REVISIÓN DE LA EFICACIA DE LA TERAPIA COGNITIVA BASADA EN LA ATENCIÓN PLENA EN EL TRATAMIENTO DE LA HIPOCONDRÍA

Nadia Sanz Lamora[1], Mònica Astals Vizcaino[2], Santiago Batlle Vila[3], Laia Mollà Cusí[1], Jara López Serrano[1], Luis M. Martín López[4,6], Víctor Pérez Solà[5,6]

[1]Residente de psicología clínica, Institut de Neuropsiquiatria i Addiccions, Parc de Salut Mar, Barcelona
[2]Psicóloga clínica, Institut de Neuropsiquiatria i Addiccions, CAS Barceloneta, Parc de Salut Mar, Barcelona
[3]Psicólogo clínico, Institut de Neuropsiquiatria i Addiccions, CSMIJ Sant Martí - La Mina, Parc de Salut Mar, Barcelona
[4]Psiquiatra, Institut de Neuropsiquiatria i Addiccions, CSMA Sant Martí Nord, Parc de Salut Mar, Barcelona
[5]Psiquiatra, Director del Institut de Neuropsiquiatria i Adiccions, Parc de Salut Mar, Barcelona
[6]Departamento de Psiquiatría y Medicina Legal, Facultad de Medicina, Universitat Autònoma de Barcelona, Barcelona

INTRODUCCIÓN

La hipocondría, o el trastorno de ansiedad por la enfermedad (DSM-5, 2013), se define como la preocupación persistente de padecer un problema grave de salud. Su prevalencia se estima en un 5% de la población general norte-americana (Creed y Barsky, 2004) y en un 1,8% en población geriátrica española (Saz, Copeland, De la Camara, Lobo y Dewey, 1995).

La terapia cognitiva basada en la atención plena, en inglés mindfulness based cognitive therapy (MBCT), es un protocolo de tratamiento inicialmente diseñado para el abordaje de la depresión mayor recurrente que ha obtenido resultados comparables a lo que ha logrado la terapia cognitivo-conductual y la terapia interpersonal (Bockting, Hollon, Jarrett, Kuyken y Dobson, 2015). Este protocolo está obteniendo también beneficios considerables en otros trastornos psiquiátricos como el trastorno bipolar, el trastorno de ansiedad generalizada, el trastorno de pánico e incluso la psicosis resistente (Hofmann, Sawyer, Witt y Oh, 2010).

El objetivo de la presente revisión es analizar los resultados de los estudios que aplican la terapia cognitiva basada en la atención plena en pacientes con diagnóstico de hipocondría.

MÉTODO

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en metabuscadores (Tripdatabase y Cochrane Library) y bases de datos primarias (Pubmed y APA Psycnet) introduciendo las palabras clave: ("mindfulness-based cognitive therapy" OR "MBCT") AND hypochondri*.
Se obtuvo al final del proceso de selección un total de 4 estudios que analizan el efecto de la MBCT en los pacientes con hipocondría.

RESULTADOS

Tabla 1. Trabajos que estudian la eficacia del MBCT aplicado a la hipocondría.

Autor/es (año)	Muestra	Tipo de estudio	Instrumentos	Resultados
Lovas yBarsky (2010)	N= 10 pacientes de atención primaria (con diagnóstico de hipocondría mediante la MINI)	Estudio piloto	- WI - HAI - HCQ - PHQ-15 - SSAS - TAS - BDI-II - FFMQ - WHOQoL-Bref Medidas pre-tratamiento, post-tratamiento (2 meses) y seguimiento (3 meses).	Reducciones estadísticamente significativas en: WI, BDI-II, subescalas "rol de enfermo" y "conductas de seguridad" del HAI, subescalas "frecuencia de pensamientos hipocondríacos" y "creencias hipocondríacas" del HCQ. Correlación entre las medidas del WI y las facetas FFMQ. No correlación TAS con ninguna tendencia en otros instrumentos.
Williams, McManus y Muse (2011)	N= 9 pacientes (SCID-I)	Cualitativo	Entrevista semiestructurada basada en los principios del análisis fenomenológico interpretativo (Smith, 1995)	- Pensamiento más diversificado y flexible, en comparación con la dicotomía enfermedad versus salud. - Validación y normalización de las propias experiencias a través del tratamiento. - Generalización de la atención plena.
McManus, Surawy y Muse (2012)	N= 74 pacientes (SCID-I)	Estudio controlado aleatorizado: MBCT + TAU vs. TAU	- SHAI - WI - BAI - BDI-II - FFMQ Medidas pre-tratamiento, post-tratamiento (2 meses) y seguimiento (12 meses).	- Valoración positiva del formato grupal . No diferencias estadísticamente significativas del grupo MBCT en las medidas de la clínica ansioso-depresiva general pero sí en las medidas específicas de ansiedad por la salud que se mantuvo al cabo de un año.
Surawy, McManus y Muse (2015)	N= 1 paciente Paciente de 40 años que inicia clínica hipocondríaca y crisis de angustia asociadas después de una operación cardíaca sufrida a los 28 años.	Estudio de caso	Entrevista clínica	- Disminución de pensamientos ansiógenos. - Ausencia de crisis de angustia al final del tratamiento. - Aumento de interpretaciones alternativas a las sensaciones somáticas. - Generalización de la atención plena.

