M. L. Catalina
V. Gómez Macias
A. de Cos

Prevalencia de trastornos facticios con síntomas psicológicos en pacientes hospitalizados

Servicio de Psiquiatría
Hospital de Móstoles
Madrid

El trastorno facticio se caracteriza por la invención, producción o falsificación de síntomas físicos o psicológicos que simulan una enfermedad física o mental. Entre los pacientes psiquiátricos tanto ingresados como ambulatorios no es infrecuente observar síntomas que se sospecha que son facticios aunque nunca se llegue a confirmar esta sospecha.

Tras establecer unos criterios de sospecha de trastorno facticio con síntomas psicológicos se observó que el 8% de los pacientes ingresados en una unidad de hospitalización psiquiátrica presentaban síntomas facticios. Los pacientes con este diagnóstico eran fundamentalmente mujeres y su media de edad fue de 36,2 años. Los síntomas de sospecha que más se observan son la respuesta poco congruente al tratamiento, el empeoramiento de los síntomas ante la perspectiva del alta, la desaparición de los síntomas rápidamente tras el ingreso y el establecimiento de relaciones intensas con otros pacientes o con el personal durante el ingreso. Aunque no es posible determinar con total exactitud el método utilizado en la producción facticia de los síntomas psicológicos, la estrecha observación de los pacientes permite deducir que el 75% de los pacientes exageran síntomas psicológicos presentes en la actualidad o en el pasado y por tanto experimentados en algún momento de la vida. La invención de síntomas psicológicos aparentemente no experimentados nunca por el paciente y la intervención deliberada con el tratamiento psiquiátrico para afectar la evolución de la enfermedad se observaron con menos frecuencia. El 25% de los pacientes con criterios de sospecha de trastorno facticio con síntomas psicológicos presentaron también síntomas somáticos considerados facticios durante el ingreso. El 62,5% de los pacientes con síntomas facticios establecieron relaciones intensas con otros pacientes.

Palabras clave:
Trastorno facticio. Síntomas psicológicos.

Actas Esp Psiquiatr 2008;36(6):345-349

Prevalence of factitious disorder with psychological symptoms in hospitalized patients

Factitious disorder is characterized by the invention, production or falsification of physical and psychological symptoms that feign a physical or mental illness. Although it is not rare to find symptoms that seem to be factitious among psychiatric patients (both outpatients and inpatients), we have never been able to confirm this suspicion.

Once we had established the suspicion criteria for factitious disorder with psychological symptoms, we discovered that 8% of the patients admitted to an inpatient psychiatric unit had factitious symptoms. The patients were mostly women with a mean age of 36.2 years. The most frequent symptoms were non-consistent response to treatment, worsening of the symptoms when faced with the perspective of a discharge plan, disappearance of the symptoms just after being admitted and intense relationship with other patients or staff during the hospitalization. Although it is not possible to determine the method used in the factitious production of the psychological systems accurately, close observation of the patients helps to infer that 75% of the patients exaggerate the psychological symptoms currently present or those occurring in the past and thus experienced at some time during their lifespan. Invention of psychological symptoms never felt before by the patient and deliberate intervention in the psychiatric treatment to modify the evolution of the illness were less frequent. A total of 25% of the patients with suspicion criteria for factitious disorder with psychological symptoms also had physical symptoms considered to be factitious during the hospitalization and 62% of patients with factitious symptoms developed intense relationships with other patients.

Key words:
Factitious disorder. Psychological symptoms.

Correspondencia:
M. Luisa Catalina
Servicio de Psiquiatría
Hospital de Móstoles
Río Júcar, s/n
28935 Móstoles (Madrid)
Correo electrónico: mlcatalina@eresmas.com

INTRODUCCIÓN

El trastorno facticio se caracteriza por la invención, producción o falsificación de síntomas físicos o psicológicos que

simulan una enfermedad física o mental. Tanto el DSM-IV como la CIE-10 consideran que la motivación de la conducta es asumir el papel de enfermo y que no existe un incentivo externo como el beneficio económico que explique la conducta[1,2].

