

M. L. Catalina
L. de Ugarte
C. Moreno

Trastorno facticio con síntomas psicológicos. Diagnóstico y tratamiento. ¿Es útil la confrontación?

Servicio de Psiquiatría
Hospital de Móstoles
Madrid

El trastorno facticio se caracteriza por la producción o invención intencional de síntomas físicos o psicológicos de una enfermedad con el objetivo de asumir el papel de enfermo. Es difícil realizar un diagnóstico adecuado de este trastorno, sobre todo cuando los síntomas simulados son los de una enfermedad psicológica o psiquiátrica. En estos casos suele existir una elevada comorbilidad con otros trastornos mentales, por lo que en ocasiones es complicado diferenciar cuáles de los síntomas son reales y cuáles son facticios. A esto se añade la inexistencia de pruebas objetivas que faciliten la tarea diagnóstica.

En este artículo se pretende esclarecer cómo llegar a un correcto diagnóstico del trastorno facticio con síntomas psicológicos, revisar los abordajes terapéuticos descritos en la literatura y analizar la utilidad de cada uno en un caso clínico seleccionado.

Palabras clave:
Trastorno facticio. Síntomas psicológicos. Diagnóstico. Tratamiento.

Actas Esp Psiquiatr 2009;37(1):57-59

A case report. Factitious disorder with psychological symptoms. Is confrontation useful?

Factitious disorder is defined by the intentional production or feigning of physical or psychological symptoms with the objective of assuming the patient role. It is frequently difficult to adequately diagnose this disorder, above all, when the faked symptoms are those of a psychological or a psychiatric disorder. In these cases, there is often high comorbidity with other mental disorders, thus making it difficult to differentiate between real and factitious symptoms. Moreover, the lack of clear objective markers makes assessing the diagnosis even more difficult.

In this article, we have aimed to clarify how a correct diagnosis of factitious disorder with psychological

symptoms can be reached, to observe the different therapeutic strategies described in the literature and to analyze the utility of each one of them in a given case report.

Key words:
Factitious disorder. Psychological symptoms. Diagnosis. Treatment.

INTRODUCCIÓN

El trastorno facticio se caracteriza por la invención, producción o falsificación de síntomas físicos o psicológicos que simulan una enfermedad física o mental. Aunque el objetivo de asumir el papel de enfermo es consciente y las conductas que llevan a simular la enfermedad son voluntarias y requieren cierto grado de planificación, las motivaciones por las que se siente impulsado a ello son inconscientes.

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 o psiquiátricos similares a los de otros pacientes.

Hay poca experiencia sobre el tratamiento del trastorno facticio con síntomas psicológicos. Dado que muchos de estos pacientes presentan síntomas depresivos es adecuado intentar el tratamiento con antidepresivos. Los antipsicóticos también se han utilizado con distintos objetivos, como frenar la impulsividad y los trastornos de conducta asociados y, sobre todo, tratar síntomas psicóticos breves y reactivos que pueden coexistir con el trastorno facticio¹.

En el trastorno facticio con síntomas físicos se cuestiona la utilidad de la confrontación frente a la no confrontación. Esta discusión es también aplicable al trastorno facticio con síntomas psicológicos. Numerosos autores consideran que la confrontación produce una huida del paciente sin tratamiento y puede favorecer la aparición de síntomas psicóticos y de conductas suicidas. Hasta ahora la mayoría de tra-

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

tamientos realizados en los trastornos facticios han evitado confrontar al paciente con su conducta facticia, realizándose tratamientos psicoanalíticos e intervenciones conductuales como evitar reforzar positivamente las conductas de enfermedad o incluso reforzarlas negativamente.

En este artículo se pretende esclarecer a través de un caso clínico cómo llegar a un correcto diagnóstico del trastorno, y revisar los abordajes terapéuticos descritos en la literatura.

CASO CLÍNICO

Se trata de una mujer de 41 años diagnosticada de trastorno bipolar (fases mixtas o depresivas con preponderancia de la irritabilidad y tendencia al aislamiento y al mutismo) y con antecedente de numerosos ingresos psiquiátricos.

La paciente proviene de una familia muy desestructurada. Fue maltratada físicamente por su padre y a los 11 años fue víctima de un intento de violación. Ha tenido varias interrupciones voluntarias del embarazo. Tiene una hija de 11 años fruto de una relación de 4 meses con un hombre casado. Desde los 20 años ha realizado numerosos intentos de suicidio, dos de ellos de alta letalidad. Durante los 8 años posteriores al primer intento de suicidio tuvo cinco ingresos en psiquiatría. Se le diagnosticó psicosis reactiva, trastorno histriónico de personalidad, cuadro depresivo y finalmente trastorno bipolar con presentación atípica.

La paciente tiene estudios de auxiliar de laboratorio y de auxiliar de clínica. Ha trabajado muchos años como auxiliar en un hospital general y en un hospital psiquiátrico. En el último año y medio se ha mantenido de baja permanentemente, bien por problemas psiquiátricos, bien por dolores múltiples. Ha sido también ingresada por broncospasmo con insuficiencia respiratoria que se relacionó con inhalación de sustancias químicas, las cuales no se identificaron, y una fiebre prolongada de etiología no filiada.

