Psiquiatria.com. 2018 VOL 22

psiquiatria.com

Caso clínico

Trastorno facticio. A propósito de un caso

Mª Carmen Gradín Purroy.

Unidad de Media Estancia. Servicio Navarro de Salud

Introducción

La característica esencial del trastorno facticio es la simulación de signos y síntomas médicos o psicológicos, en uno mismo o en otros, asociada a un engaño identificado. Los individuos con trastorno facticio también pueden buscar tratamiento para sí mismos o para otros después de provocar la lesión o la enfermedad.

El diagnóstico requiere la demostración de que el individuo está cometiendo acciones subrepticias para tergiversar, simular o causar signos o síntomas de enfermedad o lesión en ausencia de recompensas externas obvias. Los métodos para falsificar la enfermedad pueden ser la exageración, la fabricación, la simulación y la inducción. Aunque puede existir una afección médica preexistente, aparece un comportamiento engañoso o la inducción de lesiones asociadas con la simulación, con la finalidad de que los demás les consideren (a ellos mismos o a otros) más enfermos o con mayor discapacidad, y esto puede dar lugar a una intervención clínica excesiva.

La prevalencia se sitúa en un 0,032-9,36% en diferentes recursos asistenciales (Kocalevent y cols., 2005). En la última edición del DSM, que data de 2014, se menciona que la prevalencia en población general de este trastorno, es desconocida. Y que, entre los pacientes hospitalizados, alrededor del 1% de los individuos pueden tener presentaciones que cumplen con los criterios de trastorno facticio.

Un aspecto a tener en cuenta es que el trastorno facticio en el que predominan los signos y síntomas psicológicos es probablemente más alta de lo que se piensa, pero se pasa por alto por la ausencia de pruebas físicas objetivas, y porque suele ir acompañado de otras patologías como trastornos de la personalidad, psicosis, trastornos disociativos y cuadros depresivos.

Los trastornos facticios han sido clasificados de diferente manera en los manuales diagnósticos de enfermedades mentales. En la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10), el trastorno facticio aparece perteneciente a la categoría de otros trastornos de personalidad y del comportamiento del adulto.
En el DSM-IV 4, conforman una categoría independiente, denominada trastornos facticios.
En el DSM-5, sin embargo, forma parte de la categoría general de trastornos de síntomas somáticos y trastornos relacionados, junto a trastornos como: trastorno de síntomas somáticos; trastorno de ansiedad por enfermedad; trastorno de conversión; factores psicológicos que afectan a otras condiciones médicas; otros trastornos de síntomas somáticos y trastornos relacionados especificados y, por último, trastornos de síntomas somáticos y trastornos relacionados no especificados.

Caso clínico

Presentamos el caso de una mujer de 67 años de edad, en tratamiento en Salud Mental desde el año 1994. Presenta un cuadro clínico con presencia de sintomatología depresiva y ansiosa severa de evolución crónica, que se ha ido agravando con el paso del tiempo.

Ha desempeñado su actividad laboral como auxiliar de clínica, encontrándose incapacitada tras un accidente laboral. Es madre de dos hijas, con quienes apenas mantiene relación. Está separada, vive sola.

Ha sido diagnosticada de T. Depresivo Recurrente (F33) y Trastorno de ansiedad (F41) cuadro que se complica, en lo que a su evolución se refiere, por la aparición progresiva de múltiples quejas somáticas, habiendo sido valorada por múltiples médicos especialistas. Ha obtenido una mala respuesta a los tratamientos farmacológicos, pese a la utilización de dosis altas de antidepresivos, además de dos intentos autolíticos.

La paciente es ingresada en Hospital de Día Psicogeriátrico, con el objetivo de intentar alcanzar una estabilización de su estado psicopatológico. Durante los primeros días de ingreso, la paciente manifestaba sintomatología depresiva intensa e insomnio global, no congruente con el funcionamiento observado en las diferentes actividades del Hospital de Día. Centraba su discurso en sus múltiples patologías e intervenciones diagnósticas y quirúrgicas, así como en los diversos hospitales, clínicas y consultas a los que ha acudido en los últimos años.

La paciente no se planteaba ningún objetivo terapéutico, y centraba su discurso en torno a su dificultad para tragar, cuyo inicio, se remontaría a hace 10 años aproximadamente, cuando sufrió un ictus. En HCI, no consta que la paciente haya sufrido un evento de este tipo, sí que fue atendida por el Servicio de Neurología en el año 2011, por presentar varios episodios de desviación de la comisura bucal con dificultad para la articulación verbal, así como sensaciones de hormigueo y quemazón en extremidades inferiores, frecuentes caídas por inestabilidad, cefaleas episódicas y fiebre ocasional. Se estableció el diagnóstico de síntomas politópicos sin una sistematización neurológica clara. Posteriormente, ha sido valorada en incontables ocasiones por cefalea, inestabilidad de la marcha, parestesias, insomnio refractario....

En los últimos meses, la paciente se alimentaba exclusivamente de suplementos alimenticios y yogures, negándose a realizar dieta normal, y con la pretensión, según refería, de que le fuese colocada una sonda nasogástrica. Refería imposibilidad para la deglución de alimentos sólidos.

Asimismo, manifestaba incontinencia urinaria, por la que había acudido a una valoración inicial por parte del Servicio de Urología, con prescripción de tratamiento farmacológico, que resultaba ineficaz según refería, y también con la búsqueda de colocación de una malla vaginal.