En la literatura médica se han descrito una serie de características comunes a los trastornos facticios y que facilitan su diagnóstico como la incongruencia de los signos y síntomas con el síndrome, la evolución errática con mejorías y empeoramientos contingentes al ingreso o a la perspectiva del alta, la respuesta poco congruente al tratamiento y la aparición durante el ingreso de nuevos síntomas somáticos similares a los de otros pacientes[3,4].

En el trastorno facticio y en su variante más grave y crónica (el síndrome de Munchausen) es frecuente observar la tendencia del paciente a mentir sobre su vida y sus logros personales, exagerando y dramatizando incluso traumas físicos y emocionales que el paciente refiere como implicados en su trastorno[5]. Esta característica llega a denominarse seudología fantástica en los casos más extremos.

No existen estudios de prevalencia de trastorno facticio en población general y los existentes en población médica tienen una fiabilidad limitada. Se han descrito tasas de prevalencia en medicina general entre el 0,5 y el 2%[6]. En ciertas enfermedades de difícil diagnóstico como la fiebre de origen desconocido, la tasa de prevalencia podría alcanzar hasta el 10%[7,8]. En enfermedades crónicas como la diabetes se demostró que el 40% de los enfermos con mal control inducían de forma deliberada la inestabilidad de la enfermedad[9]. El 20% de los pacientes con historia de múltiples molestias médicas no explicadas cumplían criterios de trastorno facticio[10]. Entre el 20 y el 30% de todas las visitas médicas se deben a molestias sin base física objetiva y algunas de estas molestias podrían ser una conducta facticia de enfermedad aunque sin constituir un trastorno facticio completo. Hasta el 7% de los pacientes que acuden a atención primaria reconocen conductas intencionadas de engaño al médico de difícil interpretación[11].

Una revisión sobre los datos actuales de trastorno facticio con síntomas psicológicos establece su prevalencia en el 0,14% de pacientes ingresados en unidades psiquiátricas[12].

Entre los pacientes psiquiátricos tanto ingresados como ambulatorios no es infrecuente observar síntomas que se sospecha que son facticios (inventados o exagerados), aunque nunca se llegue a confirmar esta sospecha.

El objetivo de este trabajo es una vez establecidos unos criterios de sospecha de trastorno facticio con síntomas psicológicos determinar la prevalencia de los mismos en una unidad de hospitalización psiquiátrica, su distribución por sexos, el método utilizado en la producción facticia de los síntomas psicológicos y la frecuencia con que coexisten síntomas psicológicos y síntomas facticios.

MATERIAL Y METODO

Tras la revisión de la literatura[3,4] se establecieron los siguientes criterios de sospecha:

- Los síntomas desaparecen inmediatamente tras el ingreso.
- Los síntomas empeoran ante la perspectiva del alta.
- La clínica es poco congruente con el síndrome.
- La respuesta al tratamiento es poco congruente.
- Aparecen nuevos síntomas durante el ingreso similares a los de otros pacientes.
- Se implica un trauma físico o emocional sin que haya testigos que corroboren la historia.
- Establecen relaciones intensas con otros pacientes o con el personal.
- Se detectan mentiras (seudología fantástica) en aspectos distintos a los síntomas.

Entre enero y junio de 2006 se evaluó en todos los pacientes ingresados en la unidad de hospitalización breve del Hospital de Móstoles la presencia de criterios de sospecha de trastorno facticio. Se consideraron casos los pacientes que cumplían tres o más criterios. Se consideraron control los pacientes del mismo sexo que ingresaron consecutivamente al caso y con el mismo diagnóstico y que no cumplían criterios de sospecha de trastorno facticio.

