



## **INTERPSIQUIS**

Congreso Virtual Internacional de Psiquiatría,  
Psicología y Salud Mental

### **DE LA HIPOCONDRIA AL DELIRIO SOMÁTICO**

Silvia Cañas Jiménez, Sandra Quirós Herranz, M<sup>a</sup> Amparo González Yago, Alejandro Álvarez Hernández, Belén del Carmen Alemán Gutierrez, Jonay Francisco Herrera Rodríguez

[Silvia.cj1990@gmail.com](mailto:Silvia.cj1990@gmail.com)

Hipocondría, psicósomático, somatomorfo, delirio somático

Hypochondriasis, psychosomatics, somatoform disorders, somatic delusion.

### **RESUMEN**

La hipocondría es un trastorno mental en el que aparece preocupación persistente acerca de padecer una o varias enfermedades somáticas graves, aquejando al paciente síntomas somáticos persistentes o preocupaciones excesivas por el aspecto físico. El enfermo tiende a pedir continuamente exploraciones y pruebas complementarias para intentar dilucidar la enfermedad subyacente que cree padecer. Sin embargo suele ser reactivo a todo tipo de intervenciones farmacológicas, pues manifiesta además un intenso temor a los posibles secundarismos derivados de las mismas. En algunos casos, las ideas hipocondriacas pueden inundar completamente la vida del paciente, generando una pérdida total del funcionamiento previo y adquiriendo una cualidad que roza el psicoticismo, siendo muy difícil determinar el punto de inflexión entre la preocupación hipocondriaca y el delirio somático. Cuando encontramos estos cuadros, en los que se entremezclan preocupaciones hipocondriacas con síntomas somatomorfos y dismorfofóbicos debe hacerse un correcto diagnóstico diferencial.

No es infrecuente que, en nuestra práctica habitual, los límites entre los cuadros clínicos sean más difusos que los que ofrecen, a nivel teórico, los sistemas de clasificación internacional. Ejemplo de ello son las teorías clásicas del síndrome axil común o psicosis única, que han experimentado un resurgir en los últimos años.

A lo largo de esta revisión se abordará la concepción clásica y la concepción más actual de la hipocondría, se revisará el cambio de paradigma diagnóstico en las recientes ediciones de los sistemas de clasificación internacional y se reflexionará sobre la delgada línea que separa este trastorno de otros diagnósticos de base delirante.

## **DE LA HIPOCONDRIA AL DELIRIO SOMÁTICO**

### **ABSTRACT**

Hypochondriasis is a mental disorder in which there is persistent concern about having one or more serious somatic diseases, with persistent somatic symptoms or excessive concerns about physical appearance. The patients tend to continually request additional examinations and tests to elucidate the underlying disease that they think they suffer. However, they are usually reluctant to all kinds of pharmacological interventions, as they also manifest an intense fear of the possible secondary effects derived from them. In some cases, hypochondriacal ideas can completely flood the life of the patient, generating a total loss of previous functioning and acquiring a quality that borders on psychoticism, being very difficult to determine the inflection point between hypochondriacal worries and somatic delusional disorder. When we find these pictures, in which hypochondriacal concerns are mixed with somatoform and dysmorphophobic symptoms, a correct differential diagnosis must be made.

It is not infrequent that, in our usual practice, the boundaries between clinical pictures are more diffuse than those offered, at a theoretical level, by international classification systems. An example of this are the classic theories of the common axil syndrome or single psychosis, which have experienced a resurgence in recent years.

Throughout this review, the classical conception and the most current conception of hypochondria will be addressed, the diagnostic paradigm shift in recent editions of the international classification systems will be reviewed, and it will reflect on the thin line that separates this disorder from others delusional-based diagnoses.

### **DE LA HIPOCONDRIA AL DELIRIO SOMÁTICO**

La hipocondría es un trastorno mental en el que aparece preocupación persistente acerca de padecer una o varias enfermedades somáticas graves, aquejando al paciente síntomas somáticos persistentes o preocupaciones excesivas por el aspecto físico. El enfermo tiende a pedir continuamente exploraciones y pruebas complementarias para dilucidar la enfermedad subyacente que cree padecer. Sin embargo es reacio a todo tipo de intervención farmacológica, pues manifiestan un intenso temor a posibles secundarismos. En algunos casos, las ideas hipocondriacas pueden inundar completamente la vida del paciente, adquiriendo una cualidad que roza el psicoticismo, siendo muy difícil determinar el punto de inflexión entre la preocupación hipocondriaca y el delirio somático.

