

PSICOLOGÍA CLÍNICA II

Quedan rigurosamente prohibidas, sin la autorización escrita de los titulares del "Copyright", bajo las sanciones establecidas en las leyes, la reproducción total o parcial de esta obra por cualquier medio o procedimiento, comprendidos la reprografía y el tratamiento informático, y la distribución de ejemplares de ella mediante alquiler o préstamo públicos.

ISBN: 978-84-945721-3-5

© José Luis Fernández Fernández

© Este material es único y exclusivo de (PIRES)

Mayo 2019

ÍNDICE

TEMA 11. TRASTORNOS FACTICIOS

1. DESCRIPCIÓN Y DIAGNÓSTICO	13
2. EPIDEMIOLOGIA	14
3. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL	15
4. TRATAMIENTO	16

TEMA 12. TRASTORNOS DISOCIATIVOS

1. INTRODUCCIÓN CONCEPTUAL	17
1. 1. Disociación.....	17
1. 2. Histeria	17
2. LOS TRASTORNOS DISOCIATIVOS	18
2. 1. Aspectos generales.....	18
2. 2. Clasificaciones de los trastornos disociativos.....	19
3. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.....	33
4. FENÓMENOS AFINES A LA DISOCIACIÓN	34
5. TEORÍAS SOBRE LA DISOCIACIÓN.....	34

TEMA 13. ESTRÉS Y SALUD

1. TEORÍAS SOBRE EL ESTRÉS	37
1. 1. Teorías basadas en la respuesta: La Teoría de Selye.....	37
1. 2. Teorías basadas en el estímulo.....	38
1. 3. Teorías basadas en la interacción.....	39
1. 4. Modelo procesual de Sandín (1995, 2008).....	39
2. DEMANDAS PSICOSOCIALES (ESTRÉS PSICOSOCIAL).....	41
2. 1. Sucesos vitales.....	41
2. 2. Sucesos menores	43
3. AFRONTAMIENTO DEL ESTRÉS.....	43
3. 1. Estilos de afrontamiento	44
3. 2. El afrontamiento como proceso.....	45
3. 3. Estrategias básicas de afrontamiento	46
4. RESPUESTAS DEL ESTRÉS.....	47
4. 1. Respuestas fisiológicas	47
4. 2. Respuestas psicológicas.....	48
4. 3. El apoyo social	48
5. VARIABLES PERSONALES DE PREDISPOSICIÓN.....	48
5. 1. Estrés y variables disposicionales.....	49
5. 2. Tipos de reacción al estrés	51
6. ESTRÉS Y SALUD	51
6. 1. Estrés y estado de salud	51
6. 2. Estrés y conductas relacionadas con la salud.....	52

TEMA 14. TRASTORNOS PSICOSOMÁTICOS

1. INTRODUCCIÓN.....	53
2. EL TÉRMINO “PSICOSOMÁTICO”	53
3. TRASTORNOS PSICOSOMÁTICOS	54
4. TEORÍAS PSICOSOMÁTICAS.....	55
5. MODELOS ACTUALES	57

5. 1. Los trastornos psicósomáticos como fenómenos multifactoriales	57
5. 2. Enfermedad o salud: medicina psicósomática, conductual y psicología de la salud.....	59
6. TRASTORNOS ASOCIADOS AL SISTEMA INMUNE.....	61
6. 1. El sistema inmune	61
6. 2. Cáncer.....	63
6. 3. El síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA)	74
6. 4. Alergias y problemas de la piel.....	77
6. 5. Artritis reumatoide.....	78
6. 6. Enfermedades infecciosas.....	79
7. TRASTORNOS CARDIOVASCULARES	79
7. 1. Aspectos generales de la Cardiopatía Coronaria.....	79
7. 2. Factores psicológicos de la cardiopatía coronaria.....	80
7. 3. Mecanismos psicofisiológicos	83
7. 4. Evaluación psicológica POST – IM (infarto miocárdio).....	83
7. 4. 1. <i>Evaluación del impacto emocional y sus consecuencias</i>	83
7. 4. 2. <i>Evaluación de los factores psicológicos de riesgo coronario</i>	85
7. 5. Tratamiento en trastornos cardiovasculares	86
7. 6. Hipertensión arterial	90
7. 6. 1. <i>Evaluación comportamental</i>	90
7. 6. 2. <i>Tratamiento</i>	91
8. TRASTORNOS GASTROINTESTINALES.....	94
8. 1. Úlcera péptica	94
8. 2. Síndrome de intestino irritable (SII)	95
8. 3. Trastornos inflamatorios del intestino	96
9. TRASTORNOS RESPIRATORIOS.....	97
10. DIABETES MELLITUS	99
11. TRASTORNOS POR DOLOR	102
11. 1. Dolor crónico.....	102
11. 2. Dismenorrea.....	110
11. 3. Fibromialgia.....	110
12. CONDUCTA Y SALUD	110
13. ADHESIÓN A LOS TRATAMIENTOS	117
14. PLACEBO	122

