

# Trastornos facticios

## Resumen

El trastorno facticio consiste en fingir enfermedades físicas o mentales sin buscar en ello ventajas financieras o económicas. Los pacientes suelen consultar a diversas especialidades siendo remitidos secundariamente a Psiquiatría. El cuadro más reconocido dentro de este grupo es el Síndrome de *Münchhausen*, resaltando el Síndrome de *Münchhausen "by proxy"* dada la involucración de terceros. Su etiología es incierta y su clínica posible muy amplia. Su terapéutica es psicológica.

## Índice

Introducción .....	01
Definición .....	01
Epidemiología .....	01
Criterios diagnósticos y nosografía comparada .....	02
Factores etiológicos .....	02
Clínica .....	03
Diagnóstico diferencial .....	04
Tratamiento .....	04
Referencias bibliográficas .....	05

## Introducción

Los trastornos facticios no han tenido gran desarrollo dentro de la investigación en Psiquiatría. Para algunos expertos los pacientes que presentan estas dolencias están lidiando con una situación de mala fe, otros expertos, enmarcándolos dentro de la histeria, los observan con una mirada cargada de prejuicios. Posiblemente, un estudio más exhaustivo del problema permitiría brindar ayuda a las personas que padecen esta dolencia. En contra de esto podemos ver que, en la fecha de edición de este capítulo, se pueden encontrar en la *Biblioteca Nacional de Medicina de EE.UU.* en los últimos dos años sólo 10 referencias al tema si tomamos como criterio de búsqueda las principales revistas médicas (*clinical core journal*).

## Definición

El trastorno facticio (TF) es diagnosticado en personas que intencionalmente generan o inducen signos y síntomas de enfermedades físicas o psíquicas que no padecen verdaderamente. Por definición, esas actitudes (el fingir estas enfermedades) no están motivadas con intención de obtener ventajas financieras u otros beneficios obvios. A pesar de que esta definición pueda resultar extraña, los TF fueron descritos en más de 2000 publicaciones, reporte de casos y, en los casos más dramáticos, en los medios masivos de comunicación. Sin embargo, casi todas las publica-

ciones han consignado casos aislados, reportes ocasionales, etcétera, y son pocos los estudios sistemáticos, con un buen volumen de pacientes y conclusiones consistentes. Esto se refleja en que los trastornos facticios son conocidos por los psiquiatras, generalmente, en su más extremo subtipo, denominado síndrome de *Münchhausen* que, según algunos autores, configura sólo el 10% de los casos con este trastorno (1, 2).

Se trata de personas que se intoxican, se infectan o se lastiman a sí mismas muchas veces para ser admitidas en un centro de salud y, en muchas ocasiones, se exponen a procedimientos médicos y quirúrgicos peligrosos y complejos. En ocasiones, "fingen" depresión o algún trastorno psiquiátrico. Pueden existir casos en los que implican a un tercero al que presentan como "enfermo", muchas veces a un hijo (Síndrome de *Münchhausen "by proxy"*) con mayores implicancias médico legales y éticas en juego (3).

Para algunos autores, estas patologías formarían un *continuum* con los trastornos somatomorfos y proponen llamar a estas patologías "comportamiento enfermo facticio", una asunción de estar enfermo físicamente sin estarlo verdaderamente.

## Epidemiología

Existe poca cantidad de trabajos publicados en los que se consigne evidencia empírica acerca tanto de la etiología como de la epidemiología de este trastorno.

Esto se da sobre todo por lo complicado que resulta su estudio dado lo difícil que es develar con certeza el cuadro, dificultad que es mayor aún porque muchos pacientes que, al fingir enfermedades y requerir cuidados de revelarse su condición de "sanos", podrían ser cuestionados judicialmente (estafa a los sistemas de salud, etcétera).

No obstante estas dificultades, podemos determinar que las investigaciones sugieren que estos casos suelen ser crónicos y comenzar en la adultez temprana, en general, se dan con más frecuencia en pacientes que tuvieron alguna hospitalización o una enfermedad grave (de ellos o de alguien cercano), y parecería ser más frecuente (al menos en las mujeres) en personas que trabajan en alguna disciplina o actividad relacionada con la salud [4].

Los hombres "padecerían" el S. de *Münchhausen* con más frecuencia (dos tercios de los pacientes), pero las mujeres lo presentarían tres veces más que los hombres en los casos que no responden a la descripción "extrema" del S. de *Münchhausen* [2].

