

S Gómez Vallejo¹, I M Alonso González¹,
R Pérez Moreno², D M Moreno Pardillo¹

¹ Hospital General Universitario Gregorio Marañón,
Madrid, España.

² Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España

Correspondencia:

Sandra Gómez Vallejo

Hospital General Universitario Gregorio Marañón,
Ibiza 43, Madrid 28009, España.

E-mail: sgomezv@salud.madrid.org

*Hipocondría en la infancia
y adolescencia. Revisión
bibliográfica*

*Hypochondriasis in children
and adolescents. A review of
the literature*

RESUMEN

El trastorno hipocondríaco se describe como la preocupación excesiva por padecer una enfermedad. Como ocurre con otros trastornos psiquiátricos, la ausencia de pruebas complementarias analíticas o de imagen para el diagnóstico complica su estudio, y el debate acerca de sus características es constante. En el caso de niños y adolescentes, los estudios son aún más escasos, dificultando la tarea de psiquiatras y pediatras cuando se encuentran ante sintomatología compatible con diagnóstico de hipocondría. Por ello, hemos querido realizar una revisión de las publicaciones más recientes en relación con este trastorno en población infanto-juvenil. Tras explorar los artículos publicados en los últimos años, y a pesar de la limitación de estudios en esta población específica, es de relieve la importancia de un abordaje multidisciplinar. Una vez descartadas otras patologías, el objetivo principal es recuperar y mantener la funcionalidad propia de la edad, implicando al grupo primario de apoyo.

Palabras clave: hipocondría, psiquiatría infanto-juvenil, trastorno somatomorfo, síntomas somáticos, trastorno de ansiedad por enfermedad.

ABSTRACT

Hypochondriasis is a condition in which a person is inordinately worried about having a serious illness. As for many other psychiatric disorders, the lack of an objective method for its diagnosis hampers the investigation of this disease, and turns its features into subject of controversy and continuous discussion. These limitations become more relevant when children and adolescents are affected. This, together with the low number of published works covering hypochondriasis in these populations, poses extreme difficulties to pediatricians and child psychiatrists. Here, the most recent studies covering the causes, diagnosis, symptoms, treatment and prevention of hypochondriasis in children and adolescents are reviewed. The systematic revision of the literature suggests that an accurate diagnosis and management requires a multidisciplinary approach. After discarding other pathologies, appropriate managing should involve the main support group and focus in the recovery of the functionality according to the age of the patient.

Keywords: hypochondriasis, child and adolescent psychiatry, somatoform, somatic symptom disorder, health anxiety.

INTRODUCCIÓN

Ya en el siglo XVII se hacía referencia en los distintos textos a lo que conocemos como hipocondría. En aquel momento se incluía dentro de los trastornos neuróticos. De hecho, para el clínico inglés Thomas Sydenham histeria e hipocondría eran la misma patología y sustentaba la opinión de que la mitad de sus enfermos no febriles la padecían (1).

Actualmente, la hipocondría se define por una preocupación persistente y excesiva por padecer una enfermedad mental o somática grave que causa un alto nivel de ansiedad. Esta entidad se clasificaba previamente en el apartado de trastornos somatomorfos. Dicha clasificación hacía referencia la población adulta, pero en cuanto a niños y adolescentes, los estudios acerca de este trastorno eran escasos (2).

Tras años de debate sobre las causas y los criterios para esta categoría diagnóstica, en la última versión del Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5 (DSM-5) ha sido suprimida (3).

Ante la escasez de estudios al respecto, y la controversia alrededor de la hipocondría, es lógico que los diferentes profesionales que reciben pacientes con características que pueden hacer pensar en este trastorno y que se ven implicados en el caso, tengan dificultades para su comprensión y manejo (4). Por este motivo hemos realizado una revisión sobre este tema con el objetivo de entender mejor a sujetos de edad comprendida entre los 4 y 18 años que presentan sintomatología compatible con hipocondría.

JUSTIFICACIÓN Y OBJETIVOS

La hipocondría es un trastorno que conlleva malestar emocional y deterioro de la funcionalidad global y las relaciones interpersonales de quien la padece. A pesar de ello, son pocos los estudios que se han realizado en este ámbito. Como suele ocurrir con otras patologías, este hecho se ve más pronunciado cuando se trata de la población infanto-juvenil. Por este motivo hemos propuesto realizar una revisión sistemática de la literatura más reciente del trastorno hipocondríaco con los objetivos de:

1. Realizar descripción de las características clínica de niños y adolescentes que lo presentan, incluyendo sus factores etiopatogénicos y
2. Presentar los tratamientos que más recientemente han demostrado eficacia.

MÉTODOS

Se ha realizado una búsqueda comprensiva de los artículos que han estudiado la hipocondría en los últimos 10 años, incluyendo tanto revisiones como estudios prospectivos y retrospectivos de los artículos que tenían como principal objeto de estudio niños y adolescentes. No obstante, estudios que trataban población general también han sido incluidos en apartados en los que consideramos que la edad de la muestra no fuera relevante (como aquellos que estudian herencia genética). Se han incluido artículos en inglés y español y han sido revisados independientemente por dos de las autoras (S.G.V. e I.A.G.).

