

**MANEJO DEL TRASTORNO FACTICIO: A PROPÓSITO DE UN CASO**

María Basteguieta Gardeazábal

Fernando José Morrás Abaurre

Cristina Gómez Leoné

María Ángeles Durán Los Arcos

Lourdes Ordóñez Iriarte

Laura Moreno Campos

Mariabastegieta92@gmail.com

Trastorno Facticio, Servicios Salud Mental

RESUMEN

El trastorno facticio se caracteriza por la aparición de síntomas somáticos, psicológicos o mixtos, que son inventados, autoinfligidos o exagerados deliberadamente por el paciente con el único objetivo de asumir el rol de enfermo y recibir atención, en ausencia de un incentivo externo. A través de la presentación del caso de una paciente con Trastorno Facticio Grave y estilo de vida defectual intentaremos reflejar las dificultades de manejo en este tipo de pacientes de puerta giratoria, hiperfrecuentadores de servicios de Salud Mental y consumidores de recursos, los costes asociados, el riesgo de iatrogenia, los dilemas éticos que plantean y la necesidad de llevar a cabo un abordaje multidisciplinar y coordinado entre diferentes estamentos y servicios.

INTRODUCCIÓN

El trastorno facticio se caracteriza por síntomas médicos, físicos o psiquiátricos, falsos. Los pacientes tienden a tergiversar, simular o causarse síntomas de una enfermedad en ausencia de recompensas externas obvias como ganancias financieras, vivienda o medicamentos. Actualmente, la prevalencia estimada en la población general es del 0,1%, y en entornos clínicos la incidencia estimada es del 1%.

La primera presentación del trastorno facticio suele ser en la tercera o cuarta década de la vida, a menudo tras una hospitalización. Como factores de riesgo se identifican el sexo femenino, soltería y empleo en relación con la Salud.

MANEJO DEL TRASTORNO FACTICIO: A PROPÓSITO DE UN CASO

Su etiología y patogenia son desconocidas, aunque se asocian con factores psicosociales y deterioro neurocognitivo.

Los síntomas y enfermedades más comúnmente falsificados incluyen el dolor abdominal, convulsiones, heridas en la piel que no llegan a cicatrizar, vómitos y debilidad. Los pacientes pueden fingir todos estos síntomas de novo, induciendo así enfermedades; agravando enfermedades ya existentes al no seguir tratamientos o recomendaciones médicas; manipulando instrumentos médicos, pruebas o muestras de laboratorio; y falsificando registros médicos. El curso habitual de la enfermedad suele caracterizarse por episodios intermitentes con recuperación lenta, con un pronóstico pobre del trastorno.

Para el diagnóstico diferencial del trastorno facticio ha de tenerse en cuenta la simulación, trastornos médicos generales y mentales como el Trastorno límite de personalidad, Trastorno de conversión, Trastorno delirante y Trastorno somático de síntomas.

Criterios diagnósticos para el Trastorno facticio (300.19), según el Manual diagnóstico y estadístico de trastorno mentales (DSM-5):

- A. Falsificación de signos o síntomas físicos o psicológicos, o inducción de lesión o enfermedad, asociada a un engaño identificado.
- B. El individuo se presenta a sí mismo frente a los demás como enfermo, incapacitado o lesionado.
- C. El comportamiento engañoso es evidente incluso en ausencia de una recompensa externa obvia.
- D. El comportamiento no se explica mejor por otro trastorno mental, como el trastorno delirante u otro trastorno psicótico.

Una vez diagnosticado, para el tratamiento del trastorno facticio se sugiere psicoterapia de primera línea. Se recomienda no utilizar la farmacoterapia para evitar iatrogenia, pero debido a que no suele ser diagnosticado en fases iniciales, los pacientes suelen seguir algún tipo de tratamiento psicofarmacológico.

MANEJO DEL TRASTORNO FACTICIO: A PROPÓSITO DE UN CASO

PRESENTACIÓN DEL CASO

Mujer soltera, de 48 años, diagnosticada de un Trastorno facticio con síntomas psicológicos y físicos. Mantiene un estilo de vida defectual. Vive en un apartamento tutelado para mayores. Tiene reconocida una Discapacidad del 68% e Incapacidad Laboral Permanente Absoluta. En situación legal de pleno derecho.

En tratamiento ininterrumpido por Salud Mental desde 1988. Fue diagnosticada de Trastorno mixto de Personalidad (CIE-10: F61) con predominio de rasgos de dependencia emocional e inestabilidad emocional tipo límite y Trastorno de la Conducta alimentaria (F50.9).