## DE LA HIPOCONDRIA AL DELIRIO SOMÁTICO

A propósito del siguiente caso clínico se expone una reflexión acerca del concepto de la hipocondría y su diagnóstico diferencial, especialmente con el delirio somático.

Se presenta el caso de una mujer de 63 años que comienza con preocupaciones de tinte hipocondríaco a raíz del confinamiento por SARS-CoV-2, durante el primer semestre de 2020.

Como antecedentes personales destaca la superación de un cáncer de mama hace 3 años que requirió tratamiento con tumorectomía, quimioterapia y radioterapia, así como tratamiento hormonal con exemestano, fármaco que mantiene en la actualidad hasta conseguir finalizar un ciclo de 5 años. Como único antecedentes psiquiátrico consta tratamiento con mirtazapina durante unos 6 meses durante dicho proceso oncológico. Como antecedentes familiares destaca depresión en una tía materna y esquizofrenia en un primo por parte de padre. A nivel sociofamiliar se trata de una paciente de elevado funcionamiento, casada sin hijos, con formación universitaria, profesora de profesión aunque jubilada hace unos dos años, con buenas relaciones de amistad y una vida social fructuosa.

El cuadro clínico actual se inicia tras el confinamiento por SARS-CoV-2, cuando la paciente empieza a mostrar el convencimiento de que ha padecido dicha infección vírica y que, a consecuencia de ella, presenta una carraspera faríngea persistente. Se decide someter a varias pruebas PCR y serológicas para intentar demostrar su teoría, obteniendo resultados repetidamente negativos. Convencida de que los resultados reflejaban falsos negativos, decide consultar a varios especialistas en otorrinolaringología, incluso uno de ellos llega a realizarle una laringoscopia, obteniéndose siempre resultados anodinos. La paciente continúa su periplo por otros tantos especialistas para intentar dilucidar lo que le ocurre, alegando además sentirse anérgica, débil y mareada, llegando a ser vista en varias ocasiones por neumólogos e internistas, hasta que finalmente, y por insistencia de los profesionales y de su familia, decide acudir al psiquiatra. Durante varios meses acude a 4 especialistas diferentes de la psiquiatría, quienes pautan tratamiento con distintos antidepresivos y benzodiazepinas, La paciente comienza a verbalizar que se encuentra con mal estado general, que percibe calambres y pinchazos en las extremidades, que siente náuseas, que se encuentra con una debilidad extrema, que tiene temblores, etc... A raíz de continuas búsquedas a través de internet, comienza a verbalizar varios padecimientos: una especie de síndrome serotoninérgico, dependencia y abstinencia a benzodiazepinas, recidiva de su antiguo proceso oncológico mamario, así como un glaucoma que le está haciendo perder visión y por el que acude también a oftalmología, sin objetivarse nuevamente ninguna alteración.

## DE LA HIPOCONDRIA AL DELIRIO SOMÁTICO

La situación de deterioro y autoabandono es cada vez mayor, de forma que la paciente se encierra en casa, pierde el contacto con su familia, pasa el día en actitud de clinofilia y deja de realizar sus tareas habituales (ir al gimnasio, a la peluquería, hacer la compra, salir a cenar con su marido, etc). Es tal el grado de debilidad que refiere tener, que la última cita de psiquiatría se realiza en el domicilio, ya que la paciente expresa imposibilidad para salir dado "su avanzado estado de gravedad". Convencida posteriormente de que lo que le ocurre es algún tipo de síndrome de sensibilidad a fármacos decide abandonar todo tratamiento, momento en el que el cuadro se exagera. La paciente acude varias veces al servicio de urgencias muy angustiada asegurando que va a morir de forma inmediata, exigiendo todo tipo de pruebas, rechazando todo resultado anodino de las mismas, y pidiendo ingreso en cuidados intensivos. Finalmente se cursa ingreso en la planta de psiquiatría con sospecha diagnóstica de hipocondría delirante.