TEMA 15. TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

1. INTRODUCCIÓN.....	125
2. ANOREXIA NERVIOSA.....	125
2. 1. Descripción.....	125
2. 2. Epidemiología.....	126
2. 3. Características clínicas.....	126
2. 4. Criterios diagnósticos	127
2. 5. Subtipos.....	129
2. 6. Comorbilidad	129
2. 7. Complicaciones físicas.....	130
2. 8. Curso evolutivo.....	131
2. 9. Diagnóstico diferencial	132
2. 10. Etiopatogenia	133
2. 11. Evaluación	134
2. 12. Tratamiento de la anorexia nerviosa.....	137
3. BULIMIA NERVIOSA.....	144
3. 1. Descripción clínica	144
3. 2. Epidemiología.....	145
3. 3. Criterios diagnósticos	145
3. 4. Subtipos.....	147

3. 5. Comorbilidad	148
3. 6. Complicaciones físicas	148
3. 7. Curso evolutivo	149
3. 8. Diagnóstico diferencial	150
3. 9. Etiopatogenia	150
3. 10. Tratamiento de la bulimia nerviosa.....	151
4. RELACIONES ENTRE ANOREXIA Y BULIMIA NERVIOSA.....	154
4. 1. Características que comparten la Anorexia nerviosa (AN) y Bulimia nerviosa (BN).....	154
4. 2. Características diferenciales entre AN y BN	155
5. TRASTORNO ALIMENTARIO COMPULSIVO (TAC) O POR ATRACÓN	156
5. 1. Descripción	156
5. 2. Tratamiento	159
6. OBESIDAD	161
6. 1. Descripción	161
6. 2. Epidemiología	162
6. 3. Tipos de obesidad.....	162
6. 4. Complicaciones físicas	162
6. 5. Implicaciones psicológicas.....	163
6. 6. Etiología y teorías sobre la obesidad.....	164
6. 7. Tratamiento de la obesidad.....	164
7. TEORÍAS SOBRE LOS TRASTORNOS ALIMENTARIOS.....	167

TEMA 16. TRASTORNOS SEXUALES Y DE LA IDENTIDAD SEXUAL

1. EL CICLO DE LA RESPUESTA SEXUAL.....	171
2. CLASIFICACIÓN	172
3. DISFUNCIONES SEXUALES	174
3. 1. Trastorno del deseo sexual.....	175
3. 1. 1. <i>Deseo sexual hipoactivo (inhibido)</i>	175
3. 1. 2. <i>Trastorno de aversión al sexo</i>	178
3. 2. Trastorno de la excitación sexual	179
3. 2. 1. <i>Trastorno de la excitación en la mujer</i>	179
3. 2. 2. <i>Trastorno de la erección en el hombre o impotencia</i>	181
3. 3. Trastornos del orgasmo.....	185
3. 4. Trastornos por dolor.....	191
3. 4. 1. <i>Dispareunia</i>	192
3. 4. 2. <i>Vaginismo</i>	196
3. 5. Trastorno debido a enfermedad médica.....	196
3. 6. Trastorno sexual inducido por sustancias	197
3. 7. Epidemiología	199
3. 8. Etiología	199
3. 9. Evaluación.....	203
3. 9. 1. <i>Áreas de evaluación</i>	203
3. 9. 2. <i>Técnicas y procedimientos de evaluación</i>	204
3. 10. Tratamiento de las disfunciones sexuales.....	206
3. 10. 1. <i>Consideraciones previas</i>	207
3. 10. 2. <i>Programa de tratamiento de Masters y Jonson (1970)</i>	210
3. 10. 3. <i>Programa de tratamiento de Hawton (1988)</i>	215
3. 10. 4. <i>Otros procedimientos específicos</i>	216
3. 10. 5. <i>Tratamientos médicos</i>	218
4. PARAFILIAS	219
4. 1. Delimitación conceptual.....	219
4. 2. Clasificación y criterios diagnósticos	219
4. 3. Epidemiología	220
4. 4. Descripción clínica	221

