



NOTÍCIAS

NEWS

SECCIÓN DE PSICOSOMÁTICA Y PSIQUIATRÍA DE ENLACE

PSYCHOSOMATICS AND LIAISON PSYCHIATRY SECTION

I. Gómez-Reino Rodríguez¹, F. Gotor Sánchez-Luengo², G. Mestre Bach³, I. Tolosa⁴

¹Psiquiatra, C.H.U. Ourense. Editor Asociado. ²Psiquiatra. Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

³Psicóloga. Universidad Internacional de la Rioja. ⁴Psicóloga. Hospital Universitario Dexeus. Barcelona.

RESEÑAS Y COMENTARIOS DE ARTÍCULOS DE PSICOSOMÁTICA Y PSIQUIATRÍA DE ENLACE

Iris Tolosa



(*1) RELACIONES RECÍPROCAS ENTRE EL COMPORTAMIENTO PASADO, CREENCIAS IMPLÍCITAS Y HÁBITOS

Hamilton, K., Phipps, D. J., Loxton, N. J.,
Modecki, K. L., & Hagger, M. S.

Journal of Health Psychology 2023

RECIPROCAL RELATIONS BETWEEN PAST
BEHAVIOUR, IMPLICIT BELIEFS, AND HABITS: A
CROSS-LAGGED PANEL DESIGN

(*2) **Keywords:** binge drinking, habit, implicit association test, implicit beliefs, university student.

Antecedentes: El consumo excesivo de alcohol en la juventud ha sido asociado con múltiples consecuencias negativas, incluyendo lesiones relacionadas con el alcohol y riesgo de comportamientos peligrosos a corto plazo, así como un mayor riesgo de consecuencias dañinas para la salud a largo plazo y abuso de sustancias. Para desarrollar estrategias de intervención que promuevan un cambio en el comportamiento de consumo de alcohol, es fundamental comprender los determinantes subyacentes del mismo.

Objetivo del estudio: El estudio evaluó las relaciones entre el consumo excesivo de alcohol, creencias implícitas y hábitos en 105 estudiantes universitarios de pregrado.

Metodología: Los requisitos de inclusión incluyeron ser estudiantes universitarios de pregrado de 18 a 25 años, in-



formar consumo de alcohol social y no estar embarazadas en el momento del estudio. Se obtuvo una muestra final de 105 estudiantes, con una edad promedio de 19.82 años, y la mayoría de los participantes eran mujeres (n=71). Los participantes completaron mediciones en dos momentos, con un lapso de tres meses entre ellos, que se diseñó para capturar posibles cambios en creencias implícitas y hábitos a lo largo del tiempo. Los datos se analizaron utilizando un modelo de ecuaciones estructurales de mínimos cuadrados parciales.

Resultados y Conclusiones: Los autores encontraron relaciones estadísticamente significativas entre la identidad implícita de beber, el hábito y el comportamiento de consumo excesivo de alcohol a lo largo del tiempo. Además, se observaron asociaciones significativas entre la identidad implícita de beber y el hábito en el primer momento de medición y el comportamiento de consumo excesivo de alcohol en el segundo momento. Sin embargo, no se encontró una asociación significativa entre el comportamiento pasado y las creencias implícitas. Estos hallazgos sugieren que el hábito y la identidad implícita pueden desarrollarse en conjunto y reforzarse mutuamente con el tiempo, pero se necesita investigación adicional con muestras más grandes y medidas adicionales para confirmar estos efectos.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Hamilton, K., Phipps, D. J., Loxton, N. J., Modecki, K. L., & Hagger, M. S. (2023). Reciprocal relations between past behavior, implicit beliefs, and habits: A cross-lagged panel design. *Journal of Health Psychology*, 13591053231164492.

Gemma Mestre Bach



FACETAS DEL NEUROTICISMO Y RIESGO DE MORTALIDAD EN LA EDAD ADULTA: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA

Butler, M., Turiano, N., Buckley, L.,
McGeehan, M., & O'Suilleabháin, P. S.

Journal of Psychosomatic Research. 2023

NEUROTICISM FACETS AND MORTALITY RISK IN ADULTHOOD: A SYSTEMATIC REVIEW AND NARRATIVE SYNTHESIS.