Durante los primeros días en planta de psiquiatría, la paciente muestra convencimiento absoluto de muerte inminente, llegando a afirmar padecer una infección generalizada, tipo septicemia, a raíz de un pequeño corte superficial de milímetros en unos de sus dedos. Así mismo asegura que presenta una "caquexia irreversible", a pesar de que todos los valores analíticos nutricionales están dentro de la normalidad y de que su IMC se encuentra dentro de los rangos del normopeso. Por otro lado, mantiene una visión disforme de su piel, afirmando que ha perdido el colágeno estructural y que la siente "quemada" ya que está "áspera como un pergamino". Manifiesta una serie de síntomas somatoformes muy inespecíficos acerca de encontrarse fatigada, con un sabor extraño en la boca, anérgica, con sensación de pinchazos y quemazón en las extremidades y mareos. Su angustia llega a un grado de cualidad psicótica de tal forma que, aunque reitera que su problemática no es mental, el intenso temor a toda prueba complementaria que requiera productos farmacológicos, como por ejemplo los TAC, que requieren en algunas ocasiones contrastes yodados, hace que se niegue a dichas exploraciones complementarias.

Ante la gravedad del cuadro, se notifica el ingreso al juzgado y se decide iniciar tratamiento con ISRN, dada la repercusión afectiva de la clínica, junto a dosis bajas de clonazepam y dosis medias de antipsicóticos.

La palabra hipocondría deriva clásicamente del griego y significa «debajo del cartílago», haciendo alusión a la zona que se encuentra debajo de los últimos cartílagos costales, ya que, en los inicios de la medicina, los griegos creían que la hipocondría era una afección somática que afectaba a los órganos abdominales. Concretamente se le atribuye a Diocles de Caristo, alumno de Hipócrates en el siglo IV a.C., la primera descripción de la hipocondría, haciendo de ella un cuadro emparentado con una gastritis.

## DE LA HIPOCONDRIA AL DELIRIO SOMÁTICO

Tiempo después, Galeno le reprocharía a este autor el no haber tenido en cuenta la vinculación existente entre hipocondría y melancolía: sufrimientos del alma, temor y tristeza, ya descritas por Hipócrates en relación a la bilis negra. Como recogen los textos, la medicina antigua, citando a Hipócrates, considera que un desequilibrio en alguno de los cuatro humores (bilis amarilla, flema, sangre, bilis negra), en este caso un exceso de bilis negra, tendría el poder de atacar selectivamente el pensamiento<sup>1</sup>.

Posteriormente Sydenhám 1697 la propuso como forma masculina de la histeria y a principios del siglo XX se volvió a vincular a la neurastenia y a la histeria, siendo definida por Gillespie como una enfermedad con características propias: 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<sup>2</sup>.

De forma más contemporánea, fue definida como la preocupación o el miedo a tener, o la creencia de que ya se tiene, una enfermedad física grave, basándose en la interpretación errónea de síntomas corporales. Los pacientes que experimentan este trastorno presentan una atribución errónea y una interpretación catastrófica denominada "amplificación somatosensorial", que consiste en una clara tendencia a malinterpretar síntomas y signos físicos inocuos como evidencia de enfermedades graves.

En un principio autores clásicos recalcaron la importancia de cinco criterios esenciales en la hipocondría: convicción de enfermedad; miedo a la enfermedad; preocupación corporal (atención focalizada, interés y vigilancia sobre funciones y sensaciones corporales); síntomas somáticos; y conductas hipocondríacas (comprobaciones repetidas sobre la salud, incluyendo el diagnóstico y la búsqueda de tranquilización).