La búsqueda se llevó a cabo el 10 de septiembre de 2017 en PubMed con los siguientes términos: ((“hypochondriasis”[MeSH Terms] OR “hypochondriasis”[All Fields])AND“health anxiety”[All Fields]) AND ((“adolescent”[MeSH Terms] OR “adolescent”[All Fields]) AND (“child”[MeSH Terms] OR “child”[All Fields] OR “children”[All Fields])).

CLASIFICACIÓN

En la CIE 10, el Trastorno Hipocondríaco está incluido en la categoría de Trastornos Somatomorfos (F45). Los criterios diagnósticos incluyen (5): La creencia persistente de la presencia de al menos una enfermedad somática grave, que subyacen al síntoma o síntomas presentes, aun cuando exploraciones y exámenes repetidos no hayan conseguido encontrar una explicación somática adecuada para los mismos o una preocupación persistente sobre una deformidad supuesto y la negativa insistente a aceptar las explicaciones y las garantías reiteradas de médicos diferentes de que tras los síntomas no se esconde ninguna enfermedad o anormalidad somática.

En el DSM-5 desaparece el Trastorno Hipocondríaco. En la nueva versión se presenta en el apartado de Trastornos de Síntomas Somáticos y otros relacionados, dividido en dos nuevas categorías: Trastorno de Síntomas Somáticos y Trastorno de Ansiedad por Enfermedad. La diferencia principal entre estas dos nuevas entidades diagnósticas es la presencia de uno o más síntomas somáticos que causan malestar o problemas en la vida diaria, que es criterio A para el diagnóstico del Trastorno de Síntomas Somáticos, siendo excluyente para el diagnóstico de Trastorno de Ansiedad por Enfermedad (6).

Estos cambios han sido objeto de controversia. Algunos autores consideran que el trastorno hipocondríaco debería

englobarse dentro del apartado de trastornos de ansiedad, basándose en que los pacientes con hipocondría se caracterizan por una alta comorbilidad con los trastornos de ansiedad (5). Otros autores se han cuestionado la separación de la hipocondría en dos entidades distintas (3,7). En un estudio reciente se reportó que la mayoría de pacientes previamente diagnosticados como trastorno hipocondríaco cumplían mayoritariamente criterios para trastorno de síntomas somáticos (74%), en lugar de trastorno de ansiedad por enfermedad (26%). Además, en ese mismo estudio no se encontraron diferencias significativas entre ambos diagnósticos en cuanto a criterios de la esfera cognitiva, emocional y conductual (3). Sin embargo, otros autores encontraron que el 45% de los pacientes con altos niveles de preocupación por enfermedad cumplían criterios para trastornos de síntomas somáticos, 47% para trastorno de ansiedad por enfermedad y 8% para ambos. Ante estos resultados, consideran que la nueva clasificación es capaz de detectar un mayor número de casos con clínica significativa (8).

EPIDEMIOLOGÍA

La prevalencia de la hipocondría se estima en menos del 1% de la población general (9). Con la nueva categoría del DSM-5 “Trastorno de Ansiedad por Enfermedad”, que requiere criterios menos restrictivos para su diagnóstico, se ha alcanzado una prevalencia del 3.4% y una prevalencia de vida del 5.7% en un estudio en la población general australiana (10).

La mayoría de publicaciones no han encontrado diferencias significativas entre sexos. Sin embargo, un estudio realizado por Gropalis et al. determina que dos tercios de los pacientes con hipocondría son mujeres, aunque se hipotetiza que este resultado puede venir dado porque las mujeres acuden más a menudo a psicoterapia, tratándose de un estudio en pacientes ambulatorios y no en la población general (11).

En el caso de la población infanto-juvenil, las publicaciones son escasas. Varios autores sostienen que el inicio del trastorno tiene lugar en la adolescencia (12,13, 14). Se basan en la hipótesis de que tanto los cambios físicos, biológicos y psicológicos que tienen lugar durante la pubertad crearían una vulnerabilidad a esa edad para el desarrollo de psicopatología. Esta hipótesis se apoya en estudios como el realizado por Costello et al., que repasa la prevalencia de los distintos trastornos psiquiátricos en infancia, adolescencia y

etapa adulta. Este estudio muestra que la mayoría de los trastornos psiquiátricos aumentan su prevalencia durante la adolescencia, a excepción del trastorno de ansiedad por separación, la fobia específica, los trastornos del neurodesarrollo y el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), que son más frecuentes en la infancia (15, 16).

No se han encontrado diferencias de prevalencia a lo largo de la adolescencia, reportándose una prevalencia en este período de reacciones hipocondríacas del 16% (13), similar a lo encontrado en estudios previos.