En cada uno de los casos se determinaron los métodos que se consideraban implicados en la invención, producción o falsificación de síntomas tanto psiquiátricos como somáticos. Los métodos considerados fueron:

- Exageración de síntomas psicológicos que se sospecha que han sido padecidos por el paciente en algún momento de su vida.
- Invención de síntomas psicológicos.
- Intervención deliberada sobre el tratamiento psiquiátrico para afectar la evolución de la enfermedad, por ejemplo, modificando de forma brusca las dosis de un psicofármaco.
- Exageración de síntomas somáticos.
- Invención de síntomas somáticos.
- Intervención deliberada con el tratamiento somático para afectar la evolución de la enfermedad.

RESULTADOS

De los 100 pacientes ingresados en el período señalado, ocho fueron considerados casos al cumplir más de tres criterios de sospecha, lo que representa el 8% del total de pacientes ingresados en la unidad de hospitalización psiquiátrica del Hospital de Móstoles.

Las edades de los casos estaban comprendidas entre 22 y 55 años, con una media de edad de 36,12 años y una desviación típica de 12,4. Las edades de los seleccionados como grupo control oscilaban entre 21 y 60 años, con una edad media de 39,87 años y una desviación típica de 14,78.

La distribución por sexos fue idéntica en ambos grupos, el 87,5% fueron mujeres (siete casos) y el 12,5% fueron hombres (un caso) (fig. 1).

El 87,5% de los casos cumplían cuatro o más criterios de inclusión. El criterio de sospecha más frecuentemente detectado en los casos fue la respuesta poco congruente al tratamiento presente en el 100%. Otros indicios de sospecha detectados en más de la mitad de los casos fueron la presencia de síntomas clínicos poco congruentes con el síndrome (87,5%), el empeoramiento de los síntomas previo al alta (75%), la desaparición de los síntomas inmediatamente tras el ingreso (62,5%) y el establecimiento de relaciones intensas con otros pacientes o con el personal durante el ingreso (62,5%). La comparación de cada uno de los criterios de sospecha entre casos y controles aparece en la tabla 1.

Aunque no es posible determinar con total exactitud el método utilizado en la producción facticia de los síntomas psicológicos, la estrecha observación de los pacientes permite deducir qué método o métodos se sospechan implicados. En todos los pacientes se detecta más de un método de producción de síntomas. El 75% de los pacientes exageran síntomas psicológicos presentes en la actualidad o en el pasado y por tanto experimentados por el paciente en algún momento de su vida. La invención de síntomas psicológicos aparentemente no experimentados nunca por el paciente se produjo en el 37,5% de los casos y la intervención deliberada con el tratamiento psiquiátrico para afectar la evolución de la enfermedad en el 25% (tabla 2).

El 25% de los pacientes con criterios de sospecha de trastorno facticio con síntomas psicológicos presentaron también síntomas somáticos considerados facticios durante el ingreso. Se consideró exageración de síntomas somáticos en el 25% de los casos, invención de síntomas somáticos en el 25% e intervención deliberada con el tratamiento somático para afectar la evolución de la enfermedad en el 12,5% (tabla 2).

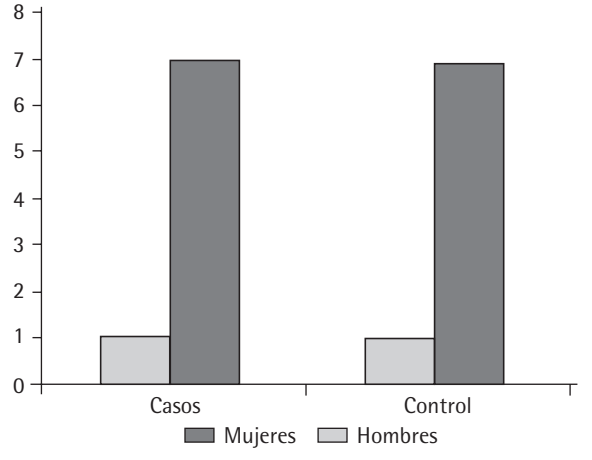

Figura 1 *Distribución por sexos.*

Tabla 1 **Criterios de sospecha de trastorno facticio**

	Casos		Controles	
	n	%	n	%
Respuesta al tratamiento poco congruente	8	100	1	12,5
Clínica poco congruente	7	87,5	2	25
Empeoramiento de los síntomas previo al alta	6	75	0	0
Desaparición de los síntomas inmediatamente tras el ingreso	5	62,5	1	12,5
Relaciones intensas con pacientes y personal	5	62,5	2	25
Aparición de síntomas similares a los de otros pacientes	3	37,5	0	0
Mentiras (seudología fantástica)	3	37,5	0	0
Historia de trauma físico o emocional no comprobado	1	12,5	1	12,5