Atendiendo a la actual clasificación CIE-10; la hipocondría quedaría situada dentro de los trastornos somatomorfos (junto con el trastorno de somatización, la disfunción vegetativa somatomorfa o el trastorno de dolor persistente entre otros). El rasgo fundamental de dichos trastornos es la presencia reiterada de síntomas somatoformes acompañados de demandas persistentes del paciente por descubrir una problemática orgánica que en realidad no tiene, a pesar de repetidos resultados negativos de exploraciones y pruebas complementarias, con continuas garantías de los médicos acerca de que los síntomas no tienen una justificación de organicidad. Debe tenerse en cuenta que en algunos casos sí existe realmente una patología somática subyacente, pero su nivel de gravedad no explicaría la intensidad de la repercusión emocional ni la intensidad sintomática<sup>3</sup>.

Por otro lado, atendiendo a la clasificación americana DSM, debido a que el término hipocondría comenzó a recibir significativos cuestionamientos, la Asociación Americana de Psiquiatría decidió eliminarlo en esta 5ª edición.

## DE LA HIPOCONDRIA AL DELIRIO SOMÁTICO

Por un lado, consideraron que el término poseía connotaciones peyorativas y estigmatizantes, y que quedaba ya alejado de su concepción actual, pues etimológicamente sabemos que se refería a una alteración abdominal. Por otro lado, han considerado que el término era demasiado inespecífico y heterogéneo. Debido a ello, la quinta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico (DSM-5) de la Asociación Americana de Psiquiatría introdujo dos nuevos trastornos para reemplazar a la antigua hipocondría: el trastorno de síntomas somáticos y el trastorno de ansiedad por enfermedad. De esta forma aproximadamente el 75% de los pacientes con un antiguo diagnóstico DSM de hipocondría (según el DSM-IV) 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 el trastorno de síntomas somáticos, cursa con síntomas disruptivos y angustiantes, mientras que están ausentes o sólo mínimamente presentes en el trastorno de ansiedad por enfermedad<sup>4</sup>.

A nivel descriptivo, la característica fundamental de la sintomatología experimentada en el trastorno hipocondríaco es la preocupación persistente por padecer una o varias enfermedades somáticas graves, puesta de manifiesto por quejas somáticas persistentes o preocupaciones por el aspecto físico (dismorfofobia). Con frecuencia el paciente valora fenómenos corporales normales como síntomas excepcionales, que le llevan a establecer conclusiones sobredimensionadas.

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<sup>5</sup>. La preocupación no atiende a los resultados negativos de las pruebas complementarias, ni mucho menos a las explicaciones médicas que se les pueda ofrecer. Generalmente permanecen insatisfechos con las evaluaciones negativas y consultan a varios médicos por el mismo problema. Suelen tachar de incompetentes a los profesionales que previamente les han atendido, reprochando que han pasado por alto su grave condición médica, lo que podría acarrearles terribles consecuencias. Con respecto a las intervenciones exploratorias, las pruebas complementarias y las intervenciones farmacológicas, los pacientes experimentan frecuentes efectos secundarios inusuales y extraños después de leer la información de prescripción o los documentos de consentimiento informado. Los hipocondríacos con frecuencia se presentan con escasa comprensión de lo irracional de sus síntomas y teorías médicas, a diferencia de los obsesivos, que suelen reconocer lo absurdo y sobredimensionado de su preocupación.

## DE LA HIPOCONDRIA AL DELIRIO SOMÁTICO

Debido a sus continuas preocupaciones de salud, tensan las relaciones sociales agotando a su entorno sociofamiliar inmediato; amigos y familiares no logran involucrar al paciente en otro tipo de actividades o conversaciones fuera de esta temática de enfermedad. Acaban permitiendo que los problemas de salud perjudiquen el desempeño de sus actividades habituales, limitando de forma importante su funcionamiento previo. En definitiva, están tan preocupados con sus comportamientos de control corporal y preocupaciones sobre su salud que su funcionamiento social y ocupacional puede verse significativamente afectado<sup>6</sup>. Es cada vez más frecuente que el paciente hipocondriaco nutra sus preocupaciones realizando búsquedas incesantes de información médica a través de internet, una herramienta de información poderosa, pero destructiva en el caso de padecer dicho trastorno. De hecho, es tan frecuente que todos recurramos a internet para realizar búsquedas de este tipo, que en varias encuestas realizadas en 9 países se objetivó que 3 de cada 4 personas reconocían haber realizado este tipo de consultas a través de la red, y concretamente en EEUU el 62% de los encuestados lo había realizado dentro del último mes<sup>7,8</sup>.