4. 4. 1. Exhibicionismo	221
4. 4. 2. Voyeurismo	223
4. 4. 3. Frotteurismo	225
4. 4. 4. Fetichismo.....	227
4. 4. 5. Fetichismo transvestista	228
4. 4. 6. Paidofilia o pedofilia	228
4. 4. 7. Sadismo y masoquismo sexual	232
4. 4. 8. Otras parafilias	236
4. 5. Etiología.....	236
4. 5. 1. Factores biológicos	236
4. 5. 2. Factores psicológicos	236
4. 6. Evaluación de las parafilias (orientaciones generales).....	237
4. 6. 1. Evaluación de determinantes sexuales	237
4. 6. 2. Diagnóstico diferencial	239
4. 7. Tratamiento de las parafilias.....	239
4. 7. 1. Sexo como Adicción	239
4. 7. 2. Reducción farmacológica del interés sexual	239
4. 7. 3. Métodos quirúrgicos de control.....	240
4. 7. 4. Programa de tratamiento de Cáceres Carrasco J.	240
5. TRASTORNOS DE LA IDENTIDAD SEXUAL	241
5. 1. Introducción	241
5. 2. Clasificación y criterios diagnósticos.....	241
5. 3. Descripción clínica.....	246
5. 3. 1. Trastorno de la identidad sexual en la infancia	246
5. 3. 2. Transexualismo.....	247
5. 4. Epidemiología.....	248
5. 5. Etiología.....	248

TEMA 17. TRASTORNOS DEL SUEÑO

1. INTRODUCCIÓN.....	249
2. CLASIFICACIÓN DE LOS TRASTORNOS DEL SUEÑO	249
3. TRASTORNOS PRIMARIOS DEL SUEÑO.....	250
3. 1. Disomnias	250
3. 1. 1. Insomnio.....	250
3. 1. 2. Hipersomnia primaria	260
3. 1. 3. Trastorno del sueño relacionado con la respiración: el síndrome de apnea del sueño.....	263
3. 1. 4. Narcolepsia.....	271
3. 1. 5. Trastornos del sueño relacionados con el ritmo circadiano	276
3. 1. 6. Disomnia no especificada.....	278
3. 2. Parasomnias	278
3. 2. 1. Pesadillas.....	278
3. 2. 2. Terrores nocturnos.....	283
3. 2. 3. Sonambulismo.....	286
3. 2. 4. Parasomnia no especificada	289
3. 3. Otros trastornos del sueño.....	290
3. 3. 1. Somniloquio	290
3. 3. 2. Jactatio cápitis nocturna	291
3. 3. 3. Bruxismo	291
3. 3. 4. Síndrome de Kleine-Levin	291
3. 3. 5. Síndrome de Pickwick	292
3. 4. Trastornos del sueño en la vejez	292
3. 4. 1. Mioclonus nocturno.....	292
3. 4. 2. Síndrome de piernas inquietas o acromegalia.....	292