(*2) **Keywords:** Personality, Neuroticism, Facet, Mortality, Systematic review, Big five

Antecedentes: El neuroticismo es un rasgo psicológico que ha generado un gran interés en el ámbito de la salud, ya que se ha asociado con problemas de salud mental, comportamientos de riesgo, trastornos mentales, y altos costos económicos y sociales. Se han propuesto varios mecanismos, como la inactividad física, la reactividad cardiovascular y la inflamación, para explicar esta relación. Sin embargo, los estudios sobre neuroticismo y mortalidad han arrojado resultados inconsistentes, algunos sugieren un mayor riesgo, otros no encuentran una relación significativa y algunos incluso sugieren un efecto protector. Para comprender mejor esta asociación, se ha recomendado analizar las facetas subyacentes al neuroticismo, como la ansiedad, la hostilidad y la depresión. A pesar del crecimiento en la investigación de estas facetas en relación con la salud, aún no se ha realizado una revisión sistemática sobre su relación con el riesgo de mortalidad, lo que este estudio busca abordar.

Objetivo del presente estudio: Esta revisión sistemática tenía como objetivo resumir exhaustivamente la investigación sobre la asociación entre las facetas del neuroticismo y el riesgo de mortalidad.

Métodos: En este estudio, se siguieron las pautas de PRISMA para revisiones sistemáticas y metaanálisis, y el protocolo se registró previamente en la base de datos PROSPERO. Se establecieron criterios de elegibilidad que incluyeron solo estudios de cohorte longitudinal en adultos que evaluaron la relación entre las facetas del neuroticismo y la mortalidad general o específica por causa. La búsqueda se realizó en varias bases de datos hasta enero de 2023. Se utilizó la Escala de Newcastle-Ottawa para evaluar la calidad de los estudios.

Resultados: En este estudio se seleccionaron seis cohortes de estudios de Estados Unidos y el Reino Unido que investigaron la relación entre las facetas del neuroticismo y la mortalidad. Estas cohortes incluyeron un total de 335.715 participantes y observaron tasas de mortalidad que oscilaron entre el 1,4% y el 90,9%. Los estudios utilizaron diversas escalas para medir el neuroticismo y sus facetas, y se ajustaron por varias variables de confusión, como la edad, el género, la



educación y la salud. Los resultados variaron entre los estudios, con algunas facetas del neuroticismo relacionadas con un mayor riesgo de mortalidad y otras con un menor riesgo. Por ejemplo, el pesimismo, la ansiedad y la depresión se asociaron con un mayor riesgo en un estudio, mientras que la vulnerabilidad se relacionó con un mayor riesgo en otro. Por otro lado, la faceta de preocupación y vulnerabilidad se asoció con un menor riesgo de mortalidad en un estudio.

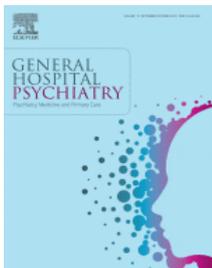
Conclusión: En general, los hallazgos sugieren que diferentes facetas del neuroticismo pueden tener efectos diversos en la mortalidad, y se necesita más investigación para comprender completamente esta relación

BIBLIOGRAFÍA

1. Butler, M., Turiano, N., Buckley, L., McGeehan, M., & O'Súilleabháin, P. S. (2023). Neuroticism facets and mortality risk in adulthood: A systematic review and narrative synthesis. *Journal of Psychosomatic Research*, 111500.

Ignacio Gómez-Reino Rodríguez

PSICOONCOLOGÍA



DISTINGUIENDO Y TRATANDO EL SÍNDROME DE DESMORALIZACIÓN EN EL CÁNCER: UNA REVISIÓN

M. Fava, E. Sorg, J.M. Jacobs, et al.,

DISTINGUISHING AND TREATING. DEMORALIZATION SYNDROME IN CANCER: A REVIEW

General Hospital Psychiatry (2023),

<https://doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2023.10.004>

Importancia: La Desmoralización se caracteriza por una incapacidad persistente de afrontamiento, así como impotencia, desesperanza y desesperación con una alta prevalencia en oncología, que oscila entre el 36% y el 52% de los pacientes. Dada la evidencia establecida que vincula la desmora-

lización, en pacientes con cáncer, con la carga de síntomas físicos, calidad de vida, alteraciones del sueño y tendencias suicidas, la evaluación y El tratamiento del síndrome de desmoralización es fundamental para optimizar los resultados clínicos y psicosociales.