En este sentido, hace unos años se acuñó el término "cibercondría" para designar así a la "hipocondría virtual", una forma de hipocondría relacionada con el uso de medios digitales que consistiría en la angustia patológica experimentada después de buscar información médica y abordar problemas de salud a través de internet. Aunque este comportamiento se origina con la intención de obtener sensación de seguridad, la realidad es que termina desplegando un carácter repetitivo y excesivo, lo que nos lleva a obtener lo contrario a lo deseado, empeorando las preocupaciones y desarrollando angustia por enfermedad.

Uno de los riesgos a tener en cuenta en la cibercondría es que los pacientes desarrollen excesiva confianza hacia la información que obtienen de fuentes on-line, generándose desconfianza hacia el médico y suponiendo esto mayor probabilidad de automedicación. Se debe tener en cuenta que este comportamiento de búsqueda no es una actividad placentera para el sujeto, sino que produce sensaciones angustiantes, a diferencia de la búsqueda en línea ocasional, impulsada por la curiosidad o la necesidad de aprender, que produce un efecto tranquilizador y conduce a sensaciones de alivio y sosiego<sup>9-11</sup>. Aunque la prevalencia de este trastorno es desconocida en nuestro país y en muchos otros, teniendo en cuenta que nos encontramos viviendo en la actual situación de pandemia mundial por SARS-CoV-2, no es extraño pensar que se haya producido un repunte de estas conductas cibercondriacas. Como sabemos, internet es una de las fuentes más utilizadas para la búsqueda de información médica y esta conducta de búsqueda de información tiende a incrementarse normalmente en contextos de brotes epidemiológicos.

## DE LA HIPOCONDRIA AL DELIRIO SOMÁTICO

También es cierto que actualmente se ha encontrado un repunte de la ansiedad experimentada en relación a la salud, siendo la principal preocupación el estar infectado por SARS-CoV-2<sup>12</sup>. Las elevadas tasas de morbilidad a nivel global que ha producido el COVID están generando un impacto considerable en la salud mental de la población; algunos expertos han llamado a esta devastadora consecuencia "ola silenciosa u ola invisible". Es probable que, durante un brote epidemiológico viral, las sensaciones o síntomas corporales se sobredimensionen y se interpreten de forma errónea, induciendo a que las personas creen que estén infectadas; en esta situación, la búsqueda de información médica en internet se comportaría como un reforzador que mantiene y potencia este círculo vicioso. Aunque recientemente se han iniciado varias investigaciones sobre ansiedad y temas de salud mental en el contexto de la actual pandemia, y en este sentido se ha hipotetizado que sean más vulnerables a estos cuadros las personas con rasgos de ansiedad o patología psiquiátrica diagnosticada; no se ha podido concluir de forma evidente esta relación en cuanto a estos y otros factores de vulnerabilidad para este espectro patológico<sup>13-16</sup>.

Volviendo propiamente a la hipocondría, se debe mencionar que estos trastornos suelen debutar en la edad adulta y se distribuyen de forma similar en ambos sexos. Estudios realizados desde atención primaria en España han denotado una prevalencia superior al 5%<sup>17</sup>. En cuanto a la evolución, el trastorno manifiesta un curso crónico aunque con oscilaciones en intensidad, con períodos de agudización y de atenuación de los síntomas. Los episodios agudos pueden tener una duración de meses o años, separados por períodos de inactividad igualmente prolongados. Los períodos de agravamiento suelen precipitarse ante situaciones estresantes de diversa índole pero especialmente ante aquellas situaciones en las cuales el paciente es confrontado con la enfermedad de forma cercana: por sufrir realmente una patología grave a nivel orgánico, por padecerla algún familiar o amigo, o por obtener información de aspectos concretos de una enfermedad a través de los medios de comunicación<sup>18</sup> (como por ejemplo actualmente está ocurriendo con la pandemia SARS-CoV-2). En muchos casos el trastorno es limitante e incapacitante (en un estudio norteamericano se objetivó persistencia de criterios diagnósticos tras 5 años en un 63.5%)<sup>17</sup>; aunque existen ciertas características que hacen más frecuente que se produzca una buena evolución clínica, como son: el inicio súbito de los síntomas, la respuesta al tratamiento ansiolítico y/o antidepressivo, una situación socioeconómica favorable, la ausencia de un trastorno de la personalidad y la ausencia de una afección médica no psiquiátrica relacionada<sup>19</sup>.