Nota. *Mini International Neuropsychiatric Interview* (MINI, Shehan et al., 1998); *Whiteley Index* (WI, Pilowsky, 1967); *Health Anxiety Inventory* (HAI, Salkovskis, Rimes, Warwick y Clark, 2002); *Hypochondriacal Cognitions Questionnaire* (HCQ, Barsky y Ahern, 2004); *Patient Health Questionnaire-15* (PHQ-15, Kroenke, Spitzer y Williams, 2002); *Somatosensory Amplification Scale* (SSAS, Barsky y Wyshak, 1990); *Toronto Alexithymia Scale* (TAS, Bagby, Parker y Taylor, 1994); *Beck Depression Inventory-II* (BDI-II, Beck, Steer y Garbin, 1998); *Five Facet Mindfulness Questionnaire* (FFMQ, Baer et al., 2008); *World Health Organization Quality of Life-Bref* (WHOQoL-Bref, WHOQOL Group, 1998); *Structured Clinical Interview for DSM III* (SCID-I, First et al., 2002); *Treatment as usual* (TAU); *Mindfulness-based cognitive therapy* (MBCT); *The Short Health Anxiety Inventory* (SHAI, Salkovskis et al., 2002); *The Beck Anxiety Inventorie* (BAI: Beck, Epstein, Brown y Steer, 1998).

CONCLUSIONES

El estudio del grado de eficacia del protocolo MBCT en pacientes con trastorno de ansiedad por la enfermedad, todavía se encuentra en fase experimental, a pesar de los resultados positivos obtenidos hasta la fecha. Se trata de una línea de tratamiento reciente que nace de la necesidad de aportar alternativas de abordaje para un trastorno que no dispone de tratamientos bien establecidos, a pesar de que la terapia cognitivo-conductual siga siendo el tratamiento de elección y por el momento, del cual se dispone mayor evidencia científica (Pérez-Álvarez *et al*., 2010).

Es necesario que la línea de investigación analizada en la presente revisión siga adelante y se realicen trabajos aleatorizados con grupo control, muestras amplias y diferentes instrumentos de medida de la psicopatología hipocondríaca en diversos intervalos temporales. De este modo, se podrá examinar si la MBCT podría ser una alternativa de tratamiento eficaz en el trastorno de ansiedad por la enfermedad, tal y como se ha podido comprobar recientemente con la depresión mayor recurrente (Teaslade *et al*., 2002; Bockting *et al*., 2015).

BIBLIOGRAFÍA

- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental health disorders: 5th ed. DSM-5; Washington, DC: American Psychiatric Publishing; 2013.
- Barsky, A. J. y Ahern, D. K. (2004). Cognitive behaviour therapy for hypochondriasis: a randomized controlled Trial. *Journal of the American Medical Association*, 291, 1464-1470.
- Barsky, A. J., Ettner, S., Horsky, J. y Bates, D. (2001). Resource utilization of patients with hypochondriacal health anxiety and somatisation. *Medical Care Research and Review*, 39, 705-715.
- Bockting, C. L., Hollon, S. D., Jarrett, R. B., Kuyken, W. y Dobson, K. (2015). A lifetime approach to major depressive disorder: The contributions of psychological interventions in preventing relapse and recurrence. *Clinical Psychology Review*, 15, 22-27.
- Creed, F. y Barsky, A. J. (2004). A systematic review of the epidemiology of somatisation disorder and hypochondriasis. *Journal of Psychosomatic Research*, 56, 391-408.
- "Cuestionario de la salud del paciente" (*Patient Health Questionnaire-15*, PHQ-15; Kroenke, Spitzer y Williams, 2002).
- "Cuestionario de las cinco facetas de mindfulness" (*Five Facet Mindfulness Questionnaire*, FFMQ; Baer *et al.*, 2008).
- "Entrevista clínica estructurada para los trastornos del eje I del DSM-III" (Structured Clinical Interview for DSM III, SCID-I; First, Gibbon, Spitzer y Williams, 2002).
- "Escala de alexitimia de Toronto" (*Toronto Alexithymia Scale*, TAS; Bagby, Parker y Taylor, 1994).
- "Escala de amplificación somatosensorial" (*Somatosensory Amplification Scale*, SSAS; Barsky y Wyshak, 1990).
- "Escala de calidad de vida" (*World Health Organization Quality of Life-Bref*, WHOQoL-Bref; WHOQOL Group, 1998).
- Hartman, T. C., Borghuis, M. S., Lucassen, P. L., Van de Laar, F. A., Speckens, A. E. y Van Weel, C. (2009). Medically unexplained symptoms, somatisation disorder and hypochondriasis: course and prognosis. A sistematic review. Journal of Psychosomatic Research, 66, 363-377.
- Hofmann, S. G., Sawyer, A. T., Witt, A. A. y Oh, D (2010). The effect of mindfulness-based therapy on anxiety and depression: a meta-analytic review. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 78, 169-183.
- Hypochondriacal Cognitions Questionnaire (HCQ; Barsky y Ahern, 2004).
- "Índice Whiteley de hipocondría" (Whiteley Index of Hypocondriasis, WI; Pilowsky, 1967).
- "Inventario de ansiedad de Beck" (The Beck Anxiety Inventorie, BAI: Beck, Epstein, Brown y Steer, 1998).
- "Inventario de ansiedad por la salud" (Health Anxiety Inventory, HAI; Salkovskis, Rimes, Warwick y Clark, 2002).
- "Inventario breve de ansiedad por la salud" (The Short Health Anxiety Inventory, SHAI; Salkovskis et al., 2002).
- "Inventario de depresión de Beck-II" (Beck Depression Inventory-II, BDI-II; Beck, Steer y Garbin, 1998).
- Lovas, D. A. y Barsky, A. J. (2010). Mindfulness-based cognitive therapy for hypochondriasis, or severe health anxiety: A pilot study. Journal of Anxiety Disorders, 24, 931-935.
- McManus, F., Surawy, C. y Muse, K. (2012). A randomized clinical trial of mindfulness-based cognitive therapy versus unrestricted services for health anxiety (hypochondriasis). Journal of Consulting and Clinical Psychology, 80, 817-828.
- "MINI Entrevista neuropsiquiátrica internacional 5.0.0" (MINI International Neuropsychiatric Interview 5.0.0; Sheehan, Janavs, Baker, Harnett-Sheehan, Knapp, Sheehan, et al., 2000).
- Paulson, S., Davidson, R., Jha, A. y Kabat-Zinn, J. (2013). Becoming conscious: the science of mindfulness. Annals of the New York Academy of Sciences, 1303, 87-104.
- Pérez-Álvarez, M., Fernández, J. R., Fernández, C. y Amigo, I. (2010). Guía de tratamientos psicológicos eficaces I: Adultos. Madrid: Pirámide.
- Salkovskis, P. M. y Warwick, H. M. (1986). Morbid preoccupations, health anxiety and reassurance: a cognitive-behavioural approach to hypochondriasis. Behaviour Research and Therapy, 24, 597-602.
- Saz, P., Copeland, J. R., De la Camara, C., Lobo, A. y Dewey, M. E. (1995). Cross-national comparison of prevalenve of symptoms of neurotic disorders in older people in two community samples. Acta Psychiatrica Scandinavica, 91, 18-22.
- Surawy, C., McManus, F. y Muse, K. (2015). Mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) for health anxiety (hypochondriasis): rationale, implementation and case illustration. Mindfulness (N Y), 6, 382-392. Published online 2014 January 21. doi. 10.1007/s12671-013-02.
- Teaslade, J. D., Moore, R. G., Hayhurst, H., Pope, M., Williams, S. y Segal, Z. V. (2002). Metacognitive awareness and prevention of relapse in depression: empirical evidence. Journal of Consulting Clinical Psychology, 70, 275-287.
- Williams, M. J., McManus, F., Muse, K. y Williams, M. G. (2011). Mindfulness-based cognitive therapy for severe health anxiety (hypochondriasis): An interpretative phenomenological analysis of patients' experiences. British Journal of Clinical Psychology, 50, 379-397.

INAD Institut de Neuropsiquiatria i Addiccions

Parc de Salut MAR Barcelona