Observaciones: El término "desmoralización" es muy relevante para la atención de pacientes con cáncer que enfrentan enfermedades potencialmente mortales. De hecho, la desmoralización puede conceptualizarse como un estado de sentimiento caracterizado por la percepción de ser incapaz de hacer frente a algunos problemas urgentes y/o de falta de apoyo adecuado de otros. A pesar de una considerable superposición de síntomas, la desmoralización y la depresión deben ser considerados síndromes clínicos distintos e independientes. Pacientes desmoralizados pero no clínicamente deprimidos a menudo describen una sensación de incompetencia subjetiva y no informan de anhedonia (es decir, pérdida de interés e incapacidad para disfrutar de las cosas). Aunque la definición de desmoralización se incluye ahora como un síndrome distinto en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE)-11, ha sido descuidado por la Nosología oficial actual de EE. UU. en psiquiatría, como el Manual diagnóstico y estadístico de enfermedades mentales. Trastornos, Quinta Edición, Revisión de Texto (DSM-5-TR). Como tal, el síndrome de desmoralización puede estar subestimado o diagnosticado erróneamente y tratado de manera ineficaz en el ámbito oncológico, lo que podría prolongar el sufrimiento y que influyen en los resultados del cáncer.

Conclusiones y Relevancia: La optimización de métodos para diagnosticar y evaluar el síndrome de desmoralización, es fundamental para respaldar estudios rigurosos que evalúen la eficacia de las intervenciones psicoterapéuticas y psicofarmacológicas para pacientes con cáncer que experimentan desmoralización. Nuestra revisión apoya el uso de criterios diagnósticos específicos para la desmoralización en pacientes con cáncer, introduce metodologías relevantes para los estudios de tratamiento y presenta un enfoque de medición novedoso para la evaluación de la gravedad de la desmoralización con la Entrevista Clínica para la Desmoralización (CIDE).

Palabras Clave: Demoralization, Demoralization syndrome, Cancer, Assessment, Treatment, Clinical interview, CIDE.

Comentario: Interesante artículo que nos recuerda un concepto como es el de desmoralización y su necesidad de diferenciarlo de los cuadros depresivos fundamentalmente.



Las primeras referencias las realiza Frank JD en 1961 para describir, la incapacidad subjetiva para afrontar una situación y la experiencia asociada de **impotencia, desesperanza, falta de sentido y desesperación**. La **impotencia** se puede definir como el sentimiento de ser abandonado, donde la pérdida de gratificación se percibe como causada por eventos u objetos externos y no se puede recuperar mediante una autointervención activa. La **desesperanza** se desarrolla cuando el individuo siente que él es el único responsable de la pérdida y que no hay nada que ni uno ni nadie puede hacer para superarlo. Cuando aparece el cáncer podemos sentir una pérdida de control (roles sociales y metas) que pueden llevar a generar un cierto estrés existencial y producir un sentimiento de incapacidad de afrontar la situación. La desmoralización se ha asociado a mayor riesgo de suicidio que la depresión y una contribución importante para una petición de muerte asistida. Se ve favorecida con la intensidad de los síntomas físicos (fatiga, dificultades de movilidad, estreñimiento, déficit de memoria y concentración o dificultad respiratoria). La desmoralización también está relacionada con un impacto a largo plazo de los supervivientes. La desmoralización es una manifestación clínica de la carga/sobrecarga alostática, que es una carga biológica acumulativa que se ejerce sobre los sistemas del cuerpo debido a la adaptación repetida a los factores estresantes a lo largo del tiempo.

Aunque comparte síntomas similares con la depresión debe diferenciarse para poder orientar el tratamiento. Se han encontrado diferencias neurobiológicas e n varios estudios que relacionan ambos cuadros con distintas áreas cerebrales. Para algunos autores la desmoralización se puede considerar una reacción normal ante situaciones estresantes. La anhedonia anticipatoria, según estos autores, estaría afectada en la desmoralización, pero no la consumatoria que si estaría en los cuadros depresivos. También nos señala la necesidad de utilizar criterios diagnósticos y la posibilidad de utilizar una entrevista semiestructurada DCPR-SSI y una escala autoaplicada (DS). La entrevista clínica CIDE permite medir la intensidad de cada uno de los componentes de la desmoralización. Recientemente la escala corta de desmoralización (SDS), se ha usado como instrumento de screening. El artículo plantea que la psicoterapia cognitiva y la centrada en el sentido como las principales a nivel de la desmoralización y a nivel farmacológica recomiendan los psicodélicos frente a los antidepresivos. Por último en el artículo encontramos dos tablas una de diagnóstico diferencial con la depresión

y otra con los criterios diagnósticos. La desmoralización se puede considerar como factores psicológicos que afectan a condiciones médicas, ya que este diagnóstico no se considera en la DSM-V-TR

BIBLIOGRAFÍA

1. Fava M, Sorg E, Jacobs JM, Leadbetter R, Guidi J. Distinguishing and treating demoralization syndrome in cancer: A review. *Gen Hosp Psychiatry [Internet]*. 2023 Nov;85:185–90. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0163834323001627>

TRASTORNO FACTICIO



SESIÓN CLÍNICA DE PSIQUIATRÍA DE ENLACE: UN CASO DE TRASTORNO FACTICIO IMPUESTO A UNO MISMO.