Las comorbilidades son altamente frecuentes en este trastorno, especialmente con los cuadros afectivos depresivos (40%), pero también con cuadros de angustia (10-20%), trastorno obsesivo-compulsivo (5-10%) y trastorno de ansiedad generalizada<sup>17</sup>.



## DE LA HIPOCONDRIA AL DELIRIO SOMÁTICO

En cuanto al diagnóstico diferencial se debe diferenciar el trastorno hipocondríaco de las siguientes entidades médicas y psiquiátricas:

- Otras afecciones médicas: Siempre que encontremos síntomas de apariencia somática se debe descartar enfermedad médica subyacente que pudiera justificar la clínica del paciente. No obstante, aunque existiera una enfermedad médica, ésta no descarta la posibilidad de que coexista un trastorno hipocondríaco, pues los síntomas somáticos y preocupaciones pueden manifestarse de forma claramente desproporcionada a su gravedad. En estos casos podríamos hacer el diagnóstico de ambos padecimientos.
- Trastorno de somatización: En la hipocondría el énfasis del paciente se encuentra sobre la posible enfermedad que cree padecer, más que en los propios síntomas que aqueja. El paciente hipocondríaco tiende a pedir exploraciones continuamente para intentar confirmar la naturaleza de la enfermedad que sospechan y suelen ser muy irregulares con el cumplimiento farmacológico por temor a los propios fármacos y sus posibles secundarismos. Sin embargo los pacientes con trastorno por somatización suelen tender a solicitar intervenciones farmacológicas o incluso quirúrgicas para intentar hacer desaparecer los síntomas, ya que la preocupación está fundamentalmente centrada en la existencia y el deseo de alivio de los mismos<sup>3</sup>.
- Trastorno obsesivo-compulsivo: 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 o realizar conductas de autochequeo). 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, conservando normalmente el insight suficiente para considerar esta preocupación desmedida o escasamente fundamentada.
- Trastorno depresivo: si el trastorno depresivo cursa con síntomas somáticos, es posible que aparezcan ideas hipocondríacas, así como cuando el episodio depresivo es particularmente intenso. 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 faltar en la hipocondría (anhedonía, cansancio, pérdida de atención, insomnio; anorexia, descenso de la libido, etc.).
- Trastorno de ansiedad: Los pacientes con trastorno hipocondríaco pueden manifestar ataques de pánico en relación a preocupaciones de enfermedad, aunque en general, su preocupación y miedo por la salud es persistente.

## DE LA HIPOCONDRIA AL DELIRIO SOMÁTICO

No obstante, los pacientes con trastorno de angustia, pueden manifestar preocupación porque los ataques de pánico sean secundarios a una enfermedad médica, pero esta ansiedad por la salud es típicamente aguda y episódica.

- Trastorno de ideas delirantes: Las creencias del hipocondriaco en teoría no tienen la misma firmeza que las del paciente delirante. El hipocondríaco debería considerar la posibilidad de que realmente no padezca la enfermedad temida, siendo sus ideas menos rígidas e intensas que las observadas en los delirios somáticos.

La duda que nos surge al abordar el caso clínico que arriba se detalla es la siguiente; ¿Estamos ante un caso de hipocondría grave, más cercana a la neurosis?, ¿o por el contrario se ha rebasado el límite de la coherencia y del juicio de realidad crítico y nos encontramos ante un trastorno psicótico?. Se tratará entonces de saber si esta convicción delirante sobreviene en un cuadro neurótico o psicótico. En teoría, distinguir si las ideas muestran convicción de creencia o de certitud podría guiarnos en este planteamiento. El sujeto psicótico, aun cuando exprese que aquello que siente no es del orden de la realidad, debería no modificar su certidumbre; esta certeza es radical<sup>20</sup>. El neurótico hipocondríaco podría tener cierta conciencia de su tendencia sobredimensionar e interpretar, aunque muchas veces el paciente no logra alcanzar dicho insight.