Existen otros autores que sostienen que el inicio se situaría en la infancia. Rask et al. estudiaron una cohorte de niños en Copenhage entre 5 y 7 años. Según sus resultados, el 17.6% de los niños presentaban ansiedad por enfermedad y el 2.4% de la cohorte presentaba ansiedad por enfermedad “severa”. No obstante, el diagnóstico se realizó únicamente en base a encuestas a los padres que contenían 3 ítems, siendo necesario cumplir únicamente 1 de ellos (17).

Respecto a la distribución según sexos, aunque no existen datos epidemiológicos concluyentes, se ha visto que ítems como “preocupación por enfermedad”, “creencias hipocondríacas” y “fobia a la enfermedad” son significativamente más frecuentes entre las mujeres. Este hallazgo podría tener relación con la mayor probabilidad de presentar depresión, ansiedad y síntomas somáticos en el sexo femenino durante la adolescencia. Otra hipótesis sobre mayor prevalencia en el género femenino es el hecho de que la presencia de síntomas somáticos en relación a la menstruación puede provocar el aumento de atención hacia esta clínica y un aumento de preocupación por la misma (13, 18).

No se ha establecido asociación entre hipocondría y factores sociodemográficos, tales como nivel de educación de los padres o situación socioeconómica (18).

ETIOPATOGENIA

La hipótesis principal sobre la etiología de la hipocondría, como en muchos otros trastornos psiquiátricos, es la interacción entre factores genéticos y ambientales.

Acerca de la influencia genética, un estudio de gemelos en Canadá estimó una heredabilidad entre 34-37% (19), similar a lo encontrado en otros estudios previos (19, 20). Otras publicaciones que apoyarían la base genética son aquellas que han descrito una mayor prevalencia

de hipocondría en familiares de pacientes con trastorno obsesivo compulsivo (21, 22). Esta asociación podría tener lugar si englobamos la hipocondría en un espectro “ansioso”, en el que también se incluiría al trastorno obsesivo compulsivo.

Han sido varios los autores que han intentado establecer una relación entre progenitores afectados de este trastorno y sus hijos, en base a un modelo cognitivo conductual (20). Los resultados difieren entre estudios. Por ejemplo, Wright et al no encontró relación entre ansiedad por enfermedad en los padres y el mismo trastorno en los hijos, a no ser que se asociara con síntomas depresivos (23). En cambio, otro estudio sí que estableció una asociación positiva entre los síntomas de padres e hijos (24). Una posible explicación para estas diferencias puede ser la edad media de la muestra, siendo de 10 años para el primer estudio y de 14 para el segundo, hipotetizándose que son necesarios más años para que mecanismos como el aprendizaje social sea evidente en sus manifestaciones hipocondríacas (25).

También ha sido foco de estudio la influencia de enfermedad grave en familiares y clínica hipocondríaca. En este caso, la mayoría de publicaciones han establecido una asociación positiva entre ambas variables (26, 27).

Existen discordancias en cuanto a la influencia de experiencias traumáticas en el desarrollo de hipocondría (maltrato físico o emocional, abuso sexual o negligencia en el cuidado). Dos estudios realizados en 2014 que utilizan la misma escala – Childhood Trauma Questionnaire (CTQ) - hallan resultados contrarios (26, 28). Uno de ellos establece relación entre experiencias traumáticas en la infancia y depresión en etapas posteriores, aunque ninguno de los ítems de dicha escala se relacionaba con el trastorno hipocondríaco (28). En cambio, en el otro sí que se establece asociación entre experiencias traumáticas e hipocondría, aunque no como factor específico de riesgo para este trastorno (26), sino para el desarrollo de psicopatología en general.

En relación con experiencias tempranas también se ha tenido en cuenta la influencia del vínculo. Se ha establecido asociación entre los vínculos ansioso y desorganizado con trastornos somatomorfos (30). Con la hipocondría concretamente, varios estudios han encontrado resultados similares que apoyan la relación entre apego ansioso e hipocondría (20).

Por sus similitudes clínicas, se cree que la hipocondría comparte características neurobiológicas con el trastorno

obsesivo compulsivo (TOC). En los estudios realizados específicamente con hipocondría, se ha hallado en pruebas de imagen disminución del volumen de córtex orbitofrontal y aumento del volumen del tálamo izquierdo, pero no derecho (31). La glándula pituitaria, que está en relación con el eje hipotálamo-pituitaria-adrenal, también se ha visto que presenta un volumen inferior en pacientes con hipocondría en comparación con controles (32). Del mismo modo, se han observado alteraciones neuroquímicas en el hipocampo, estableciendo de manera preliminar ciertas similitudes con el trastorno obsesivo compulsivo (31).

Aun teniendo en cuenta todo lo descrito, en individuos adolescentes, en los que no existe un desarrollo de la psicopatología suficiente como para predecir su evolución en la vida adulta y, en los que más que un trastorno existe un continuum entre adolescencia normal y patología, la hipocondría se ha propuesto como un signo que habría que tener en cuenta en el Estado Mental de Alto Riesgo, dado el correlato entre hipocondría y psicosis (21).