Michaela Margolis, D.O., Timothy L. Wong, D.O., Rachel Shmuts, D.O., John B. Taylor, M.D., M.B.A.

CONSULTATION - LIAISON CASE CONFERENCE: A CASE OF FACTITIOUS DISORDER IMPOSED ON SELF

Journal of the Academy of Consultation-Liaison Psychiatry 2023.

Palabras clave: factitious disorder, malingering, somatic symptom, deception.

Resumen: Presentamos el caso de una mujer joven con un extenso historial médico que incluye más de 60 visitas a la sala de urgencias por dificultad respiratoria injustificada, lo que a menudo provocó intubaciones. Cada presentación muestra elementos de engaño o exigencias inapropiadas que se alinean con el trastorno facticio autoinfligido. Expertos en el campo de la Psiquiatría de Consulta-Enlace brindan orientación para este caso clínico común basado en su experiencia y revisión de la literatura disponible. Los temas de enseñanza clave incluyen **una revisión de los factores de riesgo para el desarrollo de síndromes falsos, diferenciar el Trastorno facticio de la simulación y conversión, y el papel de un psiquiatra consultor en tales casos**. Los pacientes



con trastorno facticio suelen mostrar signos de mentira patológica, obstinación y comportamiento errático. Estos rasgos con frecuencia suscitan contratransferencia negativa, en el personal sanitario, causando frustración y rechazo al seguimiento, lo que acaba implicando a la Psiquiatría. Se abordan los desafíos específicos en la gestión de los trastornos facticios y cómo colaborar eficazmente con el equipo hospitalario interdisciplinario.

Historia: Una mujer de 30 años **acudió a urgencias** con síntomas de anafilaxia idiopática. Se intentaron varias intervenciones en el servicio de urgencias, pero debido a la aparente dificultad respiratoria, fue intubada e **ingresada en la unidad de cuidados intensivos (UCI)**. Se realizó **una interconsulta al equipo de psiquiatría** por alteraciones conductuales y labilidad emocional. Había tratado de autolesionarse, cuando el tratamiento que solicitaba no se le administraba, como por ejemplo, transfusiones de sangre, estudio de inmunodeficiencias y aumento de la dosis de medicación sedante, ninguna de las cuales estaba clínicamente justificadas. Cuando sus peticiones no fueron atendidas, el personal la observó intentando lesionarse la parte inferior de las extremidades pateando el armazón de su cama y verbalizando amenazas insidiosas.

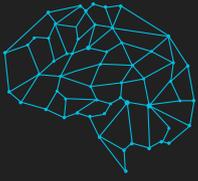
Su expediente reveló un extenso historial médico, incluyendo más de 60 episodios de anafilaxia que provocaron varias intubaciones en los últimos 5 años. Refería así mismo, alergias a más de 75 elementos; en algún momento requirió un catéter venoso central crónico debido a sus frecuentes episodios de anafilaxia. En el momento de su ingreso tenía los diagnósticos psiquiátricos del trastorno de estrés post-traumático; trastorno depresivo mayor, moderado, recurrente; y Trastorno de somatización. Su pauta de medicación en domicilio incluía oxicodona 20 mg cada 4 a 6 horas; la cual se había prescrito casi mensualmente por varios médicos para su dolor de espalda, así como venlafaxina y aripiprazol para diagnósticos psiquiátricos.

En consultas médicas previas la paciente refería de manera similar dificultad respiratoria, malestar de las vías respiratorias superiores, dolor generalizado y/o problemas dermatológicos que se mantenían a pesar de la administración de epinefrina. La historia clínica señalaba que no se disponía de pruebas diagnósticas concluyentes de anafilaxia, que suele presentarse con angioedema, glositis, reducción de la saturación de oxígeno, roncus o estridor respiratorio y resolución con epinefrina. La justificación clínica de las

intubaciones incluía protección de las vías respiratorias, la persistencia de un malestar visible, taquicardia, el uso de músculos respiratorios accesorios, los antecedentes de intubaciones frecuentes y la falta de mejoría con medicamentos para tratar la anafilaxia. En cada episodio se presentaba un patrón claro: a medida que los síntomas disminuían se consideraba que la ansiedad era una causa más razonable de su presentación, pero por lo general, en esta etapa sus alteraciones conductuales aumentaban. La historia clínica señalaba que la paciente y su madre habían intentado influir en el tratamiento con episodios de hostilidad verbal o física hacia el personal, amenazas de emprender acciones legales, exigiendo el alta de las instalaciones y marchándose en contra del criterio médico si sus demandas no se atendían. Estas demandas incluían intubación, test invasivos, estudios oncológicos, trasplante de células stemn y altas dosis de antihistamínicos o sedantes sin que hubiera justificación clínica.