A nuestro entender, el punto de inflexión entre la hipocondría grave y el delirio somático no es tan tangible en la práctica clínica como en un principio podría parecer, y forzar a que lo sea, solamente nos hace caer en una utópica ilusión que se va desvaneciendo cuanto mayor es el número de pacientes que conocemos en nuestra práctica habitual.

Como ocurre en el caso de nuestra paciente, en algunas ocasiones se objetivan cogniciones de contenido hipocondríaco que a su vez presentan características delirantes (en relación a la certeza, grado de repercusión e intensidad), de forma que no terminan de encajar de forma absoluta en ninguna de las clasificaciones internacionales.

Por otro lado, también podríamos replantearnos el cuadro desde la perspectiva afectiva, ya que un alto porcentaje de pacientes con síntomas hipocondriacos, con o sin características delirantes, presentan además síntomas que cumplen criterios para episodio depresivo.

Cuando vemos a un paciente de estas características es muy complicado averiguar a nivel retrospectivo qué se desarrolló primero; si comenzó con síntomas hipocondriacos que fueron ganando intensidad hasta adquirir cualidades psicóticas y eso derivó en un episodio depresivo ante la importante angustia sufrida, la limitación de la funcionalidad y la claudicación familiar, o si por el contrario, el cuadro se pudo iniciar con un episodio depresivo de

## DE LA HIPOCONDRIA AL DELIRIO SOMÁTICO

ideas catastrofistas centradas en el cuerpo y la salud, que fueron adquiriendo un tinte delirante, formando parte de una depresión grave con síntomas psicóticos.

La psiquiatría clásica ha destacado, desde antaño, la presencia de sintomatología hipocondríaca en los delirios crónicos. En la escuela francesa Morel insinuó que el delirio hipocondríaco constituía el primer período de una entidad más grande, el «delirio crónico». Sin embargo, Gérente destacó la posibilidad de que ciertos pacientes quedaran confinados a este primer período, el del delirio hipocondríaco, sin discurrir hacia el delirio de persecuciones<sup>21</sup>. Por otro lado, en la escuela alemana, Leonhard describió la Parafrenia Hipocondríaca, que se desprendía de la Parafrenia Fantástica, pero que adquiría cuerpo nosológico propio. Si bien ambas compartían las ideas de influencia corporal (incluidas las ideas de influencia sexual), en la parafrenia hipocondriaca predominarían las alteraciones perceptivas cenestésicas junto a una timia malhumorada que, aunque frecuente, no siempre se presentaba en la forma fantástica<sup>21</sup>.

Reconocer características delirantes o afectivas en los pacientes con hipocondría podría resultar útil a la hora de plantear estrategias de abordaje psicofarmacológico, tanto en su planteamiento terapéutico, como en la evitación de potenciales efectos adversos desagradables que pudieran favorecer y retroalimentar la propia interpretación (como por ejemplo síntomas extrapiramidales en antipsicóticos o molestias digestivas en ISRS).

Atendiendo precisamente al posible tratamiento, es importante mencionar que la base de un buen abordaje psicoterapéutico parte de una firme alianza terapéutica que permita realizar una psicoeducación acerca de las manifestaciones de su padecimiento y evitar realizar pruebas diagnósticas innecesarias. Así mismo se debe reforzar la habilidad del paciente para enfrentarse a los síntomas, antes que tratar de eliminarlos. Estudios clínicos controlados sugieren que la terapia cognitivo conductual es eficaz en el tratamiento de la hipocondría<sup>22</sup>. Así mismo, 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>23</sup>.

Se debe animar a los pacientes a mantener su actividad habitual, limitando así el efecto que el trastorno podría tener en su calidad de vida y su funcionamiento diario. A parte de las intervenciones psicoterapéuticas, a nivel farmacológico se suelen utilizar antidepresivos (especialmente ISRS o ISRN), ansiolíticos e incluso antipsicóticos (preferiblemente los atípicos) si la ideación alcanzara características delirantes. Si bien es cierto, varios textos señalan que el tratamiento farmacológico solo es eficaz en caso de que exista una enfermedad subyacente susceptible de ser tratada, como un episodio depresivo o un trastorno de ansiedad<sup>19</sup>.

