. Sadock BJ, Sadock VA, Sussman N. Manual de bolsillo de tratamiento psicofarmacológico. Barcelona: Wolters Kluwer-Lippincott Williams & Wilkins; 2012.
19. Preston J, Johnson J. Clinical psychopharmacology made ridiculously simple. 8ª ed. Sacramento: MedMaster; 2014.
20. Swinson RP, Antony MM, Bleau P, Chokka P, Craven M, Fallu A et al. Clinical practice guidelines: management of anxiety disorders. *Can J Psychiatry* 2006; 51(2): 1-92.