Hace 2 años falleció su padre y reapareció el padre de su hija. A partir de ese momento empezó a tener frecuentes ingresos en psiquiatría (dos o tres anuales), todos ellos con síntomas atípicos, variables de un momento a otro y no explicables por ningún síndrome conocido. Presenta cambios afectivos bruscos, pasa de la apatía, la anhedonia y la inhibición a la total eutimia. Estos cambios están relacionados con situaciones ambientales, como deseo de ir de permiso terapéutico. Se asocian síntomas catatoniformes con aislamiento absoluto, negativa a comer, a beber y a asearse. Puntualmente refiere ideas de prejuicio en relación con el personal sanitario, así como alucinaciones auditivas en forma de voces que la critican; estos síntomas no producen ninguna angustia y desaparecen espontáneamente. Otras veces la paciente habla con dificultad y muestra temblores del cuerpo y torpeza al andar. Estas conductas se exacerban cuando hay algún observador y desaparecen cuando la pa-

ciente quiere fumar. La paciente empeora siempre ante la perspectiva del alta.

La toma de medicación es irregular; exige ciertos tratamientos que luego se niega a tomar. Pide que se le explique detalladamente todo lo que se le prescribe. Durante los ingresos presenta numerosas quejas somáticas, demandando continuamente la atención de otros especialistas.

Este ingreso se prolonga 4 meses ya que el abordaje es complicado. En un principio se intenta trabajar con la paciente su problemática vivencial, pero sólo se observan mejorías parciales y poco duraderas. Posteriormente se confronta a la paciente (señalándole la voluntariedad de los mismos), obteniéndose la práctica desaparición de los mismos (conductas catatoniformes, síntomas psicóticos, etc.). Persisten, no obstante, demandas exageradas y frustración cuando no son satisfechas, además de intensos sentimientos de vacío, todo lo cual nos llevó a diagnosticar a la paciente trastorno límite de la personalidad y trastorno facticio con síntomas psicológicos, descartándose los diagnósticos previos.

DISCUSIÓN

En el caso clínico presentado anteriormente se observa que en los últimos ingresos destacan algunas de las características descritas, como indicadores de sospecha de trastorno facticio, como síntomas que empeoran ante la perspectiva del alta, clínica poco congruente con el síndrome, respuesta al tratamiento poco congruente y solicitud de más medicación asociada al mismo tiempo a negativa a tomarla y aparición de nuevos síntomas durante el ingreso similares a los de otros pacientes. Es también de destacar que la paciente tiene conocimientos psiquiátricos, ya que ha sido durante años auxiliar de clínica en una unidad de hospitalización psiquiátrica. En contra de lo observado en otros casos de trastorno facticio, la paciente permaneció aislada gran parte del ingreso sin establecer relaciones intensas con otros pacientes o con el personal. No se detectó tampoco pseudología fantástica.

Existe poca experiencia sobre el tratamiento de los trastornos facticios. En los casos de trastorno facticio con síntomas físicos la confrontación ha sido muy criticada, principalmente porque ésta se ha hecho de forma agresiva, provocando el rechazo del paciente a cualquier tipo de tratamiento psiquiátrico. La confrontación no punitiva, en que se reformula el trastorno como una petición de ayuda, favorece la adherencia del paciente a un tratamiento psiquiátrico²⁻⁴.

El trastorno facticio con síntomas psicológicos ha sido menos estudiado y no existen datos sobre la eficacia del tratamiento. No se han descrito casos en que se utilice la confrontación, posiblemente porque no existen pruebas objetivas de que los síntomas sean inventados por el paciente de forma consciente y voluntaria. Se recomienda tratar in-

tensivamente la psicopatología real subyacente como el trastorno de personalidad o el abuso de tóxicos⁵.

Es posible que la confrontación no punitiva permita tratar la psicopatología subyacente real y evite seguir tratando la queja o el síntoma falso del paciente.

En el caso descrito fracasaron tanto las medidas farmacológicas como las técnicas cognitivas y conductuales. Se observó una mejoría evidente tras la utilización de la confrontación, que se hizo de forma no punitiva y reinterpretando la conducta facticia como una petición de ayuda y una incapacidad de enfrentarse a los graves problemas vitales. Tras la desaparición de los síntomas facticios que impedían cualquier tipo de abordaje terapéutico fue posible el tratamiento de los síntomas reales de la paciente, que eran los propios de un trastorno límite de personalidad.

En el caso descrito concluimos, pues, sugiriendo que la confrontación es un tratamiento útil si se realiza de forma no agresiva y se ofrece al paciente una interpretación de su conducta (petición de ayuda, dificultad de enfrentarse a algún problema). Si se opta por la confrontación es aconseja-

ble dar la misma explicación etiológica a la familia y comprometerlos en el tratamiento. En todo caso el tratamiento debe centrarse en las motivaciones subyacentes para la conducta facticia y en los síntomas verdaderos, evitando el refuerzo de los síntomas facticios.

BIBLIOGRAFÍA

1. Eisendrath, Rand DS, Feldman MD. Management of factitious disorders. En: Feldman MD, Eisendrath SJ, editores. *The spectrum of factitious disorders*, 1.^a ed. Washington: American Psychiatric Press, 1999; p. 65-81.
2. Hollender MD, Hersh SR. Impossible consultation made possible. *Arch Gen Psychiatry* 1970;23:343-5. Nicholson S, Roberts G. Patients who need to tell stories. *Br J Hosp Med* 1994;51:546-9.
3. Hirsch M. The body as a transitional object. *Psychother Psychosom* 1994;62:78-81.
4. Plassman R. Inpatient and outpatient long-term psychotherapy of patients suffering from factitious disorders. *Psychother Psychosom* 1994;62:96-107.
5. Popli AP, Masand PS, Dewan MJ. Factitious disorders with psychological symptoms. *J Clin Psychiatry* 1992;53:315-8.