Durante el ingreso el 62,5% de los casos establecieron relaciones intensas con otros pacientes, frente al 25% de los controles. La descripción de otros comportamientos descritos por distintos autores en los trastornos facticios aparece en la tabla 3.

DISCUSIÓN

Ninguno de los pacientes considerados casos fue diagnosticado al alta de forma explícita de trastorno facticio, a

Tabla 2 **Método de producción de síntomas**

	n	%
Exageración de síntomas psicológicos	6	75
Invención de síntomas psicológicos	3	37,5
Intervención deliberada sobre el tratamiento psiquiátrico	2	25
Exageración de síntomas somáticos	2	25
Invención de síntomas somáticos	2	25
Intervención deliberada sobre el tratamiento somático	1	12,5

Tabla 3 Comportamientos observados durante el ingreso

	Casos		Controles	
	n	%	n	%
Relaciones intensas con otros pacientes	5	62,5	2	25
Petición reiterada de medicación	3	37,5	2	25
Relaciones intensas con personal sanitario	2	25	1	12,5
Comportamiento de ayuda al personal sanitario	2	25	1	12,5
Relaciones intensas con familiares de pacientes	1	12,5	0	0

pesar de cumplir los criterios de sospecha. No hablaremos, por tanto, de trastorno facticio, sino de conductas facticias de enfermedad. Este hecho explicaría la alta prevalencia obtenida en este estudio (8%) frente al 0,14% de otros autores[12].

Las dificultades para diagnosticar trastorno facticio con síntomas psicológicos son evidentes. Por una parte demostrar que los síntomas son inventados, producidos o exagerados por el paciente parece prácticamente imposible. Por otra parte las propias clasificaciones diagnósticas dificultan el diagnóstico al exigir, como es el caso de la CIE-10, que no haya un trastorno físico o mental confirmado que pueda explicar los síntomas, cuando en la mayoría de los casos el trastorno facticio puede coexistir con un trastorno físico real o con un trastorno de personalidad. Según los estudios publicados la prevalencia de trastorno facticio con síntomas físicos es mayor que la de trastorno facticio con síntomas psicológicos. Es probable que la diferencia se deba a la dificultad de diagnosticar el trastorno facticio con síntomas psicológicos y el miedo de los profesionales a establecer este diagnóstico sin pruebas objetivas que lo confirmen.

La distribución por sexos es similar a la de otros estudios, con predominio de mujeres. Al contrario que en el síndrome de Munchausen en que la proporción de hombres frente a mujeres es de 3 a 1, en el trastorno facticio la proporción detectada es de 3 a 1 a favor de las mujeres[13].

La mayoría de los casos cumplían cuatro o más criterios de sospecha, por lo que consideramos que la fiabilidad diagnóstica es alta. Los criterios de sospecha más frecuentes y que diferencian los casos de los controles son criterios clínicos relacionados con una evolución infrecuente o anómala (respuesta al tratamiento poco congruente, empeoramiento de los síntomas antes del alta y desaparición de los síntomas inmediatamente tras el ingreso). La discrepancia entre los síntomas que el paciente describe y la apariencia observada es el mayor indicador de sospecha. Otro criterio de sospecha frecuente fue la tendencia de los casos a establecer relaciones intensas con otros pacientes. En contra de lo descrito en la literatura, la seudología fantástica y el relato de traumas físicos o emocionales inventados no son síntomas prominentes[14].