CLÍNICA

La característica clave de la hipocondría radica en la creencia de que se está desarrollando o ya se padece una enfermedad grave que aún no se ha detectado, sin estar esta convicción lo suficientemente fijada como para considerarla una idea delirante (33, 34). Se acompaña de importante malestar (29), así como de alteraciones de conducta como pueden ser comprobaciones recurrentes del cuerpo o pasar mucho tiempo buscando información médica, por ejemplo, en internet (20). Asimismo, asocia deterioro de las relaciones interpersonales e insatisfacción de las intervenciones por parte de los médicos, lo que conduce a visitas a múltiples especialistas (“doctor shopping”) (3).

Existe una focalización excesiva en síntomas corporales “menores”, y una tendencia a creer que estos implican el desarrollo de una patología severa (35). Por ello se evitan situaciones que puedan poner la salud en riesgo (por ejemplo, evitando gérmenes), además de consultar frecuentemente a especialistas con intención de que confirmen la presencia (y no tanto la ausencia) de una patología orgánica.

A pesar de esta preocupación los pacientes no tienden a mostrar ansiedad típica ni aparentan tener problemas de salud, aun usando métodos a veces desproporcionados para conservarla. La inadecuada sobreinterpretación de

los signos corporales no se alivia a través del ofrecimiento de datos que deberían tranquilizar sobre el estado de salud, considerando que presentar una buena salud se define como “una situación libre de síntomas” y que la presencia de éstos implica necesariamente enfermedad (29).

Además, según alguna publicación, son frecuentes los comportamientos de evitación, si bien no han sido profundamente estudiados ni comprendidos. La preocupación por la presencia de una patología puede justificar evitar situaciones que exacerben síntomas (como las manifestaciones corporales de la ansiedad) por provocar miedo o asociación con ella. Recientes teorías sugieren que inadaptados estilos de afrontamiento como la evitación pueden contribuir a incrementar el estrés por enfermedad en estos individuos (36). Sorprendentemente, se ha hallado que los adolescentes con mayor sintomatología hipocondríaca presentaban peor cuidado de su salud: se ha observado entre ellos más fumadores, consumidores de sustancias ilegales, peores hábitos de sueño y menor actividad física (13), así como mayor uso de medicación no prescrita por un profesional de la salud (37). Estos resultados coinciden con otros encontrados en adultos en referencia a presentar una vida más sedentaria. Por el contrario, difiere con los adultos acerca del uso de sustancias perjudiciales como el alcohol, tabaco o sustancias ilegales, donde no se han encontrado diferencias entre adultos hipocondríacos y controles sanos (38).

La hipocondría puede transcurrir como un trastorno aislado, considerado entonces hipocondría primaria; o secundaria, cuando forma parte de otro trastorno psiquiátrico principal (3, 13), frecuentemente trastorno de ansiedad o depresión, con los que se estima que presenta una comorbilidad del 32% y 18%, respectivamente (3, 11, 39, 40). Esta frecuente asociación podría estar causada por una percepción selectiva de sensaciones físicas banales, interpretadas como señales de enfermedad. No obstante, en la mayoría de casos se presenta de manera aislada (18).

La presencia de hipocondría conlleva mayor riesgo para el desarrollo de otros trastornos psiquiátricos (29). Como ya se ha mencionado previamente, se ha estudiado ampliamente la relación entre TOC e hipocondría. En adolescentes con TOC se ha observado mayor prevalencia de hipocondría que en la población general, así como la presencia de síntomas más severos e incapacitantes (14,

41). También se ha correlacionado la comorbilidad con trastornos de personalidad, que se estima entre un 25% y 35% (42). Algunos autores han llegado a plantear el concepto de personalidad hipocondríaca, aunque por el momento no se ha validado como tal (22, 42). Tal como se ha mencionado previamente, algunos pocos estudios han relacionado la hipocondría como predecesor de estados psicóticos, por lo que se recomienda el seguimiento a lo largo del tiempo de pacientes que se puedan suponer en riesgo (21).

Las quejas corporales suelen incluir frecuentemente síntomas abdominales y cefalea. Los niños y adolescentes con cuadros ansiosos o depresivos a menudo presentan este tipo de quejas, por lo que debe ser explorado, ya que pueden poner de manifiesto la presencia de otro trastorno psiquiátrico principal (29).

También el incremento de estresores ambientales puede empeorar la sintomatología relatada (29, 33). De hecho, se ha descrito el concepto de “hipocondrías transitorias”, estados en los que la clínica persiste menos de seis meses y se presenta con menor intensidad. Se considera que ocurre en el contexto de factores estresantes y que también puede ser predisponente para el desarrollo de otra psicopatología a lo largo de la vida (12, 22).

EVALUACIÓN, DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL Y MANEJO CLÍNICO

En general, los niños o adolescentes que presentan clínica que haga pensar en un trastorno de tipo hipocondríaco, asisten a la consulta de pediatría bajo las directrices de algún adulto de referencia, habitualmente padres u otros miembros pertenecientes al grupo primario de apoyo.

El pediatra debe realizar una investigación inicial sobre el cuadro y las quejas del menor, junto con la exploración física y pruebas complementarias que se consideren necesarias. Es importante no realizar exploraciones complementarias innecesarias que tengan como intención demostrar al paciente y su familia el origen psicológico y no orgánico del cuadro.