Desde los 13 años ella inició su papel de enferma, buscando junto con su madre tratamiento para síntomas como anorexia, ansiedad, asma, migrañas, úlceras bucales, prurito y pérdida de cabello. También fue sometida a una fusión espinal por escoliosis al año siguiente por la falta de respuesta a medidas conservadoras, añadiendo problemas de dolor de espalda a su lista de complicaciones. A pesar de someterse a múltiples evaluaciones diagnósticas, no hubo una explicación médica clara para los síntomas de la paciente, y algunos informes comenzaron a sugerir una causa psicológica para su presentación. A pesar de todo ello se le prescribieron narcóticos y anticonvulsivantes, que causaron efectos secundarios.

En la adolescencia su importante dolor de espalda y los efectos secundarios de la medicación le impedían asistir a la escuela, socializar o practicar deporte. Se sometió a evaluaciones exhaustivas, que solían dejar insatisfechas a ella y su madre y donde no solían seguir las recomendaciones, incluyendo psicoterapia. Una evaluación psiquiátrica observó su ansiedad con respecto a sus síntomas y convulsiones psicógenas no epilépticas frecuentes, y se le diagnosticó un trastorno de conversión. El paciente experimentó un evento médico significativo, que incluyó una segunda fusión espinal y una hospitalización por osteomielitis, que coincidió con problemas familiares relacionados con el consumo de sustancias por parte de su padre (abogado) y su hermano. Durante esta hospitalización su hermano falleció y su padre tubo que ingresar en una residencia. Los registros señalan



la presencia de un cuadro de psicosis en relación con el fallecimiento de su hermano.

Recién cumplidos los veinte años, un médico propuso un diagnóstico de **síndrome de activación de mastocitos**, pero la evidencia diagnóstica era débil, y el paciente se negó a realizar pruebas de confirmación. Sin embargo, ella posteriormente afirmaba tener esta oscura condición en cada consulta y la naturaleza urgente de sus presentaciones clínicas obstaculizaba cualquier posibilidad razonable de desechar el diagnóstico. Los especialistas dudaron de la legitimidad de este diagnóstico y atribuyeron sus síntomas a alergias y trastorno de conversión, lo que pareció aumentar su comportamiento adverso y sus demandas. A los 27 años, la paciente se sometió a pruebas específicas que no respaldaron el diagnóstico previo de síndrome de activación de mastocitos.

Durante una evaluación exhaustiva cuando tenía veintitantos años, señaló el fuerte malestar de la paciente al cuidar de sí misma, siendo diagnosticada de "trastorno de síntomas somáticos con dolor predominante, persistente" y "severos rasgos del grupo B; descartar trastorno límite de la personalidad (TLP)." Muchos proveedores de servicios hospitalarios sospecharon posteriormente TLP y preocupación por el trastorno facticio (TF); sin embargo, su mala cooperación, su paranoia hacia el personal sanitario y los comentarios inapropiados de la paciente impidieron la confirmación diagnóstica.

Durante este ingreso la evaluación psiquiátrica registró que se mostraba cautelosa, parecía visiblemente ansiosa y con actitud infantiloides. Cuestionó el propósito de la evaluación, evitaba responder y redirigía la conversación hacia sus preocupaciones médicas. Abordar la falta de evidencia objetiva para sus síntomas solo acentuó su obstinación. Ella expresó ansiedad con respecto a sus síntomas y enojo por no ser tomada en serio. La preocupación de su madre por estos problemas médicos obstaculizó una conversación significativa sobre su historial psiquiátrico. Los registros mostraron de manera similar que la madre perpetuaba sus creencias e instigaba sus demandas. El equipo de psiquiatría finalmente alentó seguimiento ambulatorio y apoyo al personal clínico en su frustración con su comportamiento.

Numerosos elementos de su presentación coincidieron con TF. Ella buscó atenciones demasiado frecuentes para los síntomas que carecían de apoyo de laboratorio, y los registros describían un patrón claro desadaptativos y erráticos en entornos clínicos. En última instancia, su resistencia hacia la psiquiatría frustró un diagnóstico oficial de TF durante esta evaluación.