No existen estudios sobre la coexistencia de trastorno facticio con síntomas físicos y trastorno facticio con síntomas psicológicos. Es posible que existan trastornos facticios con síntomas somáticos puros dado el estigma que aún supone para muchos pacientes la enfermedad mental. De hecho estos casos coinciden con aquellos pacientes que tras ser descubiertos y al detectarse un trastorno de personalidad subyacente rechazan el ingreso psiquiátrico. Es posible que los trastornos facticios con síntomas psicológicos cursen con síntomas somáticos facticios en mayor proporción que en el caso contrario.

Hay gran dificultad en determinar el método utilizado en la producción facticia de los síntomas psicológicos. Sin embargo, durante la hospitalización psiquiátrica el clínico tiene la oportunidad de observar estrechamente el comportamiento del paciente y deducir cuando éste exagera síntomas actuales o del pasado, cuándo los inventa o cuándo incorpora a su propia enfermedad síntomas que ve en otros pacientes. El método más frecuentemente utilizado fue la exageración de síntomas psicológicos padecidos en algún momento de su vida.

Los pacientes con trastorno facticio con síntomas psicológicos o conducta facticia de enfermedad que son capaces de inventar o magnificar sus síntomas establecen relaciones intensas en el hospital, se adaptan al hospital mucho mejor que a su medio y es difícil darles el alta. Parecen encontrar en el hospital el apoyo, las relaciones sociales y la seguridad que no encuentran en su entorno.

Las limitaciones metodológicas del presente estudio dependen de las dificultades diagnósticas ya comentadas y del número de casos insuficiente para llegar a unas conclusiones más amplias.

CONCLUSIONES

La prevalencia detectada de trastorno facticio con síntomas psicológicos en una unidad de hospitalización psiquiátrica es del 8%.

El trastorno facticio con síntomas psicológicos es más frecuente en mujeres, con una relación mujer-hombre de 7 a 1. La media de edad de los pacientes fue de 36,2 años.

El método más frecuentemente utilizado en la producción del trastorno es la exageración de síntomas psicológicos padecidos en algún momento de la vida.

BIBLIOGRAFÍA

1. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition. Washington: American Psychiatric Association, 1994.
2. Organización Mundial de la Salud. CIE-10. Trastornos mentales y del comportamiento. Madrid: Meditor, 1994
3. Feldman M, Hamilton J, Deemer H. Trastorno facticio. Advanced Selected Topics in Psychiatry (Spanish edition) 2002;6: 29-48.
4. Eisendrath S, Rand DS, Feldman MD. Factitious Disorders and Litigation. En: Feldman MD, Eisendrath SJ, editores. The spectrum of factitious disorders, 1.ª ed. Washington: American Psychiatric Press, 1999; p. 65-81.
5. Hardie T. Pseudologia fantastica, factitious disorder and impostership: a deception syndrome. Med Sci Law 1998;38:198-201.
6. Eckhardt-Herin A. Factitious disorders and Munchausen's syndrome. The state of research. Psyshother Psychsom Med Psicol 1999;49:75-89.
7. Aduan R, Fauci A, Dale D. Factitious fever and self-induced infection: a report of 32 cases and review of the literature. Am Intern Med 1979;90:230-42.
8. Rumans L, Vosti K. Factitious and fraudulent fever. Am J Med 1978;65:745-55.
9. Gill G. The spectrum of brittle diabetes. JR Soc Med 1992; 85:259-61.
10. Fink P. The use of hospitalizations by persistent somatizing patients. Psicol Med 1992;36:125-36.
11. Sansone R, Wejderman M, Sansone L. Sabotaging one's own medical care. Arch Fam Med 1997;6:583-6.
12. Nicholson S, Roberts G. Patients who need to tell stories. Br J Hosp Med 1994;51:546-9.
13. Freyberger HJ, Schneider W. Diagnosis and classification of factitious disorder with operational diagnostic systems. Psychother Psychosom 1994;62:27-9.
14. Parker PE. Factitious psychological disorders. En: Feldman MD, Eisendrath SJ, editores. The spectrum of factitious disorders, 1.ª ed. Washington: American Psychiatric Press, 1999; p. 37-49.