Diferentes estudios llevados a cabo por especialistas de diferentes especialidades hacen referencia a la presencia de estos trastornos en los distintos contextos médicos. Eckardt y Henn (1999) estiman una prevalencia del 0,5 al 25 de los pacientes atendidos en servicios de medicina general y Southerland y Rodin (1990) refieren que el 0,8% de los pacientes derivados por distintos médicos para su atención psiquiátrica lo padecerían. Aparentemente, habría mayor número de casos en algunas especialidades médicas que en otras. Interesante resulta el estudio de Gault (1998) que menciona que un 2,7 % de los pacientes que refieren cálculos renales podrían ser pacientes con este trastorno, dato evidenciado muchas veces por el análisis de las piedras que son traídas por los pacientes como provenientes de su vía urinaria que resultan ser piedras de origen geológico y no fisiológico [2].

### Criterios diagnósticos y nosografía comparada

Los criterios diagnósticos del *Manual diagnóstico y estadístico* en su cuarta versión revisada de la *Asociación psiquiátrica Americana* [5] de este trastorno están en la Tabla 1. Estos criterios diagnósticos sufrieron muchos cuestionamientos por el nivel de superposiciones con otros trastornos (especialmente con los somatomorfos) o intra trastorno que existe.

Los criterios diagnósticos consignados por la CIE 10 (Tabla 2) son muy similares a los del DSM IV TR [6], aunque su nombre es diferente,

Tabla 1 // Trastorno facticio, DSM IV-TR, F68.1\*

A. Fingimiento o producción intencionada de signos o síntomas físicos o psicológicos.
B. El sujeto busca asumir el papel de enfermo.
C. Ausencia de incentivos externos para el comportamiento (por ejemplo, una ganancia económica, evitar la responsabilidad legal o mejorar el bienestar físico, como ocurre en el caso de la simulación).
Tipos: 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.

Tabla 2 // Producción intencionada o fingimiento de síntomas o incapacidades somáticas o psicológicas (trastorno ficticio), CIE 10, F 68.1

Trastorno en que el enfermo finge síntomas de forma repetida y consistente, en ausencia de un trastorno, enfermedad o incapacidad somática o mental confirmados. En el plano somático el enfermo puede producirse a sí mismo cortes o erosiones para sangrar o inyectarse a sí mismo sustancias tóxicas. La simulación del dolor y la insistencia sobre el hecho de la presencia de sangre puede ser tan convincente y persistente que conduzca a investigaciones e intervenciones repetidas en varios hospitales o consultas diferentes, a pesar de la obtención de hallazgos negativos repetidos.
La motivación de este comportamiento es casi siempre oscura y es presumiblemente íntima y la mejor interpretación de este cuadro es la de un trastorno caracterizado por conducta de enfermedad y buscadora del papel de enfermo. Los enfermos con este comportamiento presentan a menudo signos de otras anomalías marcadas de la personalidad y de las relaciones con los demás. Incluye: Síndrome de <i>Münchhausen</i> sin especificar. "Paciente peregrinante". Excluye: Simulación (Z76.5). Dermatitis artefacta (L98.1). <i>Münchhausen</i> por poderes (malos tratos en la infancia, T74.8). Síndrome de malos tratos en la infancia (T74.)

### Factores etiológicos

Resulta difícil encontrar evidencia empírica para determinar la etiología de este trastorno. Se supone que los antecedentes médicos propios y familiares desempeñan un papel importante, ya que suelen estar asociados a la presencia del cuadro.

Así, y más allá de los francos antecedentes mencionados que pueden existir, el rol de enfermo resulta deseable por estar reforzado de alguna manera a través de un tipo de "aprendizaje".

Desde el punto de vista psicodinámico, se hace hincapié en considerar cuestiones que se ponen en juego como: tendencias hostiles y agresivas (el engaño, la manipulación del entorno, el querer tener razón más allá de las explicaciones que dan quienes, supuestamente, conocen las cuestiones médicas), la necesidad de encontrar cuidado, refugio, contención,

la reedición de relaciones frustrantes que se juegan con representantes (los médicos) de figuras significativas (padres). Es decir: hostigar y pedir ayuda a la vez, manipular al entorno y afirmar una cierta superioridad sobre el otro (problemática narcisista), exponerse a nuevas y repetidas frustraciones confirmando la sensación de abandono, soledad e incompreensión. Más allá de esas lecturas, es evidente que la historia personal de cada uno de los pacientes que padecen el cuadro, su relación con las enfermedades y con el cuerpo serán singulares y determinantes.