## DE LA HIPOCONDRIA AL DELIRIO SOMÁTICO

### BIBLIOGRAFÍA

1. Wintrebert D. Hipocondría, entre creencia y certitud. Vertex Rev. Arg. de Psiquiat. 2009.
2. Roca BM, Trastornos Neuroticos.1 ed. Barcelona: Ars Medica; 2001.
3. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Descripciones Clínicas y pautas para el diagnóstico. Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 1992.
4. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5 (5a. ed.). Madrid: Editorial Médica Panamericana.
5. Torales J. ¡Ayúdeme doctor, estoy muy enfermo! Una actualización de la clásica hipocondría al vigente trastorno de ansiedad por enfermedad.. Rev. virtual Soc. Parag. Med. Int. marzo 2017.
6. Jeannette Y. Wick Guido R. Zanni. Hypochondria: The Worried Well. THE CONSULTANT PHARMACIST MARCH 2008 VOL. 23. NO. 3.)
7. Starcevic V, Grave D. Cyberchondria: An old phenomenon in a new guise. Mental health in the digital age: Grave dangers, great promise. 2015; 106–17. 5.
8. Fox S. The Social Life of Health Information. Pew Research Center's Internet & American Life Project. 2011.
9. Starcevic V, Berle D. Cyberchondria: Towards a better understanding of excessive health-related Internet use. Expert Rev Neurother. 2013; 13(2): 205–13,
10. Harding KJ, Skritskaya N, Doherty E, Fallon BA. Advances in understanding illness anxiety. Current Psychiatry Reports. Springer; 2008; 12: 311–7.
11. White R, Horvitz. E. Cyberchondria: Studies of the escalation of medical concerns in Web search: ACM Transactions on Information Systems. ACM J. 2009; 27(4).
12. Ovalle-Quiñones M; Vásquez-Tirado GA. Cibercondría: Un nuevo ente clínico en el contexto de la pandemia por COVID-19. Contribución Especial. Cyberchondria: A new clinical entity in the context of the COVID-19 pandemic. 2020.
13. Cao W, Fang Z, Hou G, Han M, Xu X, Dong J, et al. The psychological impact of the COVID-19 epidemic on college students in China. Psychiatry Res. 2020; 287. 19.
14. Lai J, Ma S, Wang Y, Cai Z, Hu J, Wei N, et al. Factors Associated With Mental Health Outcomes Among Health Care Workers Exposed to Coronavirus Disease 2019. JAMA Netw open. 2020; 3(3). 20.

## DE LA HIPOCONDRIA AL DELIRIO SOMÁTICO

15. Asmundson G, Taylor S. How health anxiety influences responses to viral outbreaks like COVID-19: What all decision-makers, health authorities, and health care professionals need to know. *J Anxiety Disord.* 2020; 71. 17.
16. Wang C, Pan R, Wan X, Tan Y, Xu L, Ho C, et al. Immediate psychological responses and associated factors during the initial stage of the 2019 coronavirus disease (COVID-19) epidemic among the general population in China. *Int J Environ Res Public Health.* 2020; 17(5).
17. Vallejo-Ruiloba, Leal-Cercós. *Tratado de psiquiatría.* Ed. Marban. 2012.
18. Roca BM. *Trastornos Neuroticos.* 1ª ed. Barcelona: Ars Medica; 2001.
19. Sadock B. Kaplan & Sadock, *SINOPSIS DE PSIQUIATRIA (11ª ED.)* LIPPINCOTT WILLIAMS AND WILKINS. WOLTERS KLUWER HEALTH. 2015.
20. Lacan J. *Le Séminaire, Livre III, "Les psychoses".* Seuil, 1981.
21. Federico Rebok. *Acerca del delirio hipocondríaco en las Parafrenias: una revisión historiográfica y clínica* VERTEX Rev. Arg. de Psiquiat. 2009.
22. 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.
23. 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