Ante la sospecha de un Trastorno Facticio, se realiza una revisión exhaustiva de su historial médico, detectándose más de 100 intervenciones en los últimos 10 años (consultas, procedimientos diagnósticos y quirúrgicos) por parte de múltiples Servicios Médicos (Neurología, Digestivo, Rehabilitación, Otorrinolaringología, Endocrinología, Traumatología, Cardiología, Dermatología, Urología, Cirugía Colorrectal, Cirugía Esofagogástrica, Cirugía Maxilofacial).

La paciente verbalizaba haber sido objeto de numerosas intervenciones quirúrgicas en diversas clínicas privadas, pese a disponer de escasos recursos económicos. La última de las intervenciones fue la colocación de implantes dentales en la totalidad de las piezas dentales. Refería que éstos habían sido realizados en Bajadoz, "con el mejor médico de toda España, al que acuden árabes y futbolistas".... al cual conoció a través de un programa de TV . Refería que hubo de hacérselo, porque "cuando tuve a mis hijas, me quedé sin dientes, y ya hace 19 años, me los puse por primera vez en Zaragoza". "Pero después del ictus, se me desviaron todos los dientes y me quedé sin paladar".... " he salido en varias revistas porque mi caso era el más complicado de España"...

Se recogen en su historial más de 20 intervenciones quirúrgicas en los últimos 13 años: Amigdalectomía, Ligadura de trompas, Mastectomía bilateral por mastopatía fibroquística, Capsulitis retráctil bilateral posterior con retirada de implantes de silicona, Reconstrucción mamaria bilateral con colgajos de musculatura de pared abdominal, Artroscopia de hombro derecho en dos ocasiones, Artroscopia de hombro izquierdo, Osteosíntesis con placa tras fractura de clavícula izquierda, Funduplicatura de Nissen que fue revertida años después a petición de la paciente, Colecistectomía, Implante con injerto óseo en hueso maxilar, Colonoscopias en los años 2006 y 2010, Artroscopias mandibulares, Artrodesis de columna lumbar, Gastroscopias…

A destacar, que los múltiples estudios a los que la paciente ha sido sometida por parte de los diversos especialistas médicos, no han detectado patología orgánica subyacente congruente con la clínica referida por la paciente. Este hecho es generalizado ante la multitud de síntomas que la paciente ha ido relatando a lo largo de los años.

En resumen, la paciente presenta un discurso y estilo de vida centrado en sus patologías, con búsqueda incesante de consultas, intervenciones quirúrgicas... sin que exista una clara ganancia, salvo la de adoptar el papel de enferma. Se añaden posibles contenidos fabulatorios, y las dolencias manifestadas por la paciente, tanto a nivel físico como psíquico, resultan escasamente congruentes. Respecto a su estado psicopatológico, la paciente aquejaba insomnio global refractario a diversos tratamientos. Se instauró flurazepam 30 mg, con negativa inicial a la toma del mismo y posterior verbalización de ineficacia tras su toma, con persistencia de las dificultades en el patrón de sueño.

Durante su ingreso en HDPG, tan sólo se ha alcanzado una mejoría parcial. Aquejaba gran empeoramiento anímico y cognitivo desde hace 4 años, en ausencia de signos que sugieran un episodio afectivo estructurado. Al alta, manifestaba una leve mejoría anímica, persistiendo verbalizaciones tanto físicas (disfagia, incontinencia urinaria, síntomas intestinales…) como psicológicas/psiquiátricas (insomnio, déficits cognitivos), con el propósito de perpetuar el rol de enferma.

Discusión

El caso que nos ocupa, presenta características de T. Facticio con síntomas físicos y psíquicos. Se trata de un caso grave y muy cronificado, que no ha sido abordado desde este perspectiva diagnóstica. De ahí la importancia de realizar un adecuado diagnóstico en estos pacientes.

En la literatura médica se han descrito una serie de características comunes a los trastornos facticios y que facilitan su diagnóstico como son la incongruencia de signos y síntomas con el síndrome, la evolución errática con mejorías y empeoramientos, la respuesta poco congruente al tratamiento y la aparición de nuevos síntomas somáticos o psiquiátricos [(1).]

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.

También se han empleado los fármacos antipsicóticos, con el objetivo de frenar la impulsividad, los trastornos de conducta asociados, y sobre todo, tratar síntomas psicóticos breves que pueden coexistir con el trastorno facticio [(2).]

En el trastorno facticio con síntomas físicos se cuestiona la utilidad de la confrontación frente a la no confrontación, discusión igualmente aplicable al trastorno facticio con síntomas psicológicos [(3).]

Numerosos autores consideran que la confrontación produce una huida del paciente y favorecer la aparición de síntomas psicóticos y de conductas suicidas.

Conclusiones

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 muy agresiva, provocando el rechazo del paciente a cualquier tipo de tratamiento psiquiátrico.

La confrontación no punitiva, en la que se reformula el trastorno como una petición de ayuda, favorece la adherencia del paciente a un tratamiento psiquiátrico.

Bibliografía

1. Catalina ML, De Ugarte L, Moreno c. Trastorno facticio con síntomas psicológicos. Diagnóstico y tratamiento. ¿Es útil la confrontación?. Actas Esp Psiquiatr 2009; 37 (1):57-59.

2. Eisendrath, Rand DS, Feldman MD. Management of factitious disorders. En: Feldman MD, Eisendrath SL, editors. The spectrum of factitious disorders, 1ª.ed. Washington: American Psychiatric Press, 1999; p. 65-81.

3. Popli AP, Masand PS, Dewan MJ. Factitious disorders with psychological symptoms. J Clin Psychiatry 1992; 53: 315-8.