Comentario. Los trastornos facticios, ciertamente como se señala en el artículo, no son algo habitual, pero suponen cuando aparecen un reto importante para los equipos de interconsulta y enlace. Como nos dice el Dr. Timothy Wong no hay un método protocolizado para evaluar a estos pacientes, pero una primera recomendación que realiza es **investigar aspectos sociales y factores clínicos, que nos pueden orientar hacia una primera sospecha**. El artículo de Berar A (2021), lo podemos utilizar como una fuente para conocer las características sociodemográficas, clínicas y las especialidades más frecuentes que se asocian en esa revisión a estos pacientes, cada una expuesta en una tabla. Un segundo elemento que recomiendan es una **entrevista estructurada de los síntomas que el paciente relata, el SIRS-2**. Es una escala ampliamente utilizada y diseñada para detectar estilos de respuesta comúnmente asociados con el fingimiento y permite la clasificación como fingimiento (definitivo o probable) o respuesta genuina. Os dejo un enlace a la misma <https://www.parinc.com/Products/Pkey/414>

La siguiente recomendación del artículo es que antes de ver al paciente revisemos la historia clínica, y yo añadiría muy especialmente las notas del personal de enfermería, tratando de buscar elementos sospechosos. Os recuerdo los que señala el artículo y algunos más que me parecen de interés. La historia extensa de atenciones médicas en distintos hospitales o áreas sanitarias, historia de traumas infantiles, evidencia de múltiples intervenciones quirúrgicas, como por ejemplo el "abdomen en reja o agujeros de trépano en el cráneo", y pocos visitantes o ninguno cuando el individuo está hospitalizado. La existencia de un curso clínico fluctuante, con producción rápida de complicaciones o de nueva patología, una vez las exploraciones iniciales resultan negativas o se inicia un nuevo tratamiento. **Las notas de enfermería** pueden señalar falta de cumplimiento de las reglas y normas hospitalarias y también discusiones excesivas con el personal de enfermería y médicos. **Durante la entrevista** pueden proporcionar información inconsistente, o engañosa, negarse a permitir que el personal recopile información colateral o registros médicos externos. En ocasiones utilizan terminologías médicas y tienen una comprensión extensa de las rutinas hospitalarias, demostrando un nivel de conocimientos médicos que es inconsistente con sus antecedentes o su formación previa. A menudo exigen pruebas y procedimientos específicos y rechazan consultas y tratamientos psiquiátricos. **Los exámenes pueden** revelar hallazgos que



no son concluyentes o son inconsistentes con la narrativa del paciente. La presentación general del paciente puede ser atípica, altamente improbable, o incluso imposible, en comparación al curso natural del hecho denunciado o presunto diagnóstico. Puede encontrarse una discrepancia marcada entre el trastorno o incapacidad aparente y los hallazgos objetivos. Finalmente nos recuerda el Dr. Timothy Wong los sentimientos encontrados que nos pueden llegar a generar estos pacientes al contraponer, una aproximación más escéptica y cautelosa que fácilmente nos puede llevar a alejarnos de una relación médico paciente que siempre debe estar basada en la confianza y la compasión. A pesar de ello hay que recordar que estos pacientes experimentan patrones de comportamiento perjudiciales y continuos para su salud física y mental. Nos incumbe, proponernos de manera consciente, cuidar con respeto y compasión a estos pacientes, tratando de disminuir el daño y evitando reforzar conductas engañosas en el futuro. Debemos buscar las oportunidades para respaldar intervenciones médicas/psiquiátricas cuando sean necesarias, y facilitar alianzas terapéuticas y resultados positivos para estos pacientes.

La relación entre trastornos facticios y simulación. En el siguiente objetivo de aprendizaje, el Dr. Rachel Shumts, se centra en la relación en el diagnóstico diferencial entre pacientes con trastorno facticio (TF) y simulación, aporta una tabla (la 1) que sin duda debemos guardar en nuestra libreta de bolsillo y que nos ayuda a establecer las diferencias, entre estos dos cuadros, así como con los trastornos conversivos. En TF, las enfermedades son inventadas intencionalmente con el objetivo de obtener el rol de enfermo, evadiendo responsabilidades y buscando atención. La simulación, en cambio, implica mentir conscientemente para obtener beneficios específicos. La dificultad radica en la superposición de recompensas, pero en la TF, el paciente evita el estrés asociado con las responsabilidades en lugar de las responsabilidades en sí. El desarrollo del estudio de la Conducta de Enfermedad se origina con T. Parsons y su concepto de "rol de enfermo", pero fue D. Mechanic el verdadero pionero en esta línea y cuyas teorías se adaptan a la situación de este caso. Parsons introdujo el concepto de "rol de enfermo", que implica derechos y deberes para los enfermos, como ser eximidos de responsabilidades sociales y buscar ayuda profesional. Sin embargo, este modelo tiene limitaciones en su aplicabilidad, especialmente en enfermedades agudas y en relación con las clases sociales. También subestima el papel de la familia y