## Clínica

El síndrome de *Münchhausen* es la forma más grave y crónica de este trastorno y está caracterizado por una tríada sintomática: 1) la mencionada severidad y cronicidad del cuadro (una persona singularmente decidida a representar el rol de enfermo con enfermedades de características casi esotéricas); 2) la peregrinación, se trata de pacientes que van de médico en médico, de hospital en hospital, con sus explicaciones y recurrencias que empiezan a "cansar" al personal médico de un determinado lugar, pudiendo llevar la situación a que el paciente sea subatendido; 3) la pseudología fantástica: los pacientes suelen inventar historias acerca de su educación, traer títulos y credenciales militares, comentar acerca de sus conexiones políticas, etcétera.

*(El nombre del cuadro fue dado por la relación que se hizo entre el cuadro y la descripción que Rudlof Raspe hizo en su libro El Barón de Münchhausen, famoso por contar aventuras fantásticas de su vida. Karl Friedrich Hieronymus, barón de Münchhausen, nació el 11 de mayo de 1720, en Bodenwerder, Alemania. De familia aristocrática, hizo carrera militar como oficial de caballería en el ejército ruso. Combatió contra los turcos en 1716 y fue famoso por su hospitalidad y por sus historias de aventuras de caza y de guerra impregnadas de gran fantasía.)*

En contraste con esta forma más espectacular existen los más habituales trastornos facticios caracterizados por personas que refieren síntomas menos "sofisticados", que no suelen "necesitar" métodos cruentos de diagnóstico y tratamiento, que tienden, en general, a asumir un rol de enfermo en la vida con probables exacerbamientos frente a eventos negativos, muchas veces con trastornos de personalidad y dificultades interpersonales.

En el caso de los niños es un trastorno menos común y podría darse en chicos a partir de los 10-15 años con síntomas como de dermatitis ficticias o patologías urinarias.

El cuadro que resulta de importancia, y como fue mencionado con implicancias éticas y médico legales

de importancia, pues puede encuadrarse en el maltrato infantil (3), es el "Síndrome de Münchhausen by-proxy", cuadro poco frecuente en el que el niño es víctima de la simulación de la enfermedad por parte de los padres jugando el niño un rol pasivo e "intermediando" en la problemática de los padres. Suelen ser madres que padecen ellas este tipo de trastornos, suelen tener buen nivel intelectual y conocimiento de temas médicos. Podemos sospechar el cuadro cuando la madre o padre tienen antecedentes de TF, cuando los análisis y estudios no dan datos positivos de patología, cuando es la madre o padre quien sostiene la queja sin participación evidente de parte del niño e inclusive se muestran poco afectados por las propuestas invasivas, de internación, etcétera, que puedan surgir del equipo médico.

## Métodos de simulación

La variedad de enfermedades que el paciente puede referir, o de síntomas que induzcan el diagnóstico de alguna enfermedad, está sólo limitada por la capacidad de imaginación de los pacientes. Algunas son de mayor frecuencia, como las infecciones, las heridas que fueron "manipuladas", la anemia, el rash, las convulsiones, el vértigo, los vómitos y la diarrea. Aunque se pueda pensar que difícilmente estos individuos puedan fingir enfermedades corroborables por pruebas objetivas (estudios de laboratorio, por ejemplo), la experiencia y reportes nos dicen lo contrario; muchos pacientes refieren enfermedades que pueden fácilmente confirmarse con simples estudios auxiliares. Por ejemplo, hay muchos casos reportados de individuos que afirman no solamente ser HIV positivos, sino además poseer SIDA y desalientan, en ocasiones a los médicos con que se les hagan análisis dando ellos este diagnóstico como confirmado y cierto (2). En el caso de los síntomas psiquiátricos fingidos son habituales los deterioros cognitivos, los trastornos disociativos y los síndromes de estrés postraumático. Los pacientes pueden ingerir sustancias psicoactivas para producir síntomas que sugieran un trastorno mental (5).

Los métodos usados para fingir las distintas patologías pueden ser: 1) refiriendo síntomas que sugieren una enfermedad sin que esta exista; 2) produciendo falsas evidencias de síntomas (por ejemplo: fricción del termómetro para sugerir presencia de fiebre, manipular muestras de laboratorio, etcétera); 3) producir síntomas de enfermedades intencionalmente (tomar un anticoagulante, manipular heridas, hacer un torniquete para inducir un edema) (7).

## Consideraciones para el diagnóstico

Debido a lo mencionado, resulta difícil asegurar el diagnóstico de este trastorno; las polimorfas formas de presentación, el riesgo de descreer del relato del paciente y omitir una acción médica concreta, la difi-

cultad de encontrar alguna evidencia, etcétera, hacen a esta dificultad.