No obstante, el diagnóstico no debería ser únicamente por exclusión, sino que se debe basar también en hallazgos positivos, como evidencia de afectación de la funcionalidad global, historia de estrés psicosocial, conflictos intrapsíquicos...

Dadas las características del trastorno, las exploraciones básicas pueden no ser suficientes para paliar los síntomas.

Por este motivo podría ser necesaria la atención específica por parte de un especialista en psiquiatría infanto-juvenil.

La evaluación psiquiátrica debe incluir una historia clínica detallada, en la que es importante recoger información tanto por parte del paciente como de los adultos de referencia que le acompañen. Se deben incluir antecedentes familiares y personales, psicobiografía, datos de desarrollo evolutivo, historia minuciosa del episodio actual, momento y modo de instauración de síntomas, posibles precipitantes, condiciones psicosociales, grado de deterioro de la funcionalidad y esferas afectadas, exploración psicopatológica precisa y medidas adoptadas hasta el momento ante el cuadro. En ocasiones, será necesario obtener información también de otras figuras que tengan relación con el menor en otros ámbitos además del domiciliario o familiar (por ejemplo, profesores).

Son escasos los instrumentos validados para el diagnóstico y evaluación de este trastorno en niños y adolescentes. Existe una versión de la Illness Attitude Scales, la Childhood Illness Attitude Scales, validada en varios estudios (29, 43). No obstante, no está validada su traducción al español.

Es crucial explicar tanto al paciente como a la familia las características del cuadro, así como la naturaleza de los síntomas con el objetivo de realizar una contención adecuada, siendo cuidadosos para que se sientan acogidos y no cuestionados en su preocupación (44).

Es crucial hacer un buen diagnóstico diferencial para su abordaje. Por ejemplo, pacientes con trastorno de pánico con frecuencia presentan temor a padecer una patología somática, si bien este suele estar limitado a los momentos de "ataques". Lo mismo puede suceder en trastorno de ansiedad, donde podría existir excesiva preocupación por la salud o por padecer enfermedades. Los pacientes con hipocondría, son fenomenológicamente similares a aquellos con diagnóstico de trastorno obsesivo compulsivo en lo que se refiere a su tendencia a evitar o inhibir ciertos pensamientos y comportamientos para reducir la ansiedad (11, 36).

Además de lo descrito, el diagnóstico diferencial deberá hacerse con cualquier patología orgánica (especialmente con aquellas afecciones que muestren síntomas difíciles de diagnosticar como esclerosis múltiple, SIDA, enfermedades degenerativas del SNC, Lupus...) (33), preocupaciones previsibles respecto a una afección médica, otros trastornos somatomorfos, fobia específica a

contraer una enfermedad, trastorno dismórfico corporal, trastornos de adaptación, trastorno facticio, simulación o conversión, trastornos de personalidad y trastornos psicóticos (29, 45).

En pacientes en los que coexisten trastornos orgánicos y psicológicos el diagnóstico diferencial puede ser especialmente difícil.

TRATAMIENTO

Anteriormente se hacía alusión a la importancia de involucrar a la familia o adultos de referencia en la evaluación del cuadro clínico. Igual de importante es su implicación de cara a planificar el tratamiento.

El objetivo del tratamiento es ayudar al paciente a manejar el temor a padecer una enfermedad y a restablecer una adecuada sensación de control sobre los síntomas más persistentes, así como restaurar la calidad de vida y funcionalidad global. Es útil una explicación del cuadro, dando seguridad y credibilidad a los síntomas, para tratar de reducir preocupaciones presentes o que puedan surgir a lo largo del transcurso del trastorno (35).

La intervención debe ser lo más integradora e interdisciplinar posible, asegurando una apropiada coordinación entre los profesionales de atención primaria, los de salud mental y los del centro educativo, así como la familia u otros dispositivos de apoyo del menor (29).

Existen pocos estudios realizados en población infantil, pero el tratamiento recomendado incluye intervención psicológica y, si es necesario, psicofarmacológica. Algunos estudios acerca de la influencia del ambiente en el trastorno apoyan las intervenciones psicosociales. Las evidencias sugieren que el trabajo psicológico tendría una adecuada eficacia a largo plazo, mientras que la eficacia a largo plazo de la intervención psicofarmacológica aún está por investigar (19).

Si bien los estudios son limitados, la mayor evidencia del tratamiento psicológico recae en la terapia cognitivo-conductual (TCC) (29, 46), que pretende reestructurar creencias y alteraciones del pensamiento de corte hipocondríaco (35).

En un estudio con adultos, la TCC y Paroxetina fueron efectivas en el tratamiento a corto plazo de sujetos con hipocondría. Los resultados de terapia combinada fueron significativamente superiores a los obtenidos con placebo, pero no significativamente diferentes de los resultados de terapia psicológica individual (47).