TEMA 18. TRASTORNOS DEL CONTROL DE LOS IMPULSOS

1. INTRODUCCIÓN.....	299
2. TRASTORNO EXPLOSIVO INTERMITENTE	300
2. 1. Definición y características clínicas	300
2. 2. Epidemiología.....	301
2. 3. Diagnóstico diferencial	301
2. 4. Tratamiento.....	303
3. CLEPTOMANÍA.....	304
3. 1. Definición y características clínicas	304
3. 2. Epidemiología.....	305
3. 3. Diagnóstico diferencial	305
3. 4. Curso y pronóstico.....	305
3. 5. Tratamiento.....	306
4. PIROMANÍA	306
4. 1. Definición y características clínicas	306
4. 2. Epidemiología	306
4. 3. Diagnóstico diferencial	307
4. 4. Curso y pronóstico.....	307
4. 5. Tratamiento.....	307
5. TRICOTILOMANÍA.....	308
5. 1. Definición y característica clínicas.....	308
5. 2. Epidemiología.....	308
5. 3. Diagnóstico diferencial	309
5. 4. Tratamiento.....	309
6. JUEGO PATOLÓGICO	310
6. 1. Descripción clínica.....	310
6. 2. Conceptualizaciones del juego patológico	312
6. 2. 1. <i>Juego Patológico como un trastorno del control de los impulsos</i>	312
6. 2. 2. <i>Como una conducta adictiva</i>	312
6. 2. 3. <i>Como una conducta compulsiva</i>	314
6. 3. Epidemiología.....	314
6. 4. Diagnóstico diferencial	316
6. 5. Características demográficas.....	316
6. 6. Problemas asociados al juego.....	317
6. 6. 1. <i>Problemas personales</i>	317
6. 6. 2. <i>Problemas familiares</i>	318
6. 6. 3. <i>Problemas sociales</i>	319
6. 6. 4. <i>Problemas laborales</i>	319
6. 6. 5. <i>Problemas legales</i>	319
6. 7. Tipos de jugadores.....	320
6. 8. Factores predisponentes y mantenedores del juego	321
6. 8. 1. <i>Factores predisponentes</i>	321
6. 8. 2. <i>Factores mantenedores del juego patológico</i>	324
6. 9. Modelos explicativos del juego patológico	326
6. 9. 1. <i>Primeros modelos</i>	326
6. 9. 2. <i>Modelos explicativos posteriores</i>	327
6. 10. Evaluación.....	328
6. 10. 1. <i>Entrevista conductual</i>	328
6. 10. 2. <i>Cuestionarios</i>	329
6. 10. 3. <i>Autorregistro</i>	329
6. 10. 4. <i>Registros psicofisiológicos</i>	330
6. 11. Tratamiento.....	330
6. 11. 1. <i>Grupos de autoayuda</i>	331
6. 11. 2. <i>Terapia farmacológica</i>	332

6. 11. 3. Técnicas aversivas.....	332
6. 11. 4. Desensibilización imaginada y relajación	333
6. 11. 5. Técnicas de exposición y control de estímulos.....	333
6. 11. 6. Terapia cognitiva	333
6. 11. 7. Terapia de grupo.....	334
6. 11. 8. Técnicas de autocontrol para las conductas de juego	334
6. 11. 9. Programas multicomponente	334

TEMA 19. TRASTORNOS ADAPTATIVOS

1. DEFINICIÓN Y CLASIFICACIÓN CLÍNICA	339
2. EPIDEMIOLOGÍA	341
3. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.....	341
4. TRATAMIENTO	342

TEMA 20. TRASTORNOS DE PERSONALIDAD

1. EVOLUCIÓN EN LOS SISTEMAS CLASIFICATORIOS DEL TRASTORNO DE PERSONALIDAD	343
1. 1. DSM-III.....	343
1. 2. DSM-III-R	343
1. 3. CIE-10	344
1. 4. DSM-IV-TR Y DSM-5.....	350
1. 4. 1. Descripción clínica y clasificación	350
1. 4. 2. Procedimientos de tipificación.....	353
1. 4. 3. Criterios diagnósticos y características asociadas a los trastornos de personalidad (DSM-IV y DSM-5).....	353
1. 5. Millon	361
1. 5. 1. Caracterización de los trastornos de personalidad según Millon	361
1. 5. 2. Clasificación de los trastornos de personalidad según Millon y Everly (1985).....	362
2. ETIOLOGÍA Y EPIDEMIOLOGÍA.....	364
3. EVALUACIÓN	369
3. 1. Entrevistas.....	369
3. 2. Autoinformes	370
3. 3. Informes de terceras personas.....	370
4. TRATAMIENTO	371
4.1. Principios generales para la intervención en los trastornos de personalidad	372
4.2. Modelos psicoterapéuticos	374
4. 3. Intervención psicofarmacológica	393
4. 4. Eficacia de las intervenciones.....	396
5. PSICOPATÍA	399
5. 1. Descripciones clínicas de la psicopatía.....	399
5. 2. Criterios diagnósticos	402
5. 3. Modelos explicativos de la psicopatía	404
5. 4. Características de personalidad y de conducta de los psicópatas	405