La evolución en estos años ha seguido un curso desfavorable y deteriorante, derivando en un desajuste de todas las áreas vitales. A lo largo de los años la paciente ha ido añadiendo nuevos síntomas físicos y psicopatológicos, se han multiplicado las atenciones en servicios médicos y psicosociales y la paciente ha establecido vínculos patológicos con referentes sanitarios y sociales.

Desde el año 1988, solamente en Salud Mental la paciente ha precisado 16 ingresos en Unidad de Hospitalización psiquiátrica y 12 ingresos en Hospitales de Día Psiquiátricos, por cuadros abigarrados con incremento en escalada de las atenciones en servicios de urgencias, repetición de conductas autolesivas graves o amenazas de paso al acto.

La EXPLORACIÓN PSICOPATOLÓGICA que se recoge de su entrevista clínica refleja alteraciones en casi todas las esferas, con un manejo facticio de la sintomatología:

Fluctuaciones del humor entre un estado de ánimo bajo y episodios más aislados de irritabilidad con disforia. Sentimientos de vacío y soledad; ideas de minusvalía y culpa poco estructuradas. Ansiedad y angustia fluctuantes. Pensamientos obsesivos. Rechazo a su imagen corporal con dismorfofobia y conductas de evitación; trastorno alimentario mixto, con restricción, atracones y purgas. Insomnio crónico. Autolesiones con fines ansiolíticos (cortes, traumatismos, sobreingestas farmacológicas, ingesta de objetos o provocación de fracturas). Ideas de muerte y autolíticas cronificadas-fluctuantes. Alteraciones sensorio-perceptivas visuales (imagen de personas muertas) y auditivas (gritos, voces) normalmente criticadas y que remiten en momentos de mayor estabilidad. Episodios descritos como de fuga disociativa. Importante dependencia emocional y vínculos patológicos con el equipo terapéutico. Claras dificultades para establecer vínculos relacionales fuera del entorno sanitario o psicosocial. Contacto defectual y estilo de vida empobrecido. Dependencia de medicación ansiolítica con conductas de abuso y episodios de impregnación. Tendencia a episodios descritos como de fuga disociativa. Importante dependencia emocional y vínculos patológicos con el equipo

MANEJO DEL TRASTORNO FACTICIO: A PROPÓSITO DE UN CASO

terapéutico. Claras dificultades para establecer vínculos relacionales fuera del entorno sanitario o psicosocial. Contacto defectual y estilo de vida empobrecido. Dependencia de medicación ansiolítica con conductas de abuso y episodios de impregnación.

A lo largo de los años ha recibido una intervención multidisciplinaria por parte de Psicología, Psiquiatría, Enfermería y Trabajo Social, tanto en el ámbito público como privado.

INTERVENCIONES PSICOTERAPÉUTICAS

- Terapia cognitivo-conductual:

Técnicas operantes para la modificación de conductas	Reestructuración cognitiva
Técnicas de respiración, relajación	Inoculación de estrés
Exposición	Terapia c-c con base en Mindfulness

Técnicas narrativas.

Entrevistas de apoyo emocional y validación.

TRATAMIENTOS FARMACOLÓGICOS

Combinaciones de fármacos antidepresivos, ansiolíticos/hipnóticos, antimpulsivos y antipsicóticos, en dosis terapéuticas.

ADs:	Fluoxetina, Sertralina, Venlafaxina, Mirtazapina, Clomipramina, Mianserina, Trazodona,
APs:	Risperidona, Quetiapina, Olanzapina, Aripiprazol oral y depot, Clotiapina, Levomepromazina,
BZD:	Lorazepam, Clorazepato, Lormetazepam, Clonazepam, Alprazolam, Flurazepam, Zolpidem
Otros:	Lamotrigina, Gabapentina, Pregabalina, Topiramato

MANEJO DEL TRASTORNO FACTICIO: A PROPÓSITO DE UN CASO

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

Ha precisado intervenciones sobre los 11 patrones funcionales: percepción-manejo de salud, nutricional-metabólico, eliminación, actividad y ejercicio, sueño-descanso, cognitivo-perceptual, autopercepción-autoconcepto, rol y relaciones, sexualidad, afrontamiento y tolerancia al estrés, valores y creencias.

Diagnóstico principal presente en todos los ingresos y más trabajado: El riesgo de violencia autodirigida. Intervenciones: manejo de la conducta autolesiva, mejora del afrontamiento, entrenamiento para mejorar impulsos y establecimiento de límites.

DÍAS DE INGRESO Y NÚMERO DE ATENCIONES ENTRE 2014-2018:

	2014	2015	2016	2017	2018	TOTAL
<i>Hospitalización</i>	26	21	0	0	61	108
<i>H. de Día</i>	56	74	42	55	60	287
<i>Urgencias hospitalarias</i>	60	56	22	17	41	196
<i>Consultas S. Mental</i>	119	85	152	110	35	501
TOTAL	261	236	216	182	197	1.092

La tendencia en cuanto a atenciones en la red de salud mental es descendente coincidiendo con el inicio simultáneo de consultas en Psiquiatra privado a partir de 2015. Las atenciones en el ámbito privado llegan a ser de una o hasta de dos veces por semana en las temporadas en las que no está ingresada. Además, mantiene entrevista semanal con trabajadora social en Atención Primaria.

MANEJO DEL TRASTORNO FACTICIO: A PROPÓSITO DE UN CASO

COSTES 2014-2017

Costes en euros por estancia en régimen de ingreso en Unidad de hospitalización psiquiátrica y hospital de Día, y atenciones en Centro de salud Mental y Servicios de Urgencias.

No se incluyen: costes farmacéuticos, pruebas diagnósticas, laboratorio, atenciones fuera de la red de Salud Mental o en el ámbito privado, cuidados invisibles, costes indirectos e intangibles.

	2014	2015	2016	2017	TOTAL
<i>Hospitalización</i>	8.957	7.172	0	0	16.129
<i>H. de Día</i>	5.098	6.730	4.041	3.570	19.439
<i>Urgencias hospitalarias</i>	10.245	11.126	4.212	3.472	29.056
<i>Consultas S. Mental</i>	6.169	4.027	7.290	3.641	21.127
TOTAL	30.469	29.055	15.543	10.683	85.750

Se registra tendencia descendente en los costes desde 2015 (pero no se incluyen las atenciones en el ámbito privado) e incremento en 2018.

CONCLUSIONES

El caso presentado pone de evidencia las dificultades de abordaje y manejo de los pacientes con un Trastorno facticio. Por una parte, ningún tratamiento psiquiátrico se ha demostrado efectivo en estos pacientes; los tratamientos medicamentosos suelen ser de escasa utilidad y además existe riesgo de abuso; tampoco existe consenso acerca de la mejor estrategia psicoterapéutica. Por otra parte, suelen generar una mala contratrasferencia y frustración en los terapeutas, además de dilemas éticos ya que cuando son atendidos puede resultar muy difícil establecer los límites entre lo puramente terapéutico y lo iatrogénico.

En estos casos es muy importante establecer un diagnóstico precoz y una alianza operativa con el paciente, teniendo presente que aunque la enfermedad sea facticia, el paciente está enfermo. Por eso mismo, se considera fundamental tener en cuenta una serie de signos para sospechar este trastorno: elevadas tasas de utilización de la asistencia e instalaciones sanitarias; evitación o negativa a conceder acceso a información de fuentes externas, como registros médicos anteriores, familiares o amigos; síntomas inusuales, raros o que no se corresponden con un diagnóstico conocido; síntomas intensos que exceden los hallazgos del

MANEJO DEL TRASTORNO FACTICIO: A PROPÓSITO DE UN CASO

examen físico; las pruebas y procedimientos son aceptados con entusiasmo; inconsistencias en la historia clínica, exámenes y pruebas de laboratorio; exacerbación de los síntomas poco antes del alta programada del hospital.

Para una intervención efectiva es necesario un abordaje multidisciplinar y coordinado entre diferentes estamentos y servicios, incluidos los médicos de Atención Primaria, unificando objetivos, actuaciones y límites terapéuticos. En algunos casos podría ser beneficiosa la figura de un gestor de casos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Kaplan-Sadock. Sadock BJ, Sadock VA. Sinopsis de Psiquiatría. Novena edición. 2004. Capítulo 19; págs.. 668-675: "Trastornos facticios".
2. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5), American Psychiatric Association, Arlington, VA 2013.
3. Hamilton JC, Eger M, Razzak S, et al. Somatoform, factitious, and related diagnoses in the national hospital discharge survey: addressing the proposed DSM-5 revision. *Psychosomatics* 2013; 54:142.
4. Lawlor A, Kirakowski J. When the lie is the truth: grounded theory analysis of an online support group for factitious disorder. *Psychiatry Res* 2014; 218:209.
5. Kenedi C, Sames C, Paice R. A systematic review of factitious decompression sickness. *Undersea Hyperb Med* 2013; 40:267.