



XVIII Congreso Virtual Internacional de Psiquiatría Interpsiquis 2017

¿TRASTORNO FACTICIO O SIMULACIÓN? A PROPÓSITO DE UN CASO

Anna Salas Martínez, Sonia Pedrosa Armenteros, Patricia Latorre Forcén, Candela Pérez Álvarez, Bianca Granados Martínez, Montserrat Guilabert Vidal, Valero Pérez Camo.

annasalasmartinez@gmail.com

INTRODUCCIÓN

La diferenciación del trastorno facticio de la simulación es uno de los retos diagnósticos más complicados del especialista en Salud Mental. La valoración del inconsciente, la intencionalidad y los beneficios que de los actos se derivan, requiere de una dilatada experiencia profesional así como una valoración conjunta de múltiples factores psicosociales del paciente. Por este motivo se pretenden revisar los criterios diagnósticos y su aplicación a este caso de difícil manejo psicoterapéutico

BREVE HISTORIA CLÍNICA

Motivo de consulta

Se trata de una mujer de 49 años que es atendida en el servicio de urgencias de nuestro centro por ideación tanática e ingresada en nuestra unidad de hospitalización de adultos.

Antecedentes personales

Mujer casada, madre de dos hijos mayores de edad con los que mantiene una excelente relación. Presenta estudios superiores inacabados, dedicándose en este momento a la medicina alternativa. Refiere contacto telefónico habitual con sus padres no manteniendo relación con su única hermana.

A nivel psiquiátrico se encuentra en seguimiento desde hace veinte años, por trastorno ansioso-depresivo de características neurotiformes. Reconoce que pese a que éste ha sido fluctuante y ha sido atendida por diversos profesionales durante este periodo, sí que ha precisado tratamiento psicofarmacológico. Durante la entrevista inicial la paciente hace referencia a un ingreso previo en 1998 del que no aporta ningún informe pese a que detalla sintomatología compatible con episodio depresivo. En la historia clínica de la paciente aparece documentación referida a un segundo ingreso hace diez años, al que ella no hace referencia, en el que consta diagnóstico de Trastorno Facticio (F68.1 de la CIE-10).

Como antecedentