



DETECCIÓN Y MANEJO DEL PACIENTE HIPOCONDRIACO EN LA CONSULTA DE ENFERMERÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA.

M^a Teresa Vidarte Pérez

Director: Raúl Cacho

Grado en Enfermería

2013/2014

Junio 2014

Universidad Pública de Navarra

“La razón de que, encontrándome enfermo -porque yo estoy enfermo-, quiero tener un hijo médico, pariente de médicos, para que entre todos busquen remedios a mi enfermedad. Quiero tener en mi familia el manantial de recursos que me es tan necesario; quien me observe y me recete”

El enfermo imaginario-Molière

RESUMEN

La profesión enfermera se desarrolla en múltiples ámbitos, ejecutando las diferentes funciones que le son propias. Uno de los ámbitos de trabajo de la enfermera es la Atención Primaria, que constituye la puerta de entrada para los pacientes al sistema sanitario. En el ejercicio de su trabajo, esta enfermera trata y maneja muchas y muy diversas patologías, entre ellas la hipocondría, que es sobre la que se centra este trabajo. Existe poca información que relacione la enfermería con la hipocondría. Por ello, en este documento se intenta recopilar información tanto de las funciones y características de la enfermería y la enfermera comunitaria, como de la hipocondría y sus puntos principales (definición, prevalencia, etiología, cuadro clínico, diagnóstico, tratamiento y manejo), con el fin de relacionarlas y proporcionar una guía que apoye y facilite el manejo de estos pacientes en Atención Primaria.

Palabras clave: hipocondría, enfermería, Atención Primaria, detección, manejo.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	2
2. OBJETIVOS.....	3
3. FUNCIONES DE ENFERMERÍA.....	4
3.1 Función Asistencial.....	6
3.2 Función Docente.....	10
3.3 Función Administrativa.....	12
3.4 Función Investigadora.....	13
4 ENFERMERÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA.....	14
4.1 Educación para la Salud.....	17
4.2 Participación Comunitaria.....	19
5 LA HIPOCONDRÍA.....	22
5.1 Definición y prevalencia.....	24
5.2 Etiología.....	25
5.3 Cuadro Clínico.....	30
5.4 Diagnóstico.....	31
5.5 Tratamiento.....	33
6 MANEJO DEL PACIENTE EN LA CONSULTA.....	36
7 CONCLUSIONES.....	39
8 BIBLIOGRAFÍA.....	40
9 ANEXO I: FOLLETO INFORMATIVO PARA EL PERSONAL DE ENFERMERÍA.....	44

1. INTRODUCCIÓN

La hipocondría, así como cualquier otra enfermedad clasificada como trastorno somatomorfo, no es una enfermedad de la que se tenga mucha información. Y no es porque no sea significativo en la sociedad, ya que supone un elevado coste para el sistema sanitario.

Un paciente hipocondríaco es aquel que está convencido de que padece una enfermedad de gravedad. Y lo sabe, porque interpreta los signos o síntomas fisiológicos básicos del cuerpo, y los utiliza como argumento para demostrar que padece esta o esa enfermedad. No obstante, las pruebas y exploraciones médicas siempre son negativas, y no se encuentra el origen orgánico de esa supuesta "patología".

Estas personas viven con una gran angustia, y una constante ansiedad, porque están convencidos de estar enfermos, y nadie les diagnostica de esa enfermedad que "pone en riesgo su vida". Esto provoca una gran desconfianza hacia el médico, que no le confirma sus sospechas, y les hace sentirse incomprendidos, tanto por parte del personal sanitario como por las personas más cercanas a ellos, ya que esta situación llega a afectar incluso a su entorno familiar y social.

La etiología de este trastorno no se sabe con exactitud, ya que al no tener un origen orgánico, se hace muy difícil determinar cómo se ha desencadenado. Esto hace que también, el diagnóstico y su tratamiento sean difíciles de determinar, y sin embargo, la prevalencia de este trastorno es bastante frecuente en las consultas de Atención Primaria.

Con todo, el papel de enfermería en el tratamiento o manejo de estos pacientes en el momento actual, no es muy relevante. Hecho que se pone de manifiesto al realizar una búsqueda bibliográfica al respecto, y no se encuentra apenas información que relacione a la figura enfermera con el paciente hipocondríaco.

Por esa razón, en el presente trabajo se aborda el tema en cuestión, tratando de poner de manifiesto el papel que la enfermería puede tener en el manejo de estos pacientes. El trabajo comienza con una revisión de las funciones enfermeras, concretándolas en la enfermera comunitaria, y termina con el diseño de una herramienta que facilite la detección y el manejo del paciente hipocondríaco en la consulta de enfermería de Atención Primaria.

2. OBJETIVOS

1. Realizar una revisión bibliográfica sobre el tema de la hipocondría en todos sus aspectos (definición, prevalencia, etiología, características clínicas, diagnóstico, tratamiento y manejo en la consulta).
2. Elaborar una herramienta de información rápida para enfermeras de Atención Primaria que facilite el reconocimiento del paciente hipocondríaco por sus características clínicas en la consulta.
3. Crear una guía que recoja consejos y pautas de manejo de estos pacientes en la consulta, que permita establecer el seguimiento en la consulta de enfermería como medida terapéutica en el abordaje de estos pacientes.

3. FUNCIONES DE ENFERMERÍA.

Podríamos asegurar que la figura de la enfermera es tan antigua como lo es la enfermedad. Esta profesión ha sido indispensable a lo largo de la historia para mantener la salud, protegerla y continuar con la vida.

A lo largo de la historia, fueron las órdenes religiosas las que se hicieron cargo del trato con el enfermo. Desde la sociedad babilónica, hasta la griega o romana, los sacerdotes eran la figura médica, que poseía los conocimientos necesarios para la cura de la enfermedad, ya que ésta estaba relacionada con las creencias propias de las sociedades, y el concepto de que la enfermedad estaba ligada a un mundo sobrenatural. No obstante, la parte de la obstetricia ha estado casi siempre a cargo de las mujeres de la sociedad, que atendían en los partos y se encargaban del cuidado de los niños.

Sin embargo, a lo largo de esos años generalmente los encargados de cuidar al enfermo y atenderle durante el proceso de enfermedad eran personas de bajo nivel, esclavos o sirvientes, que seguían las órdenes de los sacerdotes-médicos. Ésta ocupación era considerada de bajo estatus, seguramente debido a su relación con la enfermedad y la muerte, y la escasa calidad de los cuidados médicos que se podía dar en esos periodos históricos.

Posteriormente, durante las cruzadas, algunas órdenes militares también ofrecían enfermerías. La más famosa fue la de los Caballeros Hospitalarios (también conocida como los Caballeros de San Juan de Jerusalén).

No fue hasta el siglo XIX que comenzó la enfermería moderna. Numerosas órdenes religiosas empezaron a ofrecer programas de formación de enfermería de manera reglada en Europa, pero una de éstas órdenes a destacar fue la que estaba a cargo del pastor protestante Theodor Fliedner, que comenzó con sus programas de formación en Alemania en 1836, y fue precisamente en esta escuela donde se formó la que se considera transformadora del concepto de enfermería hasta ese momento establecido, Florence Nightingale, que determinó las bases de la enfermería moderna.

Durante todos los años de evolución del concepto de enfermería, han sido numerosos los autores que han definido sus funciones y sus objetivos principales. Algunos de estos autores son¹:

- *Florence Nightingale*. Como ya hemos dicho, fue la pionera de la enfermería moderna, y por ello elaboró la primera definición de la enfermera moderna, afirmando que su objetivo principal era conservar la energía vital del paciente, y partiendo de la acción que ejerce la naturaleza sobre los individuos, colocarlo en las mejores condiciones posibles para que actúe sobre él. Creía que un entorno saludable era necesario para aplicar unos cuidados adecuados de enfermería, y que la enfermera también debía enseñar a los enfermos y a sus familiares a ayudarse a sí mismos a mantener su independencia.
- *Virginia Henderson*. Afirma que la función única de enfermería es asistir al individuo sano o enfermo en la ejecución de aquellas actividades que contribuyan a la salud o su recuperación (o muerte placentera) que realizaría sin ayuda si tuviese la fuerza, voluntad o conocimientos necesarios para llevarlas a cabo, de tal forma que alcance la independencia en su autocuidado lo más pronto posible.
- *Dorothea Orem*. Define la enfermería como un servicio humano, cuyo aspecto esencial es atender a la necesidad personal de realizar actividades de autocuidado de forma continua para el mantenimiento de la vida y la salud o la recuperación tras la enfermedad o la lesión.
- *Martha Rogers*. Define la enfermería como una ciencia humanística dedicada a mantener y promover la salud, prevenir enfermedad y asistir y rehabilitar al enfermo y al discapacitado; cuyos objetivos son el mantenimiento y promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el diagnóstico de enfermería, la intervención y la rehabilitación.
- *Ida Orlando*. Establece que la enfermería es la administración de ayuda que el paciente pudiera necesitar para cubrir sus necesidades, es decir, para garantizar su bienestar físico y mental.
- *Callista Roy*. Afirma que la función de la enfermera consiste en ayudar a las personas a adaptarse a los cambios que se producen en sus necesidades fisiológicas, su autoconcepto, el desempeño de roles y en sus relaciones de interdependencia, durante la salud y la enfermedad.
- *Claire Fagin*. Define la actividad enfermera como el fomento y mantenimiento de la salud, la prevención de la enfermedad, la atención de las personas durante las fases agudas de una enfermedad y la rehabilitación y restauración de la salud.
- *CIE (Consejo Internacional de Enfermería)*. En la definición que estableció en el año 2000, afirma que la enfermería abarca los cuidados, autónomos y en colaboración, que se prestan a las personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o sanos, en todos los contextos, e incluye la

promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, y los cuidados de los enfermos, discapacitados, y personas moribundas. Además, define las funciones esenciales de la enfermera como la defensa, el fomento de un entorno seguro, la investigación, la participación en la política de salud y en la gestión de los pacientes y los sistemas de salud, y la formación.

Sin embargo, si tenemos que clasificar las funciones de una enfermera, la división más extendida sería:

1. Función asistencial
 - 1.1 Atención Primaria
 - 1.2 Atención Especializada
2. Función Docente
3. Función Administrativa
4. Función Investigadora

No obstante, existen otras clasificaciones, como las que establecen Riopelle y Teixidor en su artículo “La práctica enfermera: fundamentos científicos y acercamiento humanista”. La diferencia principal es que en él, dividen la profesión de enfermería en 5 roles: el asistencial, el administrativo, el social, el educador y el investigador. En la clasificación que presentaré en este trabajo, el rol social lo incorporaremos a la función asistencial de la enfermera.

3.1 Función Asistencial.

Esta es quizá, la función más conocida de la profesión enfermera, ya que es la que mantiene contacto con los pacientes. Además, es la que más desarrollada está, y más campos abarca.

Cuando la enfermera trabaja en el campo asistencial, su función principal es el apoyo al paciente en el mantenimiento de su salud, proporcionar ayuda para que ésta mejore o incremente, y asistir al paciente durante los periodos de enfermedad. Es decir, presta cuidados al paciente, familia o comunidad, y se encarga del mantenimiento, promoción y protección de su salud. Además, actúa en los procesos de enfermedad, con el objetivo de la recuperación o rehabilitación del estado de salud.

Esta atención se puede llevar a cabo en diferentes lugares:

- En el medio hospitalario. Es el que más ha dado a conocer a la profesión de enfermería, y en él la enfermera se encarga de asistir al enfermo y proporcionarle los cuidados necesarios con el objetivo de reducir los daños causados por la enfermedad y recuperar el estado de salud, como último objetivo.

- En el medio extrahospitalario. Aquí la enfermera trabaja con los mismos objetivos planteados en la atención hospitalaria, pero en un entorno de atención primaria, formando parte de un equipo multidisciplinar que atiende a la comunidad, acudiendo a los domicilios particulares...

Dentro de las actividades que realiza enfermería en esta función asistencial, también podríamos realizar dos clasificaciones: por un lado, acciones o actuaciones propias de enfermería, que se llevan a cabo de manera autónoma, porque se poseen los conocimientos, la destreza, las actitudes y los valores necesarios para ejecutarlas. Por otro, acciones interdependientes o derivadas, es decir, aquellas que se realizan colaborando con otros profesionales del equipo sanitario, o las que se realizan por delegación de otros profesionales, generalmente el personal médico.

Riopelle y Teixidó han elaborado una lista de las competencias relacionadas con el rol asistencial, haciendo división entre rol autónomo y rol de cooperación:

Competencias relacionadas con el rol autónomo²:

- Ejercer el rol según los principios éticos y deontológicos.
- Basar la acción en un modelo conceptual de cuidados de enfermería.
- Utilizar el proceso de cuidados al lado de cada persona cuidada.
- Evaluar la satisfacción de las necesidades de la salud de la persona
- Acompañar a la persona cuidada en sus reacciones psicológicas, físicas y sociales, y observar los problemas de la situación.
- Identificar con la persona atendida las soluciones que le convienen en cuanto a sus problemas de salud.
- Crear un clima propicio, de confianza, para el desarrollo y el bienestar de la persona.
- Ayudar a la persona atendida a mantener o mejorar su salud.
- Aplicar los cuidados de prevención y de promoción de la salud según las necesidades y a partir de los recursos que disponga.
- Desvelar e incentivar el interés para el aprendizaje de conocimientos, habilidades y actitudes que pueden mejorar o contribuir a la salud.
- Enseñar a la persona atendida aquello que desea aprender.
- Prodigar cuidados de confort y de mantenimiento de la vida a la persona atendida.
- Saber seleccionar los diferentes recursos y organizarlos para realizar una actividad, un proyecto o resolver un problema.
- Asegurar una vigilancia adecuada de las necesidades fundamentales a partir de una visión global de la persona.

Competencias relacionadas con el rol de cooperación²:

- Vigilancia del estado de la persona:
 - Asegurar una vigilancia adecuada del estado de salud de la persona atendida, particularmente las complicaciones fisiopatológicas y de las reacciones del tratamiento y ajustar la intervención según un juicio profesional.
 - Advertir rápidamente a los miembros del equipo multidisciplinar si el estado de la persona atendida se deteriora.
 - Tomar decisiones sobre las acciones de verificación del estado de la persona, especialmente de los signos vitales y de signos de complicaciones.
 - Intervenir ayudando a los niños, a los adultos y a sus familiares, tanto en el hospital como en el domicilio, si se presentan problemas de salud menores, mayores o se encuentran en estado de crisis psicológica, física o social.
- Aplicación de técnicas de cuidados especializados:
 - Efectuar las técnicas de cuidados enfermeros especializados integrando las etapas de la técnica y teniendo en cuenta las reacciones de la persona atendida.
 - Observar y anotar la vigilancia de parámetros de orden psicológico y físico durante la ejecución de la técnica.
- Aplicación de las órdenes médicas:
 - Realizar los tratamientos prescritos.
 - Administrar la medicación.

Estas dos mismas autoras, diferencian el rol social como otro de los aspectos del rol enfermero, haciendo referencia a la atención que presta enfermería a la comunidad, teniendo en cuenta el ambiente en el que vive la sociedad a la que atiende, e interviniendo en todos los campos en los que existan carencias. He considerado que podríamos integrarlo en la función asistencial de la enfermería, ya que las actividades que describen que realiza la enfermera en este rol, son las mismas que realiza una enfermera asistencial en el ámbito de la atención primaria, como son: trabajar con personas mayores, niños y adolescentes, personas con problemas de salud crónicos o en situación terminal, familias y grupos de riesgo potencial. La enfermera de atención primaria abarca estos campos, ya que realiza una atención comunitaria en relación con todos los tipos de pacientes y situaciones anteriormente mencionadas.

Elaboran, aquí también, una lista de competencias relacionadas con este rol social, que son²:

- Ser conscientes de las realidades sociales y culturales relacionadas con la salud.
- Dar soporte a las familias en las que algún miembro vive un problema de salud.
- Comprometerse con los grupos de enfermeras que tienen como objetivo influir en las instancias políticas con la finalidad de disminuir los problemas de salud en el mundo y de proporcionar a las poblaciones que lo necesitan personal sanitario, medicamentos, alimentos y todo lo que haga falta para satisfacer sus necesidades alimentarias, educativas, de salud y de higiene.

Para terminar, en el documento “Ocupaciones. Material de orientación profesional. Enfermeros.” Editado por el Servicio de Empleo de la Junta de Andalucía, se ha elaborado una lista de las funciones asistenciales que desarrolla un enfermero en su trabajo, que creo que resume bastante bien la información presentada anteriormente. Estas funciones son³:

- Prestar cuidados integrales a la persona, familia y comunidad, mediante acciones de mantenimiento, promoción y protección de la salud, prevención de la enfermedad, asistencia y rehabilitación.
 - Elaborando y ejecutando el Plan de Cuidados de Enfermería en sus distintas fases: Valoración, Diagnóstico de Enfermería, Planificación y Ejecución.
 - Colaborando con el resto del Equipo Asistencial, en especial en aquellas funciones derivadas de las prescripciones médicas.
- Ejecutar la terapéutica prescrita y administrar la medicación establecida.
- Colaborar con el personal médico en las intervenciones quirúrgicas
 - Preparando al paciente para intervenciones o exploraciones siguiendo los cuidados preescritos.
 - Atendiendo en los protocolos postoperatorios.
 - Practicando las curas de las personas operadas.
- Prestar los servicios de asistencia inmediata en casos de urgencia hasta la llegada del personal médico.
- Observar y recoger los datos clínicos necesarios para el control de los pacientes.
- Supervisar la preparación de la habitación y cama para la recepción del paciente y su estancia.
- Vigilar la distribución de regímenes alimenticios y atender la higiene general de los enfermos.
- Controlar la conservación y el buen estado del material sanitario, instrumental y aparatos clínicos.

3.2 Función Docente.

Tanto la docencia, como la formación propia del profesional, son parte inherente de la figura enfermera. Durante la revisión bibliográfica a este respecto, se ha visto que no hay un consenso sobre si la educación para la salud que realiza la enfermera encaja mejor en su función asistencial o en la docente. En este documento la incluiremos en la función asistencial de la enfermera de atención primaria, ya que es un papel fundamental en su actividad profesional, pero señalando que igualmente forma parte tanto de la función asistencial como de la docente.

La formación continuada de las enfermeras es algo muy importante, ya que garantiza que la enfermera está actualizada respecto a los cambios en el sistema sanitario y los avances médicos, que suceden continuamente, y así la atención que reciben los pacientes es de la mayor calidad posible. Así mismo, es igual de importante colaborar en la formación de los nuevos profesionales de enfermería, con el fin de garantizar que, una vez que se incorporen al mercado laboral, hayan recibido una formación en la práctica clínica lo más completa posible.

Además, la Ley General de Sanidad recoge esta necesidad y expresa en sus artículos 104 y 105 la responsabilidad de las administraciones sanitarias públicas a través de sus Servicios de Salud y recoge textualmente “toda la estructura asistencial del sistema sanitario debe estar en disposición de ser utilizada para la docencia pregraduada, posgraduada y continuada de los profesionales”⁴.

Tanto en la formación pregrado como en la posgrado (estudio de especialidad), las enfermeras acreditadas como tutoras deben asumir las funciones que les corresponden, y garantizar que la formación que reciben los estudiantes en las unidades de práctica clínica sea la mejor que puedan recibir. Entre otras, las funciones que el profesional debe realizar cuando está a cargo de un estudiante serían⁴:

- Organizar la actividad de los estudiantes durante su estancia en el centro.
- Informarles acerca de la organización y funcionamiento del mismo.
- Impartir la docencia práctica correspondiente.
- Supervisar sus actividades.
- Controlar y visar los cuadernos de prácticas.
- Informar a la Comisión Docente de los incidentes y faltas que pudieran ocurrir durante el desarrollo de las prácticas.
- Evaluación y valoración del alumno a lo largo de sus prácticas asistenciales.

Al igual que en el apartado anterior, creo que el resumen que realiza el Servicio de Empleo de la Junta de Andalucía en su documento “Ocupaciones. Material de orientación profesional. Enfermeros.” recoge de manera muy completa todas las actividades que realiza la enfermera en el desarrollo de su función docente³:

- Diseñar, planificar y participar en programas de educación continua para el personal de enfermería y otros profesionales de la salud.
- Planificar, ejecutar y controlar el proceso de enseñanza-aprendizaje en la formación del personal de Enfermería.
- Asesorar en materia de planificación educacional en los ámbitos de su competencia.
- Desempeñar funciones directivas y docentes en escuelas universitarias.
- Coordinar cursos, estancias, pasantías, diplomados y maestrías tanto nacionales como internacionales.
- Establecer acciones encaminadas a la promoción de la salud.
 - Realizando un conjunto de acciones de creación de programas de formación comunitarios para lograr la mejora de las condiciones de salud de la comunidad.
 - Realizando un conjunto de actividades, con la población sana, para los diversos aspectos de la normalidad del movimiento, a través de la disminución de la susceptibilidad o exposición a factores de riesgo o a la modificación del proceso de evolución y así prevenir las complicaciones y alteraciones del movimiento.

Respecto a lo que desarrollan Riopelle y Teixidó en su artículo “La práctica enfermera: fundamentos científicos y acercamiento humanista”, la función docente de la enfermera se corresponde con su rol educador. En él, desarrollan ambas partes anteriormente descritas, tanto la necesidad de que el personal de enfermería esté en una continua formación, y que participe en la formación de nuevos profesionales, y la función tan importante que realiza una enfermera con la educación para la salud a los pacientes, familia y comunidad.

Las competencias que relacionan con este rol educador son²:

- Orientar a los estudiantes y las enfermeras nuevas en la aplicación del rol profesional.
- Enseñar a la persona respondiendo a sus necesidades, demandas y niveles de aprendizaje.
- Identificar y desarrollar programas de salud para la comunidad.

3.3 Función administrativa.

La administración está presente siempre que en una acción estén implicadas más de una persona, y esto en la sanidad ocurre continuamente. Administrar se define como la actuación consciente sobre un sistema social y cada uno de los subsistemas que lo integran, con el objetivo de alcanzar ciertos resultados. Permite aprovechar la capacidad y esfuerzos de todos los integrantes de una organización dirigiéndolos hacia unos objetivos comunes. Se pretende lograr que el trabajo se realice con el menor gasto de tiempo, energía y dinero, manteniendo siempre la calidad de trabajo acordada.

La situación ideal sería que en todos los niveles del sistema sanitario estuvieran presentes profesionales de varios gremios, evitando así que lo planifique y gestione un solo gremio profesional. Es importante que las enfermeras estén presentes en los puestos de gestión desde donde se planifica y se toman las decisiones, ya que si no es así, se hace difícil transmitir nuestra visión del cuidado como esencia del desarrollo del sistema. Siendo las expertas en cuidados y la gestión de éstos, se necesita que nos den la oportunidad de ocupar puestos de responsabilidad con autonomía y decisión para poder realizar nuestro trabajo de la manera más completa posible⁵.

Riopelle y Teixidó definen las funciones del rol administrativo como la organización del trabajo, velar por la calidad de los cuidados, organizar los cuidados de enfermería y llevar a cabo su administración sobre la persona o grupo en las unidades de enfermería. Creen que la enfermera, en el desarrollo de su actividad administrativa, contribuye a racionalizar y contener los costes sanitarios, mientras busca la eficacia y eficiencia mejorando la gestión y la organización del trabajo. Promueven también, la creación de protocolos clínicos basados en evidencias científicas².

Las competencias que relacionan con el rol administrativo son²:

- Demostrar habilidades para un trabajo en equipo basado en la complementariedad y la cooperación.
- Responsabilizarse de la organización del trabajo cotidiano de los miembros del equipo de cuidados según las necesidades de la persona.
- Efectuar las transmisiones durante los cambios de personal garantizando la continuidad de los cuidados.
- Organizar la aplicación de los protocolos y los procedimientos de cuidados con espíritu crítico.
- Aplicar medidas administrativas relacionadas con los cuidados de enfermería.
- Asegurar la continuidad de los cuidados.

3.4 Función investigadora.

Esta función consiste básicamente en responsabilizarse del desarrollo de la práctica profesional. Actualmente, ésta exige a los sanitarios el uso consciente de la más actual y mejor evidencia que aporta la investigación, para mejorar los resultados de las intervenciones profesionales y asegurar la mejor calidad en el cuidado individualizado de los pacientes.

Por lo tanto, desarrollar esta función investigadora requiere que se conozcan los sistemas de búsqueda bibliográfica que permita resolver las dudas que se plantean en los cuidados de enfermería, así como conocimientos en bioestadística, epidemiología y nuevas tecnologías de la información. Los profesionales deben estar formados en lectura crítica de la información publicada y que participen y elaboren trabajos de investigación, que resuelvan dudas de la práctica clínica no resueltas todavía.

Riopelle y Teixidó en su texto “La práctica enfermera: fundamentos científicos y acercamiento humanista” refieren que la enfermería en la investigación debe orientarse a una mayor comprensión del ser humano, a adquirir una mayor capacidad de intervención, a conseguir resultados basados en la evidencia científica y a garantizar intervenciones que proporcionen bienestar, calidad de vida y acompañamiento.

Las tareas propias de enfermería en la investigación serían entonces²:

- Integrar la formación de las enfermeras en investigación.
- Identificar problemas de investigación.
- Aplicar los resultados de la investigación en ciencias de la enfermería y de la salud en la práctica profesional.
- Desarrollar instrumentos de investigación.
- Liderar la actividad científica en cuidados, promoviendo una asistencia basada en la evidencia científica, marcando unas líneas claras de investigación y favoreciendo su evaluación, difusión y aplicación.
- Conseguir la transferencia de resultados de la investigación en cuidados y su aplicación en la práctica de enfermería.
- Participar de forma conjunta con el resto del equipo asistencial en proyectos coordinados y multidisciplinarios.

4. ENFERMERÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA.

La definición de Atención Primaria, que se dio en la Declaración de Alma-Ata de 1978 fue: “La asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, mediante su plena participación y a un coste que la comunidad y el país puedan soportar en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. La atención primaria forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria.”⁶

Por lo tanto, la AP constituye la puerta de entrada al sistema de salud, y en este nivel es donde se resuelven la mayor parte de los problemas sanitarios. La Atención Primaria ha sufrido muchos cambios a lo largo de las reformas que se han llevado a cabo, como pasar de tener una función exclusivamente curativa, a asumir las actividades de promoción y prevención de la salud; el contacto que tenía con el enfermo era meramente puntual, mientras que ahora mantiene una atención integrada a lo largo de todo el proceso vital, tanto en situaciones de salud como en situaciones de enfermedad. Ha pasado de considerar únicamente el aspecto biológico, a contemplar la salud integral.

Además de todo esto, se añade el logro de la cobertura universal, el posible acceso por parte de todos los ciudadanos, y el enfoque familiar y comunitario de la salud, que permite a los sanitarios no sólo relacionarse con los individuos, sino también con las familias y la comunidad⁷.

Las características básicas de la atención primaria son⁸:

- *Accesibilidad*. Es la provisión eficiente de servicios sanitarios en relación con las barreras organizacionales, económicas, culturales y emocionales.
- *Coordinación*. Es la suma de las acciones y de los esfuerzos de los servicios de atención primaria.
- *Integralidad*. Es la capacidad de resolver la mayoría de los problemas de salud de la población atendida (en atención primaria es alrededor del 90%).
- *Longitudinalidad*. Es el seguimiento de los distintos problemas de salud de un paciente por los mismos profesionales sanitarios, médico y enfermero.

Son numerosos los servicios que ofrece el sistema de Atención Primaria, como son⁸:

- La asistencia sanitaria a demanda, programada y urgente tanto en la consulta como en el domicilio del enfermo.
- La indicación o prescripción y la realización, en su caso, de procedimientos diagnósticos y terapéuticos.
- Las actividades en materia de prevención, promoción de salud, atención familiar y atención comunitaria.
- Las actividades de información y vigilancia en la protección de salud.
- La rehabilitación básica.
- Las atenciones y servicios relativos a la mujer, la infancia, la adolescencia, los adultos, la tercera edad, los grupos de riesgo y los enfermos crónicos.
- La atención paliativa a enfermos terminales.
- La atención a la salud mental, en coordinación con los servicios de atención especializada.

Queda claro, que para la realización de todas estas actividades, y la búsqueda de la excelencia en la atención al paciente, es muy importante la figura enfermera en el equipo de Atención Primaria. Vivimos en una época de numerosos cambios sociales, y es por eso tan necesaria la prevención-promoción que se realiza en la consulta de enfermería, que quizá se había visto relegada por la cantidad de demandas de procesos agudos asistenciales. La enfermera, como responsable principal del cuidado y la educación para la salud del paciente, tiene que tener como objetivo seguir potenciando y desarrollando al máximo el autocuidado de la persona, las familias y la comunidad, con el objetivo de lograr su máxima independencia y responsabilidad en cada proceso de salud-enfermedad. Son la Ley de Dependencia, el envejecimiento progresivo de la población, el incremento de las enfermedades crónicas o el abandono de estilos de vida saludables algunos de los indicadores que ponen de manifiesto la importancia de la educación en el autocuidado, ya que éstos problemas consumen una importante parte de los recursos sanitarios, y persiguiendo la autonomía de los pacientes en su proceso de enfermedad, se conseguiría disminuir en gran cantidad las demandas de consultas y los recursos que se consumen a este respecto.

Los mismos cambios que ha sufrido el sistema de Atención Primaria, los ha sufrido la figura de la enfermera en este campo. Antes se limitaban a organizar la consulta médica y a completar las recetas de los medicamentos prescritos por el médico, pero tras la transformación se desarrollaron numerosas actividades de asesoramiento y cuidados de su competencia, además de cumplimentar los tratamientos ordenados por el médico. Adquirieron gran importancia las actividades de educación sanitaria y promoción y prevención, y con la creación de las consultas de enfermería, se le permitió a ésta disponer de un espacio propio, en el que desarrollar los contenidos del nuevo modelo⁷.

La consulta de enfermería, desde su implantación, ha sido definida de diferentes maneras⁹:

1. La actividad de encuentro y comunicación entre el usuario y el personal de enfermería para el conocimiento y la solución de los problemas de salud realizados en los locales del centro de salud.
2. La actividad para la mejora de control y seguimiento de enfermos crónicos.
3. Se plantea para dar respuesta a las necesidades de cuidados de los pacientes en los aspectos específicos de enfermería en las áreas de prevención, recuperación y rehabilitación de la salud.
4. Una interacción profesional entre el usuario y la enfermera. La labor de la enfermera se centra en la ayuda al individuo, al grupo familiar y a la comunidad; se realizan autocuidados de salud, del nacimiento a la muerte y mediante un proceso de interacción específico y terapéutico.
5. Un proceso que engloba una serie de actividades para ayudar al cliente a percibir, comprender y actuar ante los eventos que ocurren en el medio ambiente del cliente.
6. Una vía de interacción en el proceso de buscar, facilitar y recibir ayuda.

La atención a los pacientes en esta consulta de enfermería puede darse de diversas maneras. O bien, una consulta a demanda en el centro o en el domicilio, o una concertada en el centro o el domicilio. La consulta a demanda se origina cuando el paciente acude a consulta de enfermería por iniciativa propia, buscando que su atención sanitaria sea resuelta o valorada por parte de enfermería, o siendo derivados por otros profesionales.

En cambio, la consulta concertada se da cuando la enfermera establece una cita con el paciente, donde se llevan a cabo los procesos de promoción de la salud, prevención de alteraciones o seguimiento de problemática instaurada de manera más o menos crónica⁴.

Las funciones propias de la enfermera de la atención primaria son las propias de la enfermera general, desarrolladas en el punto anterior. Sin embargo, destacaremos que actividades son propias de la enfermera de atención primaria dentro de esas funciones generales.

Dentro de la función asistencial, en Atención Primaria la enfermera realiza⁴:

- Una atención directa en centro y domicilio a personas y familias (consulta a demanda o concertada, anteriormente desarrollada).
- Educación para la salud.
- Participación comunitaria.
- Gestión de Casos.

4.1 Educación para la Salud.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) definió en 1983 la Educación para la Salud (EpS) como cualquier combinación de actividades informativas y educativas que llevan a una situación en la que la gente desee vivir sana, sepa cómo alcanzar la salud, haga lo que pueda individual y colectivamente para mantenerse en salud y busque ayuda cuando lo necesite.

La OMS plantea en el ámbito del sistema sanitario la necesidad de la EpS en Atención Primaria de Salud (APS), y en la IV Conferencia Internacional sobre Promoción de Salud “Guiando la Promoción de salud hacia el siglo XXI” (Yakarta, 1997) se refuerza el papel de la Atención Primaria en la Promoción de la Salud, diciendo en su declaración que: “Existe un amplio campo para la promoción de salud, tanto planificada como espontánea a través del contacto diario entre el personal de atención primaria y los individuos de la comunidad”.

Con la educación para la salud no se pretende obligar al paciente, o persuadirle a que realice los cambios oportunos para mejorar su estado de salud, sino que se intenta facilitar que sea el mismo el que tome la decisión, conscientemente y de forma autónoma, de realizarlos. Permite que la persona, desde sus vivencias y conocimientos previos, desarrolle la capacidad de modificar las conductas que se le proponen en la consulta.

Por ello, es fundamental el fomento del autocuidado en la promoción de la salud, para conseguir que las personas cuiden de su salud y se comprometan con ella. Y aquí, Atención Primaria ocupa un lugar privilegiado en la realización de esta Educación, siendo la enfermera la protagonista, llevando a cabo la mayoría de las intervenciones propias de la EpS tanto individual como grupal.

La enfermera realiza esta educación teniendo en cuenta los valores y creencias de las personas, haciendo éstos factores imprescindibles en el establecimiento de una relación que permita intervenir, y sobre todo, educar. Pero también cuenta con intervenciones propias de su disciplina, específicamente definidas para la educación para la salud, ya que apoyan el funcionamiento psicosocial y facilitan los cambios en los estilos de vida, que son⁴:

- Intervenciones para reforzar o fomentar conductas deseables o alterar conductas indeseables (ej. facilitar la autorresponsabilidad, prevención del consumo de sustancias nocivas...).
- Intervenciones para reforzar o fomentar el funcionamiento cognitivo deseable o para alterar el funcionamiento cognitivo indeseable (ej. entrenamiento de la memoria, facilitar el aprendizaje...).
- Intervenciones para potenciar la comunicación (ej. escucha activa, potenciación de la socialización...).

- Intervenciones para ayudar a hacer frente a situaciones difíciles (ej. apoyo emocional, asesoramiento, potenciación de la autoestima...).
- Intervenciones para facilitar el aprendizaje (ej. enseñanza ejercicio, enseñanza sexo seguro, potenciación de la disposición de aprendizaje...).
- Intervenciones para el fomento de la comodidad psicológica (ej. disminución de la ansiedad, técnicas de relajación, distracción...).

La educación puede y debe realizarse con la participación de todos los profesionales que componen los equipos de salud, dependiendo del contenido a abordar en cada caso. Esta actividad es la esencia de la Atención Primaria en su conjunto, por lo que debe ser enfocada con una visión de equipo y entendida como una de las principales tareas a realizar por todos sus componentes.

4.2 Participación comunitaria.

El trabajo en la comunidad es una de las funciones de los miembros del Equipo de Atención Primaria, brindar apoyo a la población, desarrollando diversas actividades enfocadas a la promoción, prevención y mantenimiento de la salud del individuo, familia y comunidad.

En 1978, en la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud en Alma-Ata, se formalizó la definición de la participación de la comunidad como: “el proceso en virtud del cual los individuos y la familia asumen responsabilidades en cuanto a su salud y bienestar propio y los de la colectividad y mejoran la capacidad de contribuir a su propio desarrollo económico y comunitario. Ahora bien, así como la comunidad debe estar dispuesta a aprender, el sistema de salud tiene la función de explicar y asesorar, así como dar clara información sobre las consecuencias favorables y adversas de las aptitudes propuestas y de sus costes relativos”⁶.

Se entiende por Atención Comunitaria entonces, aquella en que la enfermera interviene y actúa en el entorno de la comunidad que es objeto de su atención. Comprende todas las actividades que se realizan con fines preventivos y de promoción de salud. Estas actividades incluyen funciones de⁴:

- Análisis y Planificación de la puesta en marcha de los programas, acciones y actividades relativas a la salud comunitaria. Esta función incluye la identificación de los recursos con que cuenta la comunidad correspondiente al área de salud, u otros que vienen de fuera y que coadyuvarán al desarrollo y logro de los programas y actividades planificados.
- Coordinación y colaboración con las distintas administraciones y grupos sociales o colectivos implicados.
- Seguimiento del desarrollo del proceso de Evaluación de la intervención realizada en los programas de salud en la comunidad.

En cuanto a la función docente de la enfermera de Atención Primaria, es la propia de la profesión de enfermería, desarrollada en el punto anterior. Las enfermeras tienen como competencia la tutorización tanto de alumnos estudiantes del Grado de Enfermería, como estudiantes de la Especialización en Enfermería Comunitaria u otro estudio posgrado relacionado con ella.

Respecto a la función administrativa o gestora de la enfermera comunitaria, destacaríamos su papel como enfermera *gestora de casos*.

La gestión de casos puede definirse como la coordinación de los servicios que ayudan a las personas dependientes o en situación de vulnerabilidad, que actualmente se enfocan a los ancianos frágiles y otras personas con problemas funcionales y sus familias, a identificar y/o proporcionar los servicios apropiados a cada individuo, al mismo tiempo que se controlan los costes de dichos servicios⁴.

Podríamos asegurar que la enfermera de Atención Primaria, es la figura idónea para coordinar y asegurar la continuidad de los cuidados de sus pacientes. Puede elaborar un plan de cuidados a la persona dependiente, coordinando todos los recursos sanitarios y sociales posibles, para conseguir optimizar dicho plan. Lo que la hace tan idónea es su posición, tan accesible para el individuo, la familia y la comunidad, además de su formación, conocimientos y metodología de trabajo en el cuidado de salud de las personas/grupos de población a su cargo.

Por último, respecto a la función investigadora de la enfermera de AP, solo añadiríamos las líneas de investigación sobre las que se centrarían, que son⁴:

- Aspectos relacionados con la salud:
 - Promoción de la salud.
 - Sistemas de Prevención.
 - Control de Crónicos e incapacitados.
 - Interrelación con servicios sociales.
 - Acción sobre grupo de riesgos.
 - Prevención de riesgos del paciente y políticas de seguridad.
- Gestión de la oferta de Servicios:
 - Sistemas de medida de la efectividad enfermera.
 - Gestión de Cuidados en Centros Sanitarios.
 - Tratamientos de cuidados.
 - Sistematización de la Práctica Enfermera.

Para terminar con la figura de la enfermera de Atención Primaria, expongo una lista que, según la SEAPA (Sociedad de enfermería de Atención Primaria de Asturias), en su memoria “Enfermera de Atención Primaria de Salud. Diciembre 2007”, son algunas de las competencias que debería ejecutar una enfermera comunitaria en el desarrollo de su trabajo¹⁰:

- Proporcionar cuidados integrales y continuos a las personas, fomentando su autocuidado:
 - En sus distintas etapas evolutivas:
 - ✓ Infancia
 - ✓ Adolescencia
 - ✓ Juventud
 - ✓ Madurez
 - ✓ Vejez

- Con problemas prevalentes de salud:
 - ✓ Atención a pacientes con patologías crónicas.
 - ✓ Atención a pacientes con patologías agudas.
 - ✓ Atención al paciente en cuidados paliativos y a su familia.
 - ✓ Atención a Urgencias y Emergencias.
 - ✓ Atención y prevención de ludopatías, tabaquismo, alcoholismo y otras dependencias y adicciones.
 - ✓ Atención a personas que sufren maltrato.
 - ✓ Detección precoz de trastornos de la conducta.
 - ✓ Prevención y detección precoz de embarazos no deseados, ETS, etc...
 - ✓ Atención a las personas dependientes.
 - ✓ Detección y atención a personas víctimas de violencia de género.
- Planificar, desarrollar y evaluar programas de cuidados integrales dirigidos a las familias para un afrontamiento efectivo de su situación de salud:
 - Enfoque familiar de los problemas de salud de cada miembro.
 - Intervención familiar en las situaciones de crisis: Asesoramiento y mediación familiar, afrontamiento efectivo ante la crisis.
 - Atención domiciliaria y gestión de recursos familiares.
 - Atención, formación y apoyo a los cuidadores familiares.
- Desarrollar cuidados integrales e integrados, en las residencias de ancianos, en los colegios y en aquellos lugares que físicamente se encuentran en la comunidad dentro de la zona de atención enfermera.
- Cooperar y colaborar con otros servicios de atención domiciliaria sociosanitaria y social.
- Planificar, desarrollar y evaluar programas de intervención comunitaria dirigidos al desarrollo de la salud pública.
 - Prevención primaria, prevención secundaria y prevención terciaria de problemas de salud.
 - Programas de desarrollo comunitario y coordinación sociosanitaria.
 - Fomentar y coordinar grupos de autoayuda, ONGs y voluntariado social.
 - Promoción de la participación comunitaria en salud.
 - Prevención de accidentes en los ámbitos doméstico, tráfico y laborales.
 - Prevención de las conductas violentas: género, escolar y laboral.
- Planificar, desarrollar y evaluar Programas de Educación para la Salud grupal para la Promoción de estilos de vida saludables.
- Gestionar y coordinar la continuidad de cuidados del usuario en su proceso de salud-enfermedad, con los diferentes niveles de atención sanitaria.
- Dirigir y gestionar la mejora continua de la calidad de los cuidados.

5. LA HIPOCONDRIA.

A lo largo de la historia, se han utilizado diferentes términos para referirse a lo que hoy conocemos como pacientes somatizadores. Se ha hablado de síntomas psicósomáticos, psicógenos, somatoformes, funcionales, síntomas médicos inexplicables, o síntomas médicos no explicables por la presencia de una enfermedad orgánica¹¹.

Cierto es, que los pacientes que sufren estos síntomas son difíciles de diagnosticar y manejar la clínica que presentan. A veces, hay trastornos psiquiátricos asociados, pero otras no están presentes. Son pacientes hiperfrecuentadores, con una larga historia clínica de exploraciones, tratamientos farmacológicos y quirúrgicos, con un continuo fracaso de éstos. Los pacientes hiperfrecuentadores son aquellos que utilizan los recursos sanitarios de un modo excesivo y, en ocasiones, injustificado. Acuden al médico de familia 12 o más veces al año, y representan entre un 5 y un 10% del total de pacientes asignados a un médico, suponiendo un 30% de las consultas de Atención Primaria. Consumen nueve veces más recursos sanitarios que el resto, y ocasionan un 10% del gasto sanitario¹².

No fue hasta la década de los 80, que aparecieron los conceptos actuales de somatización, encontrando en la actualidad dos que lo describen como proceso:

- Katon (1984): “un idioma de malestar emocional en que los pacientes con problemas psicológicos y emocionales los articulan mediante síntomas físicos”.
- Kleinman y Kleinman (1985): “la expresión de malestar personal y social en un idioma de quejas corporales con búsqueda de ayuda médica”.

Finalmente en 1988, Lipowski lo definió como: “los pacientes somatizadores son aquellos que presentan frecuentes síntomas físicos en ausencia de una base orgánica demostrable o que resultan ampliamente desproporcionados en relación con los hallazgos médicos objetivos y por los que solicitan asistencia”.

En 1991, Kirmayer y Robbins establecieron cuatro componentes básicos que forman parte del concepto de somatización¹¹:

1. Quejas somáticas o síntomas físicos.
2. Para las que no se hallan explicaciones etiopatogénicas o fisiopatológicas.
3. Se asocian a trastornos emocionales o psiquiátricos.
4. Se asocian a una utilización excesiva de los servicios médico-sanitarios.

En el pasado, estos trastornos se conocían por “fenómenos neuróticos o histéricos”, pero el manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales (DSM-IV) decidió quitar el término histeria y pasó a clasificar estos fenómenos en dos: trastornos somatomorfos y trastornos disociativos¹³.

Los somatomorfos eran y son, trastornos que se caracterizan por la presencia de síntomas o dolores físicos, que no tienen ninguna explicación médica, simplemente son trastornos o dolores generados por la mente. Éstos se han solapado durante siglos con la histeria. La civilización egipcia describió un trastorno en que se presentaban síntomas físicos, sin que los médicos pudieran hallar ninguna alteración en el organismo. Los griegos crearon el término “histeria” (hystera=útero), porque creían que este trastorno ocurría con el desplazamiento del útero por el cuerpo.

La primera descripción moderna de la histeria y la hipocondría no se dio hasta el siglo XVII, cuando en 1682 Sydenham les atribuye un origen emocional. Más tarde, en 1859 Briquet describe la enfermedad como un trastorno polisintomático y crónico que obedece a una alteración del sistema nervioso central.

Freud y Beuer, en su estudio de un caso clínico, lo definieron como un proceso en el que una neurosis profundamente arraigada causaría una alteración en el cuerpo. Dándole este significado, podría relacionarse, aunque sin ser equivalente, con el concepto de “conversión”, que se produce cuando síntomas y/o signos sensitivos o motores sugieren alteración neurológica. Implicaría un mecanismo de defensa inconsciente, que daría cuenta del origen psicógeno de determinadas alteraciones físicas.

Estas teorías freudianas prevalecieron hasta la primera mitad del siglo XX, cuando en 1951, Purtell revisó los casos de Briquet. Entonces, en 1962 se elaboraron diversos criterios operativos para delimitar una serie de pacientes histéricos. Incluían:

- Inicio temprano de los síntomas.
- Curso crónico.
- Múltiples quejas somáticas en distintos sistemas orgánicos, con descripciones dramáticas.
- Uso excesivo del sistema sanitario.

Este cuadro pasó a denominarse “síndrome de Briquet”. El DSM-III y el DSM-III-R simplificaron estos criterios y sustituyeron el término “síndrome de Briquet” por el de “trastornos somatomorfos”¹¹.

Es importante hacer una distinción entre los trastornos somatomorfos y los psicósomáticos. En ambos trastornos el origen es psicológico, y están presentes síntomas físicos, pero mientras que en los somatomorfos no se encuentra una patología orgánica demostrable, en los psicósomáticos existe un daño en el sistema fisiológico correspondiente¹⁴.

Tanto en el DSM-IV como en la CIE-10 se clasifica la hipocondría entre los trastornos somatomorfos¹⁵. Los pacientes con estos trastornos son diagnosticados por la presencia de síntomas corporales que sugieren un trastorno físico sin causa orgánica demostrable o mecanismo fisiológico conocido que los explique completamente y por la presunción razonable de que dichos síntomas están asociados a factores psicológicos o estrés.

Los pacientes crónicos y graves (como sería el caso de los hipocondriacos), suelen presentarse también con trastornos de personalidad, que determinan la evolución o, incluso, constituyen su diagnóstico principal. Además, frecuentemente presentan un estrés psicosocial importante cuando acuden al médico y problemas de ajuste social. El refuerzo ambiental de los síntomas, las ganancias derivadas de la enfermedad y de la asunción del papel de enfermo, los mecanismos cognitivo-perceptivos anómalos y los trastornos de la relación sanitario-enfermo son también imprescindibles para entender cómo se configuran estos trastornos somatomorfos, y articular el tratamiento de éstos¹⁶.

5.1 Definición y prevalencia.

El término hipocondría viene del griego “hypocondros”, refiriéndose a la parte baja de la caja torácica donde se encuentra el hígado, ya que los antiguos griegos creían que los malestares producidos por esa enfermedad eran dolores gastrointestinales y abdominales conocidos como Hipocondriasis, la “histeria masculina”. Una vez descartado el origen de la histeria como el desplazamiento del útero por el organismo, pasó a convertirse en una enfermedad psicológica de todos los géneros consistente en fuertes ataques de ansiedad¹⁷.

Se entiende por hipocondría como la preocupación intensa o la convicción de presentar una enfermedad grave, basándose en una interpretación errónea que ellos mismos realizan sobre una sensación corporal o síntoma físico banal que aparece en el cuerpo, relacionándolo con una enfermedad que temen tener. Además, las explicaciones médicas tranquilizadoras o la normalidad de las exploraciones solo les alivian parcial y transitoriamente^{16,13,18}.

Se ha estimado que la prevalencia de la hipocondría en la práctica médica primaria es entre 3 y 4,5%, mientras que en la población general es del 1%^{19,20}. Constituye aproximadamente el 25% de las consultas nuevas en AP. Y síntomas como mareo, dolor torácico o cansancio, presentados de forma aislada, corresponden en un 80% de los casos a somatizaciones. Además, supone un gasto importante, ya que aproximadamente consume un 10% de los recursos sanitarios, 9 veces más que el paciente medio en Atención Primaria²¹.

La edad de comienzo es muy variable, aunque más frecuente entre los 20 y los 30 años. No se han encontrado diferencias en función de sexo, estado civil, educación, posición social y otras variables sociodemográficas¹⁶.

5.2 Etiología.

La etiología de la hipocondría es desconocida. Son muchos los autores que, basándose en diferentes teorías, intentan definir lo mejor posible el origen de esta patología.

La teoría que mayor soporte posee tiene una base cognitivo-conductual, y sostiene que en la hipocondría se da una amplificación somatosensorial anómala. Es decir, las sensaciones corporales se amplifican, y junto con la poca tolerancia que posee el paciente al malestar, es entonces cuando atribuye erróneamente éstas sensaciones a una enfermedad inexistente¹⁶.

Por qué se produce esta amplificación, es difícil de determinar. Se sabe que afecta a menudo a ambientes familiares, es decir, muchos miembros tienden a estar afectados. Son familias que están muy inclinadas a la interpretación de los signos de enfermedad, y las conversaciones que mantienen entre ellos suelen estar siempre centradas en las enfermedades, si se encuentran bien o mal, y viven con mucha angustia cualquier signo de enfermedad. De esta manera, los miembros de la familia aprenden a interpretar cualquier signo corporal, y lo asocian con angustia, miedo o ansiedad^{22,18}.

En el origen de este trastorno, se ha destacado de manera significativa el efecto que tienen la baja autoestima, la excesiva preocupación por sí mismos y los impulsos agresivos¹⁶.

Por su parte, Carbajal sostiene que, aunque los mecanismos no se conocen con exactitud, existen varias teorías que pueden ayudarnos a entender y manejar mejor este tipo de pacientes. En esta clasificación que realiza en "Guías para la consulta en Atención Primaria", también recoge como teoría principal la expuesta anteriormente sobre la amplificación que realiza el paciente. Éste manifiesta su estrés o sus situaciones vitales difíciles a través de síntomas físicos mediante²¹:

1. La amplificación de las sensaciones corporales: la preocupación sobre una posible enfermedad hace que el paciente se centre en variaciones "normales" de las sensaciones corporales y piense que son patológicas, aumentando su ansiedad.
2. La necesidad de identificar un "paciente" dentro de un grupo familiar patológico o desestructurado: la familia se organiza en torno al "enfermo", para olvidar otros conflictos o problemas.
3. Necesidad de estar enfermo: manifestar un sufrimiento que no puede expresar de otra manera, en ocasiones para conseguir una ganancia.
4. La disociación: capacidad de la mente de experimentar sensaciones completas y detalladas en ausencia de estimulación sensorial; las sensaciones así percibidas son "reales".

En la tesis “La queja hipocondríaca en Atención Primaria”, elaborada por José Ángel Alcalá Partera, se elabora una lista de sensaciones corporales asociadas al concepto de amplificación, que son¹⁷:

Fisiológicas y anatómicas normales:
- Taquicardia secundaria a cambio postural (palpitaciones)
- Anomalía del tejido del pecho (bulto)
- Falta de aliento en un esfuerzo
Disfunción benigna y enfermedad corriente
- Zumbido
- Hipo
- Diarrea
- Dolor de cabeza
Concomitantes somáticos de un afecto intenso
- Diaforesis con ansiedad
- Rubor con azoramiento
- “Arousal” cardiovascular con ira
Síntomas de enfermedad grave
- Patología orgánica grave

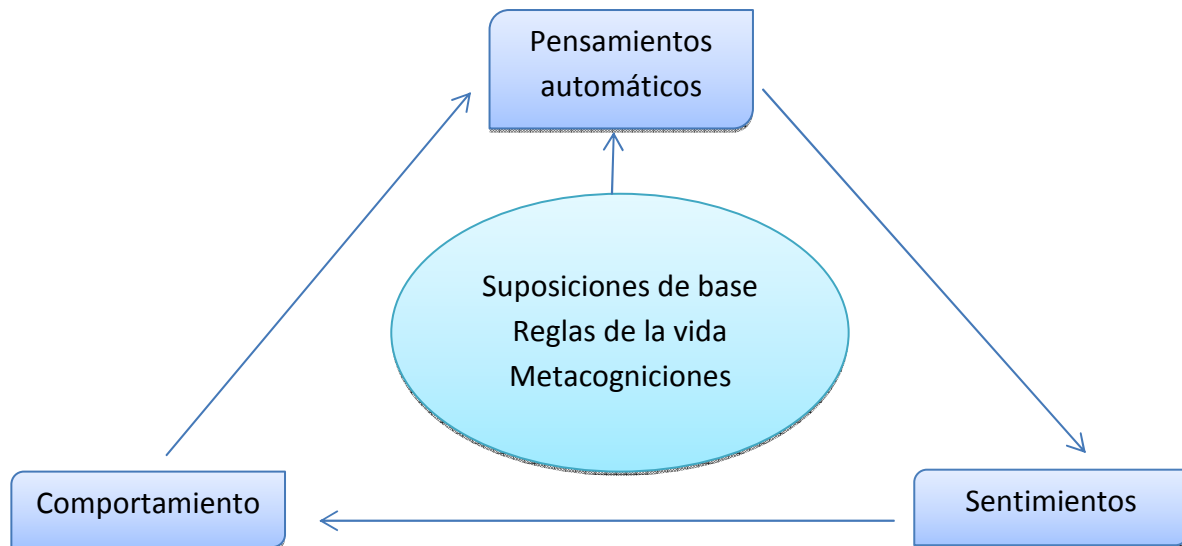
Según aparece en la Revista Internacional On-line “Avances en Salud Mental Relacional”, en su artículo “Tratamiento de la hipocondría en la Práctica Médica Primaria”¹⁹, podrían utilizarse dos modelos para explicar la etiología de la enfermedad.

1. Modelo cognitivo.

Es el modelo cognitivo de la ansiedad, pero aplicándolo a la hipocondría. Es un modelo circular, en el que los pensamientos dan lugar a sentimientos, que provocan comportamientos que a su vez refuerzan esos pensamientos iniciales. Estos pensamientos son automáticos, y con un alto contenido emocional, por ejemplo “no puedo más”, “me voy a morir”, “me va a dar un ataque al corazón”. Vienen en situaciones dadas por la vida, como sentir un síntoma somático o escuchar a alguien decir que está enfermo. Sostiene que estos pensamientos están influenciados por “suposiciones de base”, “reglas de la vida” y “metacogniciones”.

- Las suposiciones de base y reglas de la vida son, por ejemplo, pensamientos del tipo: “soy muy vulnerable a enfermedades”, “el médico se equivoca”, “un síntoma físico suele ser signo de una enfermedad grave”, “si los resultados de las pruebas tardan mucho tiempo es porque hay algo grave”...

- Las metacogniciones son “pensamientos sobre pensamientos”, es decir, actitudes sobre diversos fenómenos, como la muerte, la incertidumbre o la ansiedad. En la hipocondría, es típico pensar en la ansiedad de forma muy negativa y pesimista, “no puedo más de ansiedad, me voy a volver loco”. Esto, finalmente, aumenta la ansiedad en sí mismo.



2. Modelo “cluster” de los trastornos somatoformes.

Este modelo divide los trastornos en dos grupos. “obsesivo/cognitivo” y “somático/sensitivo”. Clasifican la hipocondría en el primer grupo, ya que el paciente tiene miedo de tener una enfermedad grave, y el control médico compulsivo provoca una reducción temporal de la ansiedad que sufre. Afirmaban que este modelo es la base de los tratamientos farmacológicos con los que se estaba investigando¹⁹ (Marzo 2005).

Si bien es cierto que no están claras las causas de este trastorno, sí que existen ciertas “circunstancias” o situaciones, que pueden desencadenar la aparición de la enfermedad.

Algunos autores sostienen que algunas de los factores que pueden convertir a una persona normal en un hipocondriaco, como pueden ser¹⁵:

- Que el paciente anteriormente se haya visto amenazado por una enfermedad.
- Que alguna persona cercana a él haya sido diagnosticado o muerto por alguna enfermedad grave.
- Que él asimile todo lo que encuentra en los medios sobre noticias alarmantes referidas a alguna enfermedad, y se identifique con los pacientes que sufren esas enfermedades.

Las sensaciones amplificadas que los pacientes notan no son más que sensaciones fisiológicas normales, alteraciones benignas (como una ligera dispepsia), enfermedades banales (diarrea, catarro)...

La ansiedad y el miedo nos preparan para luchar o huir de aquello que tememos. El problema es cuando los padecemos en situaciones en las que tendríamos que estar tranquilos. Cuando buscamos asegurarnos de que no existe alguna sensación, ésta aparecerá. En el momento en que nuestro cuerpo está preparado para luchar o huir, se producen los cambios necesarios: nuestra respiración se acelera, nuestro corazón late a más velocidad, etc. De esta forma, cuando nos enfrentamos a esa situación temida, estos cambios aparecen, pero los identificamos como normales. El problema aparece cuando no lo hacemos, porque no reconocemos ninguna situación sobre la que tener que huir o luchar, por lo que asumimos que esa rapidez de los latidos del corazón es debida a su mal funcionamiento, por ejemplo, lo que hace que nos entre el miedo a padecer una enfermedad cardíaca grave. Y así comienza un círculo vicioso¹⁸.

Una vez que el paciente ha hipotetizado que está enfermo, se vuelve más aprensivo e hipervigilante. Esto hace que empeore su percepción de los síntomas, ya que por una parte presta una atención selectiva a las percepciones somáticas que van a corroborar su diagnóstico, ignorando aquellas que la descartan, y por otro esa ansiedad que crece en el individuo producirá sus propios síntomas, que son benignos pero que atribuyen a esa enfermedad que creen padecer²³.

La hipocondría suele presentarse asociada a otros trastornos psiquiátricos, o con sintomatología propia de ellos, como pueden ser: distimia, depresión mayor, fobias, trastorno por ansiedad generalizada, trastorno de la personalidad, trastorno por somatización y trastorno obsesivo-compulsivo^{16,23}.

Según José Ángel Alcalá Partera, en su tesis “La queja hipocondríaca en Atención Primaria”, se deben distinguir principalmente tres tipos de hipocondría¹⁷:

- Primaria: según criterios diagnósticos (DSM o CIE-10), posiblemente más refractaria al tratamiento.
- Secundaria: que ocurre de manera concomitante con otro problema psiquiátrico que de mejorarse parece también disminuir la sintomatología hipocondríaca. Fundamentalmente ansiedad, depresión o cualquier trastorno somatomorfo.
- Transitoria: en relación con acontecimientos desfavorables como enfermedad física o la muerte de un familiar cercano.

En el artículo “Trastornos somatomorfos y síndromes somáticos funcionales en atención primaria”, L. Caballero y F. Caballero establecen una “Clasificación y diagnóstico diferencial de los trastornos hipocondriacos y cuadros relacionados”¹⁶.

Hipocondría primaria
Hipocondría DSM-IV
Hipocondría monosintomática
Delirante
Trastorno dismórfico corporal
Delirio de parásitos
Síndrome de referencia olfatorio
Hipocondría secundaria
A trastornos psiquiátricos:
Depresión Mayor
Trastorno por crisis de angustia
Trastorno por ansiedad generalizada
Esquizofrenia
A sucesos vitales:
Sucesos vitales mayores
Reacción de duelo
En allegados y cuidadores de moribundos
En estudiantes de medicina
A trastornos médicos
Enfermedad terminal
Recuperación de enfermedades que amenazan la vida

5.3 Cuadro clínico

La sintomatología que presenta el paciente hipocondríaco puede ser tan variada como enfermedades puede padecer el ser humano. Carvajal, en su trabajo sobre somatizaciones recogido en “Guías para la consulta de Atención Primaria”, recoge los síntomas y síndromes más comunes en pacientes somatizadores²¹:

GASTROINTESTINALES	PSEUDONEUROLÓGICOS
Vómitos	Amnesia
Dolor abdominal	Dificultad el tragar
Náuseas	Pérdida de voz
Flatulencias	Sordera
Hinchazón	Ceguera
Diarrea	Visión borrosa
Intolerancias alimentarias	Desfallecimiento
	Debilidad muscular
	Pseudoconvulsiones
	Dificultad miccional
SÍNTOMAS DOLOROSOS	APARATO REPRODUCTOR
Dolor difuso	Dispareunia
Dolor en extremidades	Dismenorrea
Dolor de espalda	Irregularidad ciclos menstruales
Dolor articular	Hipermenorrea
Dolor al orinar	Vómitos a lo largo del embarazo
Cefaleas	Sensaciones quemantes en los órganos sexuales
CARDIOPULMONARES	SÍNDROMES
Dificultad respiratoria en reposo	Alergias alimentarias extrañas
Palpitaciones	Síndrome de fatiga crónica
Dolor torácico	Síndrome articulación temporomandibular/Fibromialgia
Mareo	Sensibilidad medicamentosa múltiple

El paciente hipocondríaco se suele presentar en la consulta solicitando el examen de algún signo o síntoma banal, intensamente preocupado por que pueda significar que padece alguna enfermedad grave, generalmente, alguna socialmente destacada (cáncer, arteriopatía coronaria, sida... La hipocondría primaria cursa crónicamente, con periodos de remisión relativos o completos, y reagudizaciones que suelen asociarse al estrés psicosocial o a la dinámica personal del sujeto. El 50% de los pacientes mejoran, y la otra mitad tienen un curso crónico fluctuante¹⁶.

No obstante, en los casos más graves, el paciente puede evitar a toda costa el acudir a consulta, por miedo a que se confirmen sus temores y se le diagnostique de alguna enfermedad de gravedad. Lo normal es que, a pesar de que el paciente experimente un alivio momentáneo y transitorio cuando los exámenes médicos resulten normales, al tiempo vuelva a aparecer esa ansiedad y el miedo, por lo que volverá a la consulta, o acudirá a múltiples servicios del sistema de salud, buscando la confirmación diagnóstica de sus sospechas, y esperando que vuelva esa tranquilidad que experimentó cuando las pruebas médicas negaron sus sospechas.

Otro factor muy importante que favorece el aumento de esa ansiedad o preocupación que padece el paciente es la facilidad de información médica que pueden recibir a través de numerosas fuentes, la más importante, internet. Ahí encuentran información que quizás el médico no les da con tanta facilidad, y empiezan a realizar análisis minuciosos e investigativos sobre sus síntomas y temores, llegando incluso a autoexaminarse y aprender a tomarse la tensión, la temperatura y el pulso para poder hacerlo varias veces al día.

Los pacientes hipocondríacos viven con un gran sufrimiento emocional, ya que la ansiedad y el miedo son constantes en su vida, y se sienten muy incomprendidos. Ellos necesitan que se les diagnostique correctamente la enfermedad que creen sufrir, con el fin de poder tratarla y solucionarla lo antes posible. Se angustian y se deprimen, ya que continuamente les dicen que no tienen nada, cuando ellos se sienten enfermos de gravedad.

Estas sensaciones angustiosas, el miedo constante y la continua presencia en centros sanitarios, afectan notablemente a su vida cotidiana y su relación con el entorno. Daña la vida social del enfermo, y su vida familiar, ya que para las personas que le rodean también acarrea sufrimiento el ver a tu ser querido en esas condiciones de angustia y miedo. Además, el trato es difícil con personas que mantienen unas obsesiones tan fuertes y continuas sobre su estado de salud, ya que afectan a todas las esferas de sus vidas.

5.4 Diagnóstico.

El diagnóstico de la hipocondría se hace basándose en la sintomatología. Hay dos hechos que nos deben hacer pensar en un proceso de somatización:

- La presencia de tres o más síntomas indefinidos, generalmente en diferentes aparatos.
- El curso crónico (aproximadamente dos años).

Pero también hay otros hechos que nos pueden ayudar a saber que estamos ante un trastorno somatomorfo:

- Presencia de un trastorno psiquiátrico (depresión, ansiedad, trastornos de personalidad o abuso de sustancias).
- Recurso a medicinas o terapias alternativas: es muy frecuente, aunque un 60% de los pacientes lo oculta a su médico habitual. Justifican su asistencia porque “sienten que les escuchan y prestan atención a sus quejas”.
- Historia de múltiples pruebas diagnósticas recientes, visitas múltiples a los servicios de urgencia.
- Rechazo de otros médicos.

En la evaluación del paciente con cuadro sospechoso de somatización, es muy importante que se sigan los siguientes pasos²¹:

1. Descartar la existencia de un trastorno orgánico.
2. Evaluar la existencia de trastornos psiquiátricos.
3. Buscar un diagnóstico positivo de somatización.

Es necesario que quede claro que el paso principal es el descarte de otra patología orgánica que se esté pasando por alto, ya que puede causar gran sufrimiento al paciente siendo evitable si se tratara, e incluso podría llegar a producir su muerte. Las enfermedades que pueden llevar a confusión pueden ser neurológicas (esclerosis múltiple, miastenia gravis), endocrinas, sistémicas y neoplasias.

El esclarecimiento de que no exista otro trastorno psiquiátrico asociado, o que realmente sea éste trastorno psiquiátrico su diagnóstico, es muy importante. Por ejemplo:

- En la fobia a la enfermedad, existe más miedo que convicción a padecer una enfermedad.
- En los trastornos psicóticos pueden aparecer delirios somáticos, en esquizofrenia, depresión mayor y trastorno delirante. La presencia de otros síntomas y las características de idea delirante permiten diferenciar estos trastornos.
- Los pacientes con trastorno por angustia presentan síntomas hipocondríacos, pero suelen estar menos incapacitados, tener una actitud menos demandante y están más satisfechos con la atención médica.
- En el trastorno obsesivo-compulsivo las preocupaciones hipocondríacas se reconocen como intrusivas y tienen el carácter de ideas obsesivas.
- Los pacientes con trastorno por somatización están más preocupados por los síntomas que por las posibles enfermedades subyacentes y presentan multitud de quejas que no se corresponden con la hipocondría²³.

Los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10²⁴ para la hipocondría especifican que debe existir la convicción de “estar padeciendo como máximo dos enfermedades médicas importantes” y exigen que por lo menos una de ellas sea correcta y específicamente nombrada por el individuo que presenta el trastorno hipocondriaco.

En la guía DSM-IV-TR, en su capítulo sobre trastornos somatomorfos, presenta una tabla sobre los criterios para el diagnóstico de F45.2 Hipocondría [300.7], que son¹³:

- A. Preocupación y miedo a tener, o la convicción de padecer, una enfermedad grave a partir de la interpretación personal de síntomas somáticos.
- B. La preocupación persiste a pesar de las exploraciones y explicaciones médicas apropiadas.
- C. La creencia expuesta en el criterio A no es de tipo delirante (a diferencia del trastorno delirante de tipo somático) y no se limita a preocupaciones sobre el aspecto físico (a diferencia del trastorno dismórfico corporal).
- D. La preocupación provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- E. La duración del trastorno es de al menos 6 meses.
- F. La preocupación no se explica mejor por la presencia de trastorno de ansiedad generalizada, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno de angustia, episodio depresivo mayor, ansiedad por separación u otro trastorno somatoformo.

Especificar si:

Con poca conciencia de enfermedad: si durante la mayor parte del episodio el individuo no se da cuenta de que la preocupación por padecer una enfermedad grave es excesiva o injustificada.

5.5 Tratamiento.

No existe un tratamiento específico de la hipocondría ampliamente aceptado. Lo que sí tienen en común los diferentes autores, es que dividen en dos partes el tratamiento dirigido a estos pacientes: por una parte, el tratamiento psicológico mediante alguna terapia, y por otra el uso de psicofármacos. Además, otro punto importante es el manejo del paciente en la consulta, que desarrollaremos en el punto siguiente, debido al papel importante que podría tener enfermería en este proceso.

Psicoterapia.

Desde los años 80, varios estudios han señalado que distintos tratamientos de psicoterapia tienen un efecto positivo en la hipocondría. Los ensayos más importantes han sido con terapia “cognitivo-conductual”, que ayuda a los pacientes a corregir las atribuciones falsas que dan a sus síntomas, reorganizar las expectativas y las creencias sobre salud y enfermedad, corregir malentendidos del cuidado médico, modificar la conducta de enfermedad desadaptada y aprender técnicas de distracción y atención selectiva¹⁹.

A. J. Barsky estudió recientemente cómo respondían los hipocondríacos a ejercicios de terapia cognitivo-conductual dirigido por enfermeras de atención primaria. En estas sesiones, los pacientes aprendieron acerca de sus condiciones, explorando maneras de lidiar con el estrés y la vida, las circunstancias y los ejercicios practicados para distraerlos de sus síntomas.

Los resultados no se han publicado, pero afirmó que la utilización general de salud disminuyó y los pacientes reportaron una mejoría significativa en sus actividades de la vida diaria. Así mismo, los procesos psicoterapéuticos basados en psicología profunda, ayudan a estos pacientes a centrarse en sí mismos, más que en sus síntomas²⁵.

J. A. García Higuera también propone técnicas distintas, como una técnica de exposición a las sensaciones corporales. Refiere que consigue que el paciente pierda el miedo a los síntomas que interpreta como enfermedad. Aprende que si no huye de ellos, si no lucha contra ellos y los acepta, se pueden convertir en sensaciones admisibles que le permiten seguir con sus actividades diarias, sin mucho sufrimiento. Añade que esta técnica se suele realizar con un entrenamiento en técnicas de manejo de ansiedad que facilitan la exposición¹⁸.

Por último, Guzmán RE et al., en su artículo “Trastorno por somatización: su abordaje en Atención Primaria” propone que una forma de tratar a estos pacientes sería la realización de técnicas de reatribución en la consulta. Esta técnica consiste en hacer ver al paciente que el síntoma que presenta no es de índole somática, sino un trastorno mental, y afirma que se realiza en tres fases:

- Fase I: se intenta que el paciente se sienta comprendido, se elabora la historia clínica del síntoma, prestando atención a los indicios de malestar psicológico, explorando los problemas sociales y los sentimientos respecto a la enfermedad. esta fase se complementa con una exploración física, y más tarde se intenta redefinir el problema y tratar de esclarecer el vínculo del síntoma con los problemas psicológicos, dando explicaciones al paciente con demostraciones prácticas.
- Fase II: consiste en la internalización por parte del paciente del diagnóstico psicológico y su responsabilidad activa en la búsqueda de soluciones.

- Fase III: es la del abordaje psicológico, basada en técnicas de relajación, resolución de problemas, tratamiento de la ansiedad...

Cree que sería interesante que a lo largo de todo el proceso, se intente implicar a la familia, usar folletos explicativos y crear unidades de enlace con psiquiatría²⁶.

Farmacoterapia.

El uso de psicofármacos para el tratamiento de la hipocondría conlleva ciertos riesgos, como que se produzca una iatrogenia, ya que el paciente tiene numerosos síntomas y muy diversos, por lo que puede llegar a solicitar una gran variedad de fármacos. Tienden a padecer más efectos adversos que otro tipo de pacientes, y aparecen nuevos síntomas, por lo que es conveniente empezar con dosis bajas. Además, se aconseja que la prescripción se realice en conjunto y de acuerdo con el paciente, y no conviene insistir si el paciente es escéptico o pesimista sobre los resultados que se pretenden conseguir²⁶.

Los psicofármacos se usan principalmente como tratamiento de la comorbilidad psiquiátrica que pueden padecer los pacientes hipocondríacos (depresión mayor, distimia, ataques de pánico)¹⁶.

En algunos casos, los antidepresivos o medicamentos contra la ansiedad pueden ser beneficiosos. Brian Fallon, médico y profesor asociado de psiquiatría clínica en Columbia University Medical Center en Nueva York, señala que los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina pueden ser beneficiosos para los pacientes cuya queja principal es la ansiedad, mientras que los inhibidores de la serotonina-norepinefrina, pueden ayudar a los pacientes cuyo principal enfoque es su dolor²⁵.

En relación con esto último, en la revista internacional on-line "Avances en Salud Mental Relacional", en su artículo "Tratamiento de la Hipocondría en la práctica médica primaria"¹⁹, publicaron que no se han hecho muchos ensayos clínicos con fármacos para el tratamiento de la hipocondría, y que la mayoría son estudios con pequeñas series de casos. Los ensayos utilizan, de acuerdo con el "modelo cluster", sobre todo inhibidores de la recaptación de la Serotonina, mostrándose útiles en el tratamiento de los trastornos obsesivos. Solo se ha publicado un ensayo placebo controlado con fluoxetina, concluyendo que los pacientes tratados con fluoxetina mejoraban significativamente comparado con los que recibieron placebo.

6. MANEJO DEL PACIENTE EN LA CONSULTA

A pesar de que, al igual que no hay consenso sobre el tratamiento ideal para el hipocondriaco, tampoco lo hay sobre unas pautas fijas de manejo en la consulta, sí que todos los autores consultados para la realización de este trabajo coinciden en que, el primer principio para un manejo eficaz del paciente es mantener una actitud empática, interesada y centrada en el enfermo. Hay que tratarlos con paciencia y, a pesar de que desde el punto de vista médico los síntomas pueden parecer exagerados, no hay que olvidar nunca que el sufrimiento del paciente es siempre real.

Antes de presentar las pautas de manejo en la consulta, es importante conocer cuáles son los problemas más frecuentes que se presentan en esta atención al paciente en la consulta de Atención Primaria:

1. Establecer objetivos poco realistas. Para evitar la frustración en ambas partes, el objetivo no debe ser eliminar los síntomas, sino ayudar al paciente a manejarlos, o convivir con ellos. Ambos deberán aceptar la incertidumbre de no tener un diagnóstico preciso, a pesar de lo que el médico se compromete a seguir cuidándole.
2. Presencia de padecimientos orgánicos sobreañadidos que pueden aparecer como en cualquier otro paciente. En el somatizador, además, la sintomatología o el sufrimiento puede ser exagerado en relación a la patología que se objetiva: es importante tenerlo en cuenta; quizá en este tipo de enfermos (somatizador con patología orgánica) haya que guiarse más de hallazgos objetivos en la exploración física o en pruebas complementarias para el seguimiento de su enfermedad.
3. Petición de pruebas complementarias o derivaciones. Es frecuente que el paciente lance el reto al médico “¿y cómo puede saber que no tengo un tumor sin hacerme un escáner?” o similar; los argumentos que se pueden utilizar son:
 - Las visitas pactadas sirven para descartar problemas graves
 - Nuestra accesibilidad en caso de que las cosas no vayan bien
 - La posibilidad real de pedir tales pruebas, pero cuando sean necesarias para evitar iatrogenia; dar márgenes de espera, no negarlas de entrada pero si posponerlas.

En estas situaciones, es importante tener un alto grado de asertividad y autocontrol emocional. De todas formas, lo más frecuente en la consulta diaria es la negociación de petición de análisis de sangre. Hacerlos, además de poco nocivo, le da al paciente cierta seguridad y sensación de control y mejora la confianza entre ambos^{21,26}.

La labor más importante es intentar calmar al paciente, y disminuir esos niveles de ansiedad y miedo con los que vive. Por eso, es muy importante no apresurarse en el diagnóstico, y asegurarle al paciente que su problema es “psicológico”, ya que podría generarle una preocupación mayor. Debe intentarse que recuperen la confianza en su cuerpo, y en su médico.

Uno de los primeros objetivos del manejo del paciente hipocondríaco que se pueden plantear, es el intento de que el paciente no acuda a los servicios de Urgencias u otros servicios de manera exagerada. Se debe hacer un pacto con el paciente, y estableciendo unos intervalos adecuados entre consulta y consulta, que mantenga su compromiso de no acudir a otros servicios, y esperar a la siguiente consulta si algo le preocupa (siempre dentro de unos límites de “normalidad”, para evitar que surja algún cuadro orgánico de gravedad, y no se actúe al respecto).

Debido a la gran cantidad de pautas que se han recogido, pasaremos a realizar un resumen que pueda recoger al máximo toda la información obtenida en la revisión bibliográfica.

Pautas de manejo en la consulta de Atención Primaria^{23,26,21,16,25}.

- Establecer una relación terapéutica con el paciente, que sea “paliativa” en sí misma, por parte de un solo médico, para que el paciente no perciba desinterés u hostilidad.
- Establecer objetivos realistas. Que el objetivo del tratamiento no sea la eliminación de los síntomas, sino la optimización de la capacidad de adaptarse a los mismos (“cuidar más que intentar curar”).
- Programar un calendario de citas periódicas. Se recomienda que las citas sean de corta duración (15 min aprox), en un periodo máximo de 4-6 semanas. Así, se evita que el paciente desarrolle nuevos síntomas para que sienta que se le presta atención. En cada consulta, el médico debe:
 - Explorarlo
 - Escuchar sus quejas: darle tiempo para que se explique, tomar nota de sus síntomas. Permitir la expresión de sus temores y creencias sobre la sintomatología. Evitar sentencias como “lo suyo es de los nervios”, “usted no tiene nada”...
 - Dar información tranquilizadora: la terminología y las explicaciones deben ser sencillas. Aprovechar especialmente la visita en la que recibimos pruebas negativas que descartan organicidad.
- Proporcionar, si es posible, una explicación etiológica de los trastornos. Admitir la realidad de los síntomas, pero explicar el fenómeno de “amplificación” e interpretación errónea que realiza el paciente.
- Aclarar con el paciente qué tiene y qué no tiene, resolviendo los errores de la información médica que posee.

- Si el paciente insiste en que se le dé un nombre a su padecimiento, puede ser beneficioso hacerlo si lo hay: síndrome del intestino irritable, fibromialgia... Si no lo hay, podemos usar alguno inespecífico, por ejemplo: trastorno funcional digestivo. A muchos pacientes, tener un diagnóstico les hace más llevadero su problema.
- Identificar el papel del enfermo, y las razones por las que necesita que sus allegados le vean como tal. Es importante reunirse con su familia, para informarles sobre la naturaleza de la enfermedad y el peligro de determinadas actitudes (como favorecer las consultas médicas o reforzar la actitud hipocondríaca).
- Evitar hospitalizaciones, pruebas complementarias innecesarias y fármacos con potencial adictivo. Es necesario llegar a un acuerdo con el paciente sobre los exámenes médicos que solicita, y cuáles y con qué frecuencia se van a realizar.
- Confiar en el equipo médico. Una atención multidisciplinar siempre será mucho más completa y eficaz, además de evitar el agotamiento del profesional.
- Replantear la conversación. Hay una gran cantidad de trastornos funcionales poco conocidos, como el síndrome de fatiga crónica, dolor de espalda, la migraña y el dolor crónico, que no llevan el estigma de la hipocondría. Para hacer que los pacientes sean más receptivos a la idea de la psicoterapia, los médicos deben ayudar a los hipocondriacos a replantear su forma de pensar acerca de su condición.
- Nunca dejar de escuchar. Cuanto más conoces a tus pacientes, mejor podrás responder.

7. CONCLUSIONES

- La realización de este proyecto ha puesto de manifiesto la escasez de publicaciones que relacionen el trabajo de enfermería con el paciente hipocondríaco, por lo que se hace patente la necesidad de investigar más sobre este aspecto concreto de la atención enfermera.
- Dado el perfil hiperfrecuentador del paciente hipocondríaco, la atención de los mismos en la consulta de enfermería podría disminuir el número excesivo de visitas a la consulta médica, a la vez que la propia atención enfermera constituiría un elemento importante en el tratamiento de estos pacientes.
- Es importante la utilización de protocolos y herramientas en la consulta de enfermería que faciliten el manejo y atención de los pacientes. Esto se hace más necesario todavía en aquellos trastornos de los que se dispone de poca información y no existe consenso, como el caso de los trastornos somatomorfos. Por ello se propone el folleto informativo para el personal de enfermería, en el presente trabajo.

8. BIBLIOGRAFÍA

1. Leiva E. Funciones de la enfermería. En: Módulo de Enfermería I, capítulo III. Disponible en: <http://es.scribd.com/doc/47631047/MODULO-ENFERMERIA-I>
2. Aceituno MA, Estévez MI, Martínez M. Competencias de Enfermería del Rol Investigador y tutorización de alumnos: grado de desarrollo en unidades de hospitalización: 5-27. [trabajo fin de master]. [acceso 19 de noviembre de 2013] Barcelona. Escuela Universitaria de Enfermería Santa Madrona. Universitat de Barcelona; 2007. Disponible en: http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/21547/1/2007_8.pdf
3. Enfermero-Enfermera. Ocupaciones: material de orientación profesional [monografía en internet] Junta de Andalucía. Servicio Andaluz de Empleo. Consejería de Empleo. [acceso 21 de marzo de 2014]; Disponible en: <http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdeempleo/web/websae/export/sites/sae/es/empleo/buscarTrabajo/eligeProfesion/galeriaPDFs/Detalle/003018Enfermero.pdf>
4. Arribas A, Gasco S, Hernández M, Muñoz E. Papel de enfermería en Atención Primaria. [monografía en internet] Madrid: Plan de mejora de Atención primaria de la comunidad de Madrid 2006-2009. [acceso 21 de marzo de 2014]; Disponible en: <http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content-disposition&blobheadername2=cadena&blobheadervalue1=filename%3DPapel+Enfermer%C3%ADa+OK.pdf&blobheadervalue2=language%3Des%26site%3DPortalSalud&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1220445005584&ssbinary=true>
5. Cardeñoso R, Abad A. coordinadores. Análisis y Propuestas de Mejora del Trabajo Enfermero en Atención Primaria”: 30-5. FAECAP 2007. [acceso 21 de marzo de 2014]; Disponible en: <http://www.faecap.com/pages/index/documentacion-de-faecap>
6. Declaración de Alma-Ata. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud.[Acceso 20 de Mayo de 2014]. Alma-Ata, URSS. 6/12 Septiembre 1978. Disponible en: http://www1.paho.org/spanish/dd/pin/alma-ata_declaracion.htm

7. Lagares E. Percepción de las actividades de enfermería en Atención Primaria [tesis doctoral] [acceso 19 de noviembre de 2013]. Sevilla. Vicerrectorado de Postgrado y Doctorado Universidad de Sevilla. 2008. Disponible en: <http://fondosdigitales.us.es/tesis/tesis/721/percepcion-de-las-actividades-de-enfermeria-en-atencion-primaria/>
8. Pastor R, López A, Pérez M, Gervás J. Continuidad y longitudinalidad en medicina general, en cuatro Países Europeos. Rev Esp. Salud Pública. 1997. [acceso 20 de marzo de 2014]; 71(5): 479-85. Disponible en: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57271997000500006
9. Martínez JR. Consulta de enfermería a demanda en Atención Primaria. Reflexión de una necesidad. Rev Adm Sanit 2003; 1(3): 425-40 [revista en internet] [acceso 21 de mayo de 2014]; Disponible en: http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?f=10&pid=13051686&pid_usuario=0&pcontactid=&pid_revista=261&ty=111&accion=L&origen=zonadelectura&web=zl.elsevier.es&lan=es&fichero=261v1n3a13051686pdf001.pdf
10. SEAPA. Memoria. Enfermera de Atención Primaria de Salud. [monografía en internet] Oviedo 2007. [acceso 21 de marzo de 2014]; Disponible en: http://www.seapaonline.org/uploads/documentacion/Carrera%20Profesional/Memoria_SEAPA.pdf
11. Martín R, Ascensión C, Moro A, Hernández M. Pacientes somatizadores en Atención Primaria. Del reconocimiento del síntoma a la intervención sin yatrogenia (I). Semergen [revista en internet] 2003 [acceso febrero 2014]; Disponible en: <http://zl.elsevier.es/es/revista/semergen-medicina-familia-40/pacientes-somatizadores-atencion-primaria-del-reconocimiento-sintoma-13048755-tema-central-2003>
12. Informe21.com [sede web] [acceso 19 de abril de 2014] Adictos al médico: ¿Pacientes Psicósomáticos o hipocondríacos? Disponible en: <http://informe21.com/pacientes-psicosomaticos/adictos-al-medico-%C2%BFpacientes-psicosomaticos-o-hipocondriacos>
13. American Psychiatric Association (APA). (2002). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR. Barcelona: Masson.
14. Gea A. Trastornos psicósomáticos. Manual Merck de información médica para el hogar. Sección 7. Capítulo 81 [acceso 9 de diciembre de 2013]. Disponible en: https://www.msdsalud.es/manual-merck-hogar.aspx?u=/publicaciones/mmerck_hogar/seccion_07/seccion_07_081.html

15. Fernández C, Fernández R. Tratamientos psicológicos eficaces para la hipocondría. *Psicothema* 2001; 13 (3): 407-18. [revista en internet] [acceso 10 de febrero de 2014]; Disponible en: <http://www.psicothema.com/pdf/463.pdf>
16. Caballero L, Caballero F. Trastornos somatomorfos y síndromes somáticos funcionales en atención primaria. *Jano* 2008; 1.714 (extra octubre): 15-29.
17. Alcalá JA. La queja hipocondríaca en Atención Primaria [tesis doctoral] [acceso 19 de noviembre de 2013] Córdoba: Servicio de publicaciones de la Universidad de Córdoba, Universidad de Córdoba; 2011. Disponible en: <http://helvia.uco.es/xmlui/bitstream/handle/10396/5563/9788469459270.pdf?sequence=1>
18. García JA. Hipocondría e hipocondríacos. *Pisocoterapeutas.com* [sede web] [acceso 19 de noviembre de 2013] Disponible en: <http://www.cop.es/colegiados/m-00451/Pronto.html>
19. Tratamiento de la hipocondría en la práctica médica primaria. *Avances en salud mental relacional* [revista en internet] 2005; [acceso febrero 2014]; 1(4): 1-8. Disponible en <http://www.bibliopsiquis.com/asmr/0401/pdf/4hipocondria.pdf>
20. Portales médicos.com [sede web] Noticias medicas [acceso 19 de abril de 2014] Alrededor de un 1% de la población muestra un temor excesivo a padecer una enfermedad grave. Disponible en: <http://www.portalesmedicos.com/noticiasmedicas/2013/11/04/alrededor-de-un-1-de-la-poblacion-muestra-un-temor-excesivo-a-padecer-una-enfermedad-grave/>
21. Carbajal A. somatizaciones. En: Louro A. et al. Guías para la consulta de Atención Primaria. A Coruña. Casitérides S. L. 2004; 727-31.
22. Colomer M. El paciente hipocondríaco, ¿Enfermo imaginario? .Asefa salud [sede web][acceso 21 de abril de 2014]. Disponible en: <http://www.asefasalud.es/index.php/informacion-saludable/194-el-paciente-hipocondriaco-ienfermo-imaginario>
23. Martín R, Ascensión C, Moro A, Hernández M. Pacientes somatizadores en Atención Primaria. Del reconocimiento del síntoma a la intervención sin yatrogenia (II). *Semergen* [revista en internet] 2003 [acceso febrero 2014]; Disponible en: <http://zl.elsevier.es/es/revista/semergen-medicina-familia-40/pacientes-somatizadores-atencion-primaria-del-reconocimiento-sintoma-13051088-tema-central-2003>
24. CIE-10 (1992). Trastornos mentales y del comportamiento. Madrid: Meditor

25. El reto de la hipocondría: Cómo identificar y ayudar a estos pacientes (extraído de medscape)[acceso 20 abril de 2014]. Disponible en:
<http://teoriasdelapersonalidad.blogspot.com.es/2013/07/el-reto-de-la-hipocondria-como.html>
26. Guzmán RE. Trastorno por somatización: su abordaje en Atención Primaria. Rev Clin Med Fam [revista en internet]. 2011 [acceso 21 mayo 2014]; 4(3): 234-43. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1699-695X2011000300009&script=sci_arttext
27. Fernández R, Fernández C. Factores asociados a preocupación hipocondríaca en pacientes de un Centro de salud de Atención primaria. Psicothema 2001; 13 (4): 659-70. [revista en internet] [acceso 10 de febrero de 2014]; Disponible en: <http://www.psicothema.com/pdf/494.pdf>
28. García JA. Tratamiento cognitivo conductual de la hipocondría. Psicoterapeutas.com [sede web] [acceso 19 de noviembre de 2013] Disponible en: <http://www.cop.es/colegiados/m-00451/hipocondria.htm>
29. Casi un 5% de las consultas en primaria, relacionadas con la hipocondría. Eldía.es. 1 de noviembre de 2013. Disponible en: <http://eldia.es/2013-11-01/vidaycultura/25-Casi-consultas-primaria-relacionadas-hipocondria.htm>
30. Trastornos somatoformes. Manual Merck de información médica para el hogar. Sección 7.Capítulo 82 [acceso 9 de diciembre de 2013]. Disponible en:https://www.msdsalud.es/manual-merck-hogar.aspx?u=/publicaciones/mmerck_hogar/seccion_07/seccion_07_082.html
31. Cómo hacer frente a la hipocondría. El País 29 de mayo de 2011. Archivo. Disponible en: http://elpais.com/diario/2011/05/29/eps/1306650413_850215.html
32. El observatodo [sede web] [acceso 19 de abril de 2014] Hipocondríacos e internet: Cuando el mal imaginario se transforma en enfermedad. Disponible en: <http://www.elobservatodo.cl/admin/render/noticia/10509>

9. ANEXO I: FOLLETO INFORMATIVO PARA EL PERSONAL DE ENFERMERÍA.

DETECCIÓN Y MANEJO DEL PACIENTE HIPOCONDRIACO EN LA CONSULTA DE ENFERMERÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA.

La hipocondría es un problema frecuente en Atención Primaria, pero poco conocido para una gran parte del personal enfermero. Con este “tríptico”, lo que pretendemos es proporcionar una información básica para su reconocimiento y buen manejo en la consulta.

El paciente hipocondríaco es aquel que presenta una convicción intensa o la convicción de padecer una enfermedad grave. Suele atribuir como síntomas de esa enfermedad, signos o síntomas fisiológicos banales, que entran dentro de la normalidad. Además, las explicaciones médicas tranquilizadoras o la normalidad de las exploraciones sólo le tranquilizan de manera parcial y transitoriamente.

¿Cómo detectar al paciente hipocondríaco en la consulta?

En el manual DSM-IV, se recogen unos criterios que podrían ayudarnos en la detección de este tipo de pacientes. Algunos de ellos son:

- Preocupación y miedo a tener, o la convicción de padecer, una enfermedad grave a partir de la interpretación personal de síntomas somáticos.
- La preocupación persiste a pesar de las exploraciones y explicaciones médicas apropiadas.
- La preocupación provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- La duración del trastorno es de al menos 6 meses.

Otros de los hechos que nos podrían sugerir que el paciente padece de hipocondría son:

- Es un paciente hiperfrecuentador. Acude a la consulta 12 o más veces al año.
- Estar convencido de padecer como máximo dos enfermedades médicas importantes, y ser capaz de nombrar específicamente al menos una de ellas.
- Tiene muchos conocimientos sobre enfermedades, síntomas, tratamientos, pruebas complementarias, exploraciones para la detección de las enfermedades que cree tener... Estos pacientes mantienen una continua búsqueda de información médica sobre las enfermedades que, con gran convencimiento, sienten tener.

Generalmente, la detección o el diagnóstico de este tipo de pacientes lo realizará el médico de Atención Primaria, ya que este tipo de pacientes están tan obsesionados por su estado de salud, que acuden constantemente a su consulta.

El papel de enfermería cobra importancia una vez el paciente ya está diagnosticado de hipocondría, en su manejo posterior. La enfermera puede convertirse en la responsable de los cuidados y el control que estos pacientes necesitan tener, con tanta frecuencia.

Pautas para el manejo del paciente hipocondríaco en la consulta de enfermería de Atención Primaria.

- Lo primero y más importante, es establecer una relación de confianza con el paciente. Es más fácil que hable abierta y honestamente con el profesional, si tiene cierto grado de confianza con él. Esto será imprescindible para que el manejo y la realización de actividades con el paciente sean eficaces y no surjan problemas durante el proceso de llevarlas a cabo.
- Establecer citas periódicas para atenderlo. Aunque el paciente intentará que esas citas sean con el médico, porque está muy centrado en el diagnóstico de esas enfermedades que cree tener, puede ser muy beneficioso que esas consultas se distancien en el tiempo, y sea la enfermera la que lleve un control más periódico del enfermo, en las que el objetivo sea intentar disminuir esos miedos y la ansiedad con los que el paciente vive, y mantenerlos siempre en unos niveles estables, intentando disminuirlos a lo largo del tiempo.
- Configurar llamadas regulares. Si el paciente no puede esperar hasta la siguiente cita, es positivo que conozca también esta forma de consulta que ofrece la enfermera de Atención Primaria. Puede conseguir que el paciente se frene a la hora de acudir tanto a la consulta, y empiece a utilizar este recurso como sustituto. A la vez que se proporciona bienestar al paciente, disminuyen los gastos que pueda generar visitas o exploraciones médicas en exceso.
- En el trato con el paciente, es importante que no se intente eliminar los síntomas, sino que el paciente aprenda a convivir con ellos y a tolerarlos mejor. Que disminuyan los niveles de miedo y ansiedad. “Cuidar más que curar”. Y la enfermera es la encargada principal de los cuidados, por lo que aquí tiene un papel fundamental, desarrollando en la consulta estrategias para conseguirlo (terapias, técnicas, recomendación de estilos de vida saludables, recomendaciones sobre el ejercicio, EpS...)
- Es importante identificar por qué estos pacientes necesitan ser vistos como enfermos. Para ello, la enfermera de AP tiene una posición privilegiada para explorar la esfera psicosocial del paciente, preguntándole como le afectan a su vida los síntomas, conocer su opinión sobre su entorno, si relaciona lo que le ocurre con algún problema concreto, qué le preocupa, cómo lo lleva...
- La familia y personas cercanas al paciente tienen un papel muy importante en la enfermedad del paciente. La enfermera de AP, como función propia que es, debe reunirse con la familia y educarlos sobre actitudes negativas para el paciente, como favorecer las consultas, o centrar las conversaciones en temas

como la enfermedad o la muerte, así como sobre el manejo de las demandas del paciente. Aprender a responder de forma neutral como: “las instrucciones de tu médico son que no conteste a este tipo de preguntas”.

- Por último, nunca dejar de escuchar. Los pacientes hipocondriacos viven con mucho sufrimiento, tienen un sentimiento de incompreensión continuo, y si encuentran en su enfermera una persona de confianza, dentro del mundo sanitario, que les tranquiliza y disminuye su ansiedad y miedo, puede suponer un gran avance en la recuperación, o al menos mejora de la situación de estos pacientes.