TEMA 21. TRASTORNOS ESPECÍFICOS DE DETERMINADAS CULTURAS

1. CONTEMPLADOS EN LA CIE – 10	407
2. CONTEMPLADOS EN EL DSM – IV – TR.....	408

TEMA 22. OTROS TRASTORNOS MENTALES Y PROBLEMAS QUE PUEDEN SER OBJETO DE ATENCIÓN CLÍNICA

1. OTROS TRASTORNOS MENTALES.....	413
2. TRASTORNOS MOTORES INDUCIDOS POR MEDICAMENTOS Y OTROS EFECTOS ADVERSOS DE LOS MEDICAMENTOS..	414

3. OTROS PROBLEMAS QUE PUEDEN SER OBJETO DE ATENCIÓN CLÍNICA.....	419
PREGUNTAS DE EXAMEN	423
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	531

TEMA
11
TRASTORNOS FACTICIOS
1. DESCRIPCIÓN Y DIAGNÓSTICO

Los trastornos facticios se caracterizan por presentar síntomas físicos o psicológicos fingido o producidos intencionadamente, con el único fin de asumir el rol de enfermo (**Pregunta PIR**). En este trastorno no existen incentivos externos para asumir ese comportamiento lo que sí ocurre en la simulación, en la simulación el "paciente" también produce los síntomas de modo intencionado, pero su objetivo es fácilmente reconocible cuando se conocen sus circunstancias. En el trastorno facticio la producción de la enfermedad o lesión es intencional y consciente, pero la motivación real es inconsciente y suele implicar la necesidad de convertirse en "pacientes" y de este modo ser cuidados. No existen móviles de ganancia externa, económica o de eludir responsabilidades laborales o judiciales, lo que los diferencia de la simulación.

Debe tenerse en cuenta que la presencia de signos o síntomas facticios no implica ausencia de trastornos verdaderos (**Pregunta PIR**), de hecho, los trastornos facticios se relacionan con afectaciones de la personalidad.

En algunas denominaciones existe cierta confusión, así, muchas veces aparece el síndrome de Munchausen como sinónimo de trastorno facticio, lo cual es erróneo.

Otras de las características de los pacientes con trastorno facticio es que suelen relatar sus padecimientos de manera dramática y ampulosa, sin embargo, cuando se les solicita que expliquen los síntomas de forma detallada lo hacen con vaguedad.

Los trastornos facticios se hallan codificados en el DSM y en la CIE:

- En el **DSM-IV TR** existe un capítulo dedicado a la descripción y clasificación de esta afección, especificando que se debe aclarar el subtipo de trastorno, según predominen los signos y síntomas psíquicos o físicos.
 - El **síndrome de Munchausen**: (es la forma más crónica), subtipo de trastorno facticio y el más común, este término fue acuñado por Asher y se caracteriza por mentiras patológicas y una conducta errante, de hospital en hospital, fingiendo una enfermedad física inexistente (producción de signos y síntomas físicos) (**Pregunta PIR**).
 - **Munchausen por poderes**: es una variación de este síndrome (síndrome de Munchausen), en el cual los padres presentan a sus hijos con enfermedades inventadas recurrentes. Los niños no presentan la sintomatología en ausencia de los padres, por lo que éstos se niegan a salir del hospital.
- En la **CIE – 10** se describe los trastornos facticios más brevemente, incluyéndolos en el Capítulo de los Trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto (F60-F69). **Se excluyen**, entre otros, la simulación y el Munchausen por poderes o por representante, que se ubican como maltratos en la infancia.
- El "Trastorno facticio" en el DSM-5 se ubica en el grupo de "**Trastorno de síntomas somáticos y trastornos relacionados**" junto a otros trastornos.
- El trastorno facticio se dividirá según sea "**aplicado a uno mismo**" o "**aplicado a otro**".