Un estudio más reciente apoya como terapia más

efectiva la combinación de TCC y Fluoxetina, seguida de monoterapia con Fluoxetina. En él, la eficacia de TCC fue menor a la hallada en otros estudios, tal vez por la corta duración del tratamiento (6 sesiones) (48).

Un meta análisis de efectividad de psicoterapia para hipocondría reveló que la terapia cognitiva, la terapia conductual, la TCC y el manejo del estrés fueron efectivas, reduciendo los síntomas de la hipocondría. No obstante, la muestra fue pequeña (49).

La terapia de grupo proporciona comunicación e interacción entre sus miembros como vehículo de cambio y aprendizaje de habilidades sociales. Ofrece la posibilidad de participar en modelos de relación con iguales, refuerzo y soporte social. Algunos estudios sugieren que son mejores en cuanto a coste-efectividad (36).

Algunas publicaciones en adultos, compararon la terapia de corte cognitivo-conductual con la psicodinámica y la no intervención, sugiriendo que la TCC es más efectiva que la psicodinámica (44, 50, 51).

En cuanto a la farmacoterapia, la elección es el uso de antidepresivos, en concreto inhibidores selectivos de recaptación de serotonina (ISRS) y en niños, la Fluoxetina, que es la más estudiada a esas edades. En un estudio de seguimiento a largo plazo en adultos que recibían tratamiento con ISRS, estos alcanzaron remisión de los síntomas y mejoría en el pronóstico (52).

El ingreso en unidades de hospitalización de agudos puede ser necesario si la sintomatología es muy severa y genera grave disfunción, o si es necesaria la observación para una adecuada evaluación.

COMPLICACIONES Y PRONÓSTICO

Algunas complicaciones pueden resultar del sometimiento a pruebas invasivas u otras evaluaciones, así como hospitalizaciones innecesarias, ensayos de medicamentos o procedimientos quirúrgicos.

Hay que tener precaución con no administrar sin supervisión estrecha sedantes o analgésicos y cuidar la posible dependencia a los mismos.

Por último, algunas complicaciones pueden ser derivadas del cambio frecuente de profesional o evaluación por diferentes especialistas sin criterio estricto que lo justifique (29).

El pronóstico está condicionado, entre otros factores, por la conciencia de enfermedad y la comprensión de la

misma, su aceptación, la organización de un tratamiento adecuado y su cumplimiento una vez indicado.

A pesar de que los tratamientos mencionados previamente en general presentan buena respuesta, en varios estudios se ha objetivado que únicamente el 50% de los pacientes se recupera totalmente (18, 25, 48, 52). Son factores de buen pronóstico precipitantes médicos específicos, personalidad premórbida no patológica, padres sin problemas de salud física o mental y condiciones psicosociales favorables (44). En cambio, cuando existe otro trastorno comórbido, el pronóstico y respuesta a tratamiento suele ser peor (46). Un estudio reciente reportó mejor respuesta a TCC en aquellos pacientes con trastorno de personalidad comórbido. En este caso, la muestra de pacientes sin trastorno comórbido era pequeño, lo que pudo influir en los resultados (42).

Algunas veces el curso es episódico y la clínica se reagudiza ante situaciones estresantes (35).

CONCLUSIONES

La hipocondría es un trastorno que, como otras muchas patologías de carácter psiquiátrico, está en constante revisión (1). Los estudios y publicaciones sobre la hipocondría en niños y adolescentes son escasos. En base a los diferentes estudios realizados, se ha puesto de manifiesto que dicho trastorno conlleva un alto nivel de deterioro de la funcionalidad del sujeto, así como de su entorno. Es por ello que es de relevancia que los médicos pediatras y los profesionales de la salud mental presenten una buena coordinación entre ellos para el manejo de estos casos.

Conflicto de intereses: Los autores declaran no tener conflictos de interés.

BIBLIOGRAFIA

1. Ackerknecht E, Maljuri A. Breve historia de la psiquiatría. Valencia: Seminari d'estudis sobre la ciència; 1993.
2. Schulte I, Petermann F. Somatoform disorders: 30 years of debate about criteria!. *Journal of Psychosomatic Research*. 2011;70(3):218-228.
3. Bailer J, Kerstner T, Witthöft M, Diener C, Mier D, Rist F. Health anxiety and hypochondriasis in the light of DSM-5. *Anxiety, Stress, & Coping*. 2016 Mar 3;29(2):219-39.