las concepciones individuales del enfermo. Su concepto de conducta de enfermedad considera las respuestas individuales ante la percepción corporal, influenciadas por factores sociales y personales. En el caso que nos ocupa la necesidad de permanecer enferma se relaciona con la atención previa recibida por sus familiares enfermos y la separación del padre en relación con su drogodependencia. Por último, el autor señala una posible conexión entre trastorno límite de la personalidad (TLP) y TF. Se destaca la superposición entre el miedo al abandono en el TLP y la necesidad del papel de enfermo en TF. La atención médica se convierte en un medio para evitar el abandono, revelando similitudes entre los privilegios del rol de enfermo y las tendencias suicidas manipuladoras en pacientes con TLP.

El último de los apartados se refiere al papel del psiquiatra consultor, en "confrontar" el comportamiento, especialmente cuando es objetiva la falta de evidencia. En primer lugar, el explicitar claramente el problema entre el paciente y el equipo médico y reconocer los sentimientos desagradables que esta situación nos está produciendo. Es aconsejable no realizar un enfrentamiento directo con el paciente. El alta terapéutica, es el procedimiento recomendado y el Dr. John Taylor nos resume, en una nueva tabla (la segunda del artículo) los pasos para tener en cuenta en un alta terapéutica. Esta consiste en proceder al alta de un paciente del hospital para minimizar el daño al paciente o al sistema sanitario (un alta en contra del criterio del paciente).

En primer lugar, el psiquiatra debe estar seguro de que el diagnóstico es un trastorno facticio; Esto se puede lograr, documentando las frecuentes presentaciones similares poco creíbles, así como material colateral recopilado por el personal de enfermería.

La evaluación de seguridad debe realizarse antes del alta, ya que durante el alta pueden ocurrir ideas suicidas reactivas o fingidas. **El alta solo debe realizarse si el paciente** no tiene más problemas médicos activos que requieran hospitalización.

El tercer elemento es **prepararse el alta, asegurando todo lo que sucederá en el momento del alta,** (recoger pertenencias, recetas, documentación a entregar). El psiquiatra mantendrá una conversación tranquila con el paciente, con el equipo de seguridad en un segundo plano.

El cuarto paso es informar al paciente del alta. La conversación debe centrarse en la resolución de las cuestiones médicas y la falta de necesidad de continuar la hospitaliza-



ción, respaldada por datos objetivos, y en general no debe centrarse en el comportamiento desadaptativo del paciente. La conversación no debe revelar el diagnóstico de trastorno facticio en el momento del alta. Las notas del consultor que pueden ser revisadas por el paciente en algún momento del proceso (normalmente después del alta) deben centrarse en datos objetivos y conclusiones probables, y escribir sin comentarios subjetivos, lo que dará una mayor credibilidad a la conclusión.

Después del alta, se debe alertar al servicio de urgencias sobre la posibilidad de una nueva atención, con instrucciones sobre cómo reaccionar.

La documentación que respalda este controvertido diagnóstico es un arte, y debe realizarse con precisión, difiriendo de una nota de consulta típica en varios aspectos clave. Se hace énfasis en la historia integral de presentaciones repetidas, lo que respalda el patrón de mala adaptación. La historia proporcionada por el paciente debe ser evaluada y comparada con historias previas obtenidas o datos concretos recopilados de la HCE; Se pueden utilizar citas directas y la propia palabrería del paciente para respaldar el argumento. La evaluación sintetiza la Historia contada del paciente con datos objetivos y comportamiento observado, enfatizando

inconsistencias. El diagnóstico del síndrome de engaño **se hace de manera clara** y se agrega a la lista de problemas del paciente para que otros proveedores puedan conocerlo. **El plan debe incluir la alta terapéutica**, con una explicación de por qué es la mejor opción, cómo se podrían satisfacer mejor las necesidades del paciente en presentaciones futuras, y cómo abordar las escaladas conductuales. La certeza del consultor para hacer este diagnóstico con 100% de seguridad variará, pero si no diagnostica explícitamente, puede dar lugar a equivocaciones futuras.

Finalmente, deberían ocurrir 2 eventos después del alta. **Primero**, el consultor debe ponerse a disposición del equipo médico para examinar y procesar cualquier eventualidad contratransferencial. **En segundo lugar**, un equipo interdisciplinario debe reunirse para discutir lo que podría suceder en presentaciones posteriores, lo cual será inevitable.