No obstante, podemos orientar el diagnóstico teniendo en cuenta algunos indicadores:

- Los síntomas y signos no son controlables, hay una continua escalada, las mejorías son seguidas por recaídas o nuevas quejas que se elaboran para conseguir atención y cuidados.
- La magnitud de los síntomas excede la patología objetiva y/o hay una probada exageración por parte del paciente.
- Algunos hallazgos pueden determinarse como autoinducidos o al menos con señales de empeoramiento conseguido a través de algún tipo de automanipulación.
- El paciente se muestra inusualmente bien dispuesto para los procedimientos médicos y quirúrgicos.
- El paciente disputa los resultados de los tests que no le fueron "favorables" para confirmar su simulación.
- El paciente se muestra como un informante inconsistente, selectivo y engañoso. Además se muestra poco abierto a que el equipo médico acceda a información de otras fuentes.
- Algún profesional consideró explícitamente al menos una vez el diagnóstico de TF.
- El paciente no acepta de buen grado el diagnóstico y el tratamiento propuesto y/o es disruptiva su actitud.
- El paciente se coloca a sí mismo como una víctima del sistema médico o de los sistemas en general.
- Historia de múltiples intervenciones médicas por problemas secundarios que hacen pensar al observador en que se trata de alguien con una particular mala suerte, con algún tipo de propensión a los accidentes o un componente psicológico presente.
- El paciente prefiere técnicas invasivas por sobre aquellas que no lo son.

*Adaptado de K.A. Phillips "Somatoform and factitious disorders" (capítulo escrito por Marc D. Feldman, M.D., James C. Hamilton, Ph.D., Holly N. Deemer, M.A.) (2).*

### Comorbilidad

La comorbilidad es alta con los otros trastornos somatomorfos, especialmente la hipocondría. Como expresamos, según algunos autores, existiría un *continuum* entre todos los cuadros somatomorfos (en un extremo encontraríamos a los trastornos facticios y en el otro a las somatizaciones o, incluso, aunque de modo más difícil de corroborar por la multideterminación -física y psíquica-, a las patologías psicósomáticas con daño o alteración demostrables). Los TF comparten también sus comorbilidades y algunas características demográficas con los trastornos de conversión y las somatizaciones, como la coexistencia de trastornos de ansiedad, depresión, abuso de

sustancias, comienzo en adultez temprana o adolescencia, mayor frecuencia en mujeres, curso crónico y períodos de remisión.

Es altamente frecuente la comorbilidad con trastorno de personalidad (especialmente límite).

### Diagnóstico diferencial

En primer lugar habrá que descartar que no exista una enfermedad médica que pueda explicar los distintos síntomas. En caso de descartar patología orgánica, se intentará precisar si los síntomas son producidos intencionalmente o no (de este modo, diferenciamos los TF de otros trastornos somatomorfos). La presencia de otro trastorno mental que sea copiado (por ejemplo, esquizofrenia) debe siempre ser tenida en cuenta, aquí los antecedentes y/o el cuadro o evolución atípica puede ser la clave. La presencia de creencia irreductible en estar enfermo más allá de la confrontación nos puede hacer pensar en un trastorno delirante hipocondríaco. Luego, si estimamos que el cuadro es fingido o intencional, descartamos que se trate de simulación orientada a la obtención de algún objetivo concreto (judicial, financiero, vincular, obtención de opioides o alguna medicación, etcétera). En la simulación encontramos que el paciente miente a sabiendas, tiene una actitud cínica, el mentiroso puro no se engaña con sus mentiras y tiene la intención positiva y consciente de engañar a los demás (8).

### Tratamiento

En muchas ocasiones se dice que estos trastornos requieren mucho más pautas generales de manejo que un tratamiento específico. En todo caso, esas pautas de manejo general serán las que permitirán la derivación o el comienzo de un tratamiento psiquiátrico/psicoterapéutico en el que se podrán, eventualmente, discernir las motivaciones históricas y actuales que el paciente tuvo para "inventar" el cuadro médico, las causas conscientes y las inconscientes, el equilibrio que se supondría podría obtenerse a partir de la enfermedad médica, etcétera.

Respecto del manejo general, lo primero que debemos mencionar es la importancia de advertir a los médicos generales de la existencia de estos cuadros, del nivel de padecimiento que pueden implicar (es decir, que se trata de personas enfermas y padecientes más allá de que la enfermedad no sea la que el paciente finge tener) y de las distintas maneras de abordarlo (evitando tanto la iatrogenia médica habitual en estos casos como la psicológica) considerando que el destino y pronóstico del cuadro va a depender mucho de la modalidad de la participación del médico (9).

El tema de mayor debate respecto del manejo de estos cuadros gira en torno a si la confrontación es o