4. Dimsdale J, Sharma N, Sharpe M. What Do Physicians Think of Somatoform Disorders?. *Psychosomatics*. 2011;52(2):154-159.
5. Organización Mundial de la Salud. CIE-10. Trastornos Mentales y del Comportamiento. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Descripciones Clínicas y pautas para el diagnóstico. Ginebra. 1992.
6. Pareja MÁ. De los trastornos somatomorfos a los trastornos de síntomas somáticos y trastornos relacionados. *Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace*. 2014(110):75-8.
7. Starcevic V. Should we deplore the disappearance of hypochondriasis from DSM-5?. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. 2013 Nov 29;0004867413515058.
8. Newby J, Hobbs M, Mahoney A, Wong S, Andrews G. DSM-5 illness anxiety disorder and somatic symptom disorder: Comorbidity, correlates, and overlap with DSM-IV hypochondriasis. *Journal of Psychosomatic Research*. 2017;101:31-37.
9. Starcevic V. Hypochondriasis and health anxiety: conceptual challenges. *The British Journal of Psychiatry*. 2013;202(1):7-8.
10. Sunderland M, Newby J, Andrews G. Health anxiety in Australia: prevalence, comorbidity, disability and service use. *The British Journal of Psychiatry*. 2012;202(1):56-61.
11. Gropalis M, Bleichhardt G, Witthöft M, Hiller W. Hypochondriasis, Somatoform Disorders, and Anxiety Disorders. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. 2012;200(5):406-412.
12. Christogiorgos S, Tzikas D, Widdershoven-Zervaki MA, Dimitropoulou P, Athanassiadou E, Giannakopoulos G. Hypochondriacal anxieties in adolescence. *Open Psychology Journal*. 2013;6:6-9.
13. Sirri L, Garotti MG, Grandi S, Tossani E. Adolescents' hypochondriacal fears and beliefs: Relationship with demographic features, psychological distress, well-being and health-related behaviors. *Journal of psychosomatic research*. 2015 Oct 31;79(4):259-64.
14. Mohapatra S, Deo S, Satapathy A, Rath N. Somatoform Disorders in Children and Adolescents. *German J Psychiatry* 2014; 17(1): 19-24.
15. Costello EJ, Copeland W, Angold A. Trends in psychopathology across the adolescent years: what changes when children become adolescents, and when adolescents become adults?. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2011 Oct 1;52(10):1015-25.
16. Navarro-Pardo E, Meléndez J, Sales A, Sancerni M. Desarrollo infantil y adolescente: Trastornos mentales más frecuentes en función de la edad y el género. *Psicothema*, 2012;24(3), 377-383.
17. Rask C, Elberling H, Skovgaard A, Thomsen P, Fink P. Parental-Reported Health Anxiety Symptoms in 5- to 7-Year-Old Children: The Copenhagen Child Cohort CCC 2000. *Psychosomatics*. 2012;53(1):58-67.
18. Rask C, Munkholm A, Clemmensen L, Rimvall M, Ørnboel E, Jeppesen P et al. Health Anxiety in Preadolescence - Associated Health Problems, Healthcare Expenditure, and Continuity in Childhood. *Journal of Abnormal Child Psychology*. 2015;44(4):823-832.
19. Taylor, S, Thordarson, D S, Jang, K L, Asmundson, G J. Genetic and environmental origins of health anxiety: a twin study. *World Psychiatry*. 2006;5(1), 47-50.
20. Thorgaard M, Frostholm L, Rask C. Childhood and family factors in the development of health anxiety: A systematic review. *Children's Health Care*. 2017;:1-41.
21. Simon AE, Borgwardt S, Lang UE, Roth B. Cenesthopathy in adolescence: An appraisal of diagnostic overlaps along the anxiety-hypochondriasis-psychosis spectrum. *Comprehensive psychiatry*. 2014 Jul 31;55(5):1122-9.
22. Diez-Quevedo C, Rangil Muñoz T, Sánchez Planell L. Situación actual de la hipocondría. *Psiquiatría Biológica* 2003;10(3):87-95.
23. Wright K, Reiser S, Delparte C. The relationship between childhood health anxiety, parent health anxiety, and associated constructs. *Journal of Health Psychology*. 2015;22(5):617-626.
24. Köteles F, Freyler A, Kökönyei G, Bárdos G. Family background of modern health worries,