BIBLIOGRAFÍA

1. Margolis M, Wong TL, Shmuts R, Taylor JB. Consultation-Liaison Case Conference: A Case of Factitious Disorder Imposed on Self. *J Acad Consult Liaison Psychiatry* [Internet]. 2023;1–9. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jaclp.2023.07.001>
2. Berar A, Bouzille G, Jago P, et al: A descriptive, retrospective case series of patients with factitious disorder imposed on self. *BMC Psychiatry* 2021; 21:588

ENLACES WEB PARA FORMACIÓN CONTINUADA

Ignacio Gómez-Reino Rodríguez



The screenshot shows a course page from the American Psychiatric Association Learning Center. The course is titled 'Transforming Clinical Practice Initiative' and is presented in a video player. The page includes the following information:

- Crédito ofrecido:** \$0.00, 4 créditos CME, 4 créditos COP.
- Agenda del curso:**
 - Módulo 1: Introducción a la atención colaborativa
 - Módulo 2: Atención colaborativa 101
 - Módulo 3: Evaluación como parte de un equipo de atención colaborativa
 - Módulo 4: Tratamiento como parte de un equipo de atención colaborativa
- Para continuar aprendiendo sobre este tema, considere realizar el curso "Aplicación del enfoque de atención integrada: avanzado".**
- Información:** El curso es parte del formato OnDemand Plus de APIA, que ofrece una exploración más profunda de los temas a través de contenido enriquecido y funciones mejoradas. Los cursos OnDemand Plus son multimodulares y normalmente se completan durante un período de tiempo más largo.
- Objetivos educacionales:** Al final de esta capacitación, los participantes sabrán:

Os traigo en esta ocasión, el enlace al centro de aprendizaje de la asociación psiquiátrica americana. En ella tenéis numerosos cursos, varios de los cuales son gratuitos, como este que os presento sobre atención integrada en primaria, (Applying the Integrated Care Approach: Core)

<https://education.psychiatry.org/Listing/8eb79137-bc98-4c83-99a0-d7f1d5b35e13>

El temario del curso incluye:

- Módulo 1: Introducción a la atención colaborativa.
- Módulo 2: Atención colaborativa 101
- Módulo 3: Evaluación como parte de un equipo de atención colaborativa
- Módulo 4: Tratamiento como parte de un equipo de atención colaborativa



Los objetivos finales de aprendizaje son conocer: **Un historial general de los modelos de atención integrada**, el psiquiatra va al centro de primaria (co-localización), la atención del consultor de salud conductual y la atención colaborativa.

El cambio de actitud asociado con el rol del consultor psiquiátrico en la Atención Colaborativa versus la psiquiatría tradicional.

La aplicación de los principios rectores de la Atención Colaborativa al trabajo propio en psiquiatría.

Las diferencias en el flujo de trabajo entre la psiquiatría tradicional y la consulta psiquiátrica en la atención colaborativa.

Diferencias entre las presentaciones comunes en atención primaria y en una práctica psiquiátrica típica.

En qué se diferencia iniciar el tratamiento como parte de un equipo que hacerlo solo.

Qué es un registro y cómo se utiliza para facilitar el tratamiento y el establecimiento de objetivos personales.

¿En qué difiere el uso de un registro de la práctica actual?

La duración estimada para realizarlos es de 4 horas. La Fecha de **finalización del programa:** 4 de octubre de 2025

El curso te permite bajar las diapositivas, el material hablado en los videos en PDF, visualizar los videos, y realizar ejercicios al acabar cada módulo, mostrándonos de una manera práctica este interesante modelo que se puede complementar con el material que The University of Washington dispone en su página web y que también os permite bajarlo.

<https://aims.uw.edu/collaborative-care>

JORNADAS-CONGRESOS

Ignacio Gómez-Reino Rodríguez



El próximo 17 de Noviembre se va a celebrar en Santiago una Jornada sobre Psiquiatría Psicósomática y de Enlace organizado por la **Axencia Galega de coñecemento en saúde**, con la colaboración de la Unidad de Psiquiatría de Interconsulta y enlace del Complejo Hospitalario Universitario de Ourense (CHUO). El profesor Antonio Lobo nos presentará

el libro recientemente publicado por la editorial Singlantana, cuyo título es el de la ponencia. Se entregará un libro a cada uno de los participantes en versión electrónica. También se debatirá sobre la relación con primaria y la psiquiatría perinatal:

- **Psiquiatría Psicósomática y de Enlace: La aportación desde la Psiquiatría al resto de la medicina.**
Antonio Lobo Satúe.
- **Programas de enlace Salud mental primaria: Propuestas y problemas en la coordinación .**
Jordi Blanch Andreu.
- **Psiquiatría Perinatal. De la organización a la Clínica.**
Gemma Parramón Puig.