Criterios para el diagnóstico de Trastorno facticio DSM-IV-TR	Trastorno facticio (DSM-5)
<p>A. Fingimiento o producción intencionada de signos o síntomas físicos o psicológicos.</p> <p>B. El sujeto busca asumir el papel de enfermo.</p> <p>C. Ausencia de incentivos externos para el comportamiento (p. ej., una ganancia económica, evitar la responsabilidad legal o mejorar el bienestar físico, como ocurre en el caso de la simulación).</p> <p>Tipos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Trastornos facticios con predominio de signos y síntomas psicológicos: si los signos y síntomas que predominan en el cuadro clínico son los psicológicos. - Trastornos facticios con predominio de signos y síntomas físicos: si los signos y síntomas que predominan en el cuadro clínico son los físicos. - Trastornos facticios con signos y síntomas psicológicos y físicos: si existe una combinación de signos y síntomas psicológicos y físicos sin que en el cuadro clínico predominen unos sobre otros. 	<p style="text-align: center;">Trastorno facticio aplicado a uno mismo</p> <p>A. Falsificación de signos o síntomas físicos o psicológicos, o inducción de lesión o enfermedad, asociada a un engaño identificado.</p> <p>B. El individuo se presenta a sí mismo frente a los demás como enfermo, incapacitado o lesionado.</p> <p>C. El comportamiento engañoso es evidente incluso en ausencia de una recompensa externa obvia.</p> <p>D. El comportamiento no se explica mejor por otro trastorno mental, como el trastorno delirante u otro trastorno psicótico.</p> <p>Especificar si:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Episodio único. ▪ Episodios recurrentes: dos o más acontecimientos de falsificación de enfermedad y/o inducción de lesión. <p style="text-align: center;">Trastorno facticio aplicado a otro (antes: <i>trastorno facticio del prójimo</i>)</p> <p>A. Falsificación de signos o síntomas físicos o psicológicos, o inducción de lesión o enfermedad, en otro, asociada a un engaño identificado.</p> <p>B. El individuo presenta a otro individuo (víctima) frente a los demás como enfermo, incapacitado o lesionado.</p> <p>C. El comportamiento engañoso es evidente incluso en ausencia de recompensa extraña obvia.</p> <p>D. El comportamiento no se explica mejor por otro trastorno mental, como el trastorno delirante u otro trastorno psicótico.</p> <p>Nota: el diagnóstico se aplica al autor, no a la víctima.</p> <p>Especificar si:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Episodio único. ▪ Episodios recurrentes: dos o más acontecimientos de falsificación de enfermedad y/o inducción de lesión.

2. EPIDEMIOLOGIA

- Su curso suele ser crónico comenzando normalmente en los primeros años de la edad adulta.
- En cuanto a su prevalencia existen datos diversos. Algunos autores opinan que es muy difícil estimar su prevalencia por el engaño que subyace siempre en su presentación, y por la peregrinación del paciente por diferentes hospitales e incluso ciudades, y estiman que es diagnosticado aproximadamente en un 1% de los pacientes atendidos en salud mental. Se estima que es mayor la prevalencia de trastornos facticios con síntomas somáticos 9.3 % contra el 0.5% con síntomas psiquiátricos.

3. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- **Enfermedades físicas y psíquicas verdaderas:** Es un diagnóstico difícil. Implica un análisis muy minucioso de los antecedentes, estudio de historias clínicas, ubicar a los colegas que atendieron con anterioridad al paciente, y tratar de realizar un diagnóstico del eje II lo más ajustado posible. Sin embargo, el paciente con trastorno facticio puede tener una enfermedad real que necesite tratamiento. Debemos sospechar de un trastorno facticio cuando:
 - Cuadro clínico dramático o atípico que no pertenece a una enfermedad física o mental identificable.
 - Síntomas o comportamientos que aparecen cuando el individuo es observado, seudología fantástica, comportamiento antisocial en la sala de hospitalización (p. ej., falta de cumplimiento de las reglas y normas hospitalarias, discusiones excesivas con las enfermeras y médicos).
 - Conocimiento excesivo de la terminología médica y rutinas hospitalarias, consumo encubierto de fármacos, múltiples intervenciones terapéuticas (p. ej., cirugía, electroshock).
 - Historia intensa de viajes.
 - Pocos o ningún visitante durante la hospitalización.
 - Curso clínico fluctuante con producción rápida de "complicaciones" o de nueva "patología" una vez las exploraciones iniciales resultan negativas.
- **Trastornos somatomorfos:** en los pacientes con trastornos somatomorfos la producción de los síntomas no es intencional.
- **Simulación:** suele ser más fácil de diferenciar que los anteriores pues puede pesquisar la presencia de un móvil o la obtención de un beneficio tangible, como puede ser una compensación económica o de otro tipo, y la evitación de obligaciones desagradables.

CARACTERÍSTICAS DEL TRASTORNO FACTICIO (DSM-5)

PREVALENCIA: Su prevalencia es desconocida, probablemente debido al papel del engaño en esta población. Entre los pacientes en el ámbito hospitalario, se estima que alrededor del 1 % de los individuos puede tener presentaciones que cumplan con los criterios de trastorno facticio.

DESARROLLO Y CURSO: su curso suele ser en forma de episodios intermitentes. Los episodios únicos y los que se caracterizan por ser persistentes y sin remisiones son menos frecuentes. El inicio se produce generalmente en la edad adulta temprana, a menudo después de una hospitalización por un problema médico o un trastorno mental. Cuando se impone sobre otro, el trastorno puede comenzar después de la hospitalización del propio hijo o de alguien a su cargo. En los individuos con episodios recurrentes de falsificación de signos y síntomas de enfermedad y/o de inducción de lesión, este patrón de contactos engañosos sucesivos con el personal médico, incluyendo las hospitalizaciones puede llegar a permanecer durante toda la vida.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:

- Los cuidadores que mienten sobre las lesiones por abuso de las personas dependientes a su cargo exclusivamente para protegerse de la responsabilidad no se diagnostican de trastorno facticio aplicado a otro debido a que la protección contra la responsabilidad es una recompensa externa. Se detecta que este tipo de cuidadores miente sobre la supervisión, sobre el análisis de los registros médicos y/o en las entrevistas con los demás mucho más de lo que sería necesario para su propia autoprotección y se diagnosticarían de trastorno facticio impuesto a otro.

- **Trastorno de síntomas somáticos:** en el trastorno de síntomas somáticos puede haber una atención excesiva y búsqueda de tratamiento para los problemas médicos percibidos, pero no hay ninguna evidencia de que la persona está proporcionando información falsa o engañosa con su conducta.
- **Simulación de enfermedad:** La simulación se diferencia del trastorno facticio por el carácter intencional de los síntomas para obtener beneficios personales. En contraste, el diagnóstico de trastorno facticio requiere la ausencia de recompensas obvias.
- **Trastorno de conversión (trastorno de síntomas neurológicos funcionales):** el trastorno de conversión se caracteriza por síntomas neurológicos que son incompatibles con la fisiopatología neurológica. El trastorno facticio con síntomas neurológicos se distingue del trastorno de conversión en la evidencia de la falsificación engañosa de los síntomas.
- **Trastorno límite de la personalidad:** la autoagresión física deliberada en ausencia de intención de suicidio también puede aparecer en asociación con otros trastornos mentales, como el trastorno límite de la personalidad. El trastorno facticio requiere que la inducción de las lesiones se produzca en asociación con el engaño.
- **Enfermedad médica o trastorno mental que no se asocia con la falsificación intencional de síntomas:** la presencia de signos y síntomas de enfermedad que no se ajustan a la identificación de una afección médica o trastorno mental aumenta la probabilidad de que exista un trastorno facticio. Sin embargo, el diagnóstico de trastorno facticio no excluye la presencia de una verdadera afección médica o de un trastorno mental, puesto que a menudo aparece en el individuo una enfermedad comórbida junto con el trastorno facticio. Por ejemplo, las personas pueden manipular sus niveles de azúcar en la sangre para producir síntomas y también pueden tener diabetes.

4. TRATAMIENTO

Ninguna terapia ha demostrado gran eficacia en el tratamiento de estos pacientes. La mayoría de los autores que hacen referencia al tema hacen hincapié en lo dificultoso que resulta el tratamiento de estos pacientes. A su vez, a menudo el diagnóstico es confuso, ya que no puede descartarse completamente la posibilidad de que exista una causa real.

Se obtienen mejores resultados trabajando en conjunto con el médico que atiende al paciente que abordando únicamente al paciente. Los mejores resultados se obtienen con la combinación del tratamiento médico y psicoterapéutico, de orientación psicodinámica o cognitivo - conductual.