- somatosensory amplification, and health anxiety: A questionnaire study. *Journal of Health Psychology*. 2014;20(12):1549-1557.
25. Thorgaard M, Frostholt L, Walker L, Stengaard-Pedersen K, Karlsson M, Jensen J et al. Effects of maternal health anxiety on children's health complaints, emotional symptoms, and quality of life. *European Child & Adolescent Psychiatry*. 2016;26(5):591-601.
 26. Weck F, Neng JM, Göller K, Müller-Marbach AM. Previous experiences with illness and traumatic experiences: a specific risk factor for hypochondriasis?. *Psychosomatics*. 2014 Aug 31;55(4):362-71.
 27. Alberts N, Hadjistavropoulos H, Sherry S, Stewart S. Linking Illness in Parents to Health Anxiety in Offspring: Do Beliefs about Health Play a Role?. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*. 2014;44(01):18-29.
 28. Bailer J, Witthöft M, Wagner H, Mier D, Diener C, Rist F. Childhood maltreatment is associated with depression but not with hypochondriasis in later life. *Journal of psychosomatic research*. 2014 Aug 31;77(2):104-8.
 29. Cely-Serrano M. Pediatric Hypochondriasis. Developmental and Behavioral Pediatrician, Center for Child Development, Florida Hospital. <http://emedicine.medscape.com/article/918506-overview>
 30. Bizzi F, Cavanna D, Castellano R, Pace C. Children's mental representations with respect to caregivers and post-traumatic symptomatology in Somatic Symptom Disorders and Disruptive Behavior Disorders. *Frontiers in Psychology*. 2015;6.
 31. Ozdemir H, Mermi O, Gurok MG, Saglam S, Yildirim H, Sec S, Atmaca SM. N-acetyl-l-aspartate values of hippocampus are reduced in patients with hypochondriasis. 2013.
 32. Atmaca M, Yildirim H, Sec S, Kayali A. Pituitary volumes in hypochondriac patients. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 2010;34, 2, 344-347.
 33. Kaplan, Benjamín J. Sadock, Virginia A. Sadock. Sinopsis de psiquiatría. Lippincott Williams and Wilkins. Wolters Kluwer, 10 Edición, 2009.
 34. Rohlof H, Knipscheer J, Kleber R. Somatization in refugees: a review. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2014;49(11):1793-1804.
 35. Khare S, Srivastava MN. Validity of Current Treatment Protocols to Overcome Hypochondriasis. *Journal of clinical and diagnostic research: JCDR*. 2017 Jan;11(1):VE01.
 36. Doherty-Torstrick ER, Walton KE, Barsky AJ, Fallon BA. Avoidance in hypochondriasis. *Journal of Psychosomatic Research*. 2016 Oct 31;89:46-52.
 37. Jeffers A, Benotsch E, Green B, Bannerman D, Darby M, Kelley T et al. Health anxiety and the non-medical use of prescription drugs in young adults: A cross-sectional study. *Addictive Behaviors*. 2015;50:74-77.
 38. Schwind J, Neng JM, Höfling V, Weck F. Health Behavior in Hypochondriasis. *The Journal of nervous and mental disease*. 2015 Jul 1;203(7):493-8.
 39. Bobevski I, Clarke D, Meadows G. Health Anxiety and Its Relationship to Disability and Service Use. *Psychosomatic Medicine*. 2016;78(1):13-25.
 40. Höfling V, Weck F. Hypochondriasis Differs From Panic Disorder and Social Phobia: Specific Processes Identified Within Patient Groups. *The Journal of nervous and mental disease*. 2017 Mar 1;205(3):227-33.
 41. Villadsen A, Thorgaard M, Hybel K, Jensen J, Thomsen P, Rask C. Health anxiety symptoms in children and adolescents diagnosed with OCD. *European Child & Adolescent Psychiatry*. 2016;26(2):241-251.
 42. Sanatinia R, Wang D, Tyrer P, Tyrer H, Crawford M, Cooper S et al. Impact of personality status on the outcomes and cost of cognitive-behavioural therapy for health anxiety. *The British Journal of Psychiatry*. 2016;209(3):244-250.
 43. Thorisdottir A, Villadsen A, LeBouthillier D, Rask C, Wright K, Walker J et al. Measurement invariance across Genders on the Childhood Illness Attitude Scales (CIAS). *Journal of Psychosomatic Research*. 2017;98:34-39.
 44. Soutullo Esperón, César, and María Jesús Mardomingo Sanz. Manual de psiquiatría del niño y del adolescente. No. 616.89-053.2. Médica Panamericana, 2010.

45. First, Michael B. Michael B. DSM-5 Manual de diagnóstico diferencial. No. 616.89. American Psychiatric Association.
46. Tyrer P, Cooper S, Salkovskis P, Tyrer H, Crawford M, Byford S et al. Clinical and cost-effectiveness of cognitive behaviour therapy for health anxiety in medical patients: a multicentre randomised controlled trial. *The Lancet*. 2014;383(9913):219-225.
47. Greeven A, van Balkom AJ, Visser S, Merkelbach JW, van Rood YR, van Dyck R, Van der Does AW, Zitman FG, Spinhoven P. Cognitive behavior therapy and paroxetine in the treatment of hypochondriasis: a randomized controlled trial. *American Journal of Psychiatry*. 2007 Jan;164(1):91-9.
48. Fallon B, Ahern D, Pavlicova M, Slavov I, Skritskya N, Barsky A. A Randomized Controlled Trial of Medication and Cognitive-Behavioral Therapy for Hypochondriasis. *American Journal of Psychiatry*. 2017;174(8):756-764.
49. Thomson A, Page L. Psychotherapies for hypochondriasis. *The Cochrane Library*. 2007 Jan 1.
50. Sørensen P, Birket-Smith M, Wattar U, Buemann I, Salkovskis P. A randomized clinical trial of cognitive behavioural therapy versus short-term psychodynamic psychotherapy versus no intervention for patients with hypochondriasis. *Psychological medicine*. 2011 Feb 1;41(02):431-41.
51. Weck F. Treatment of mental hypochondriasis: a case report. *Psychiatric Quarterly*. 2014 Mar 1;85(1):57-64.
52. Schweitzer PJ, Zafar U, Pavlicova M, Fallon BA. Long-term follow-up of hypochondriasis after selective serotonin reuptake inhibitor treatment. *Journal of clinical psychopharmacology*. 2011 Jun 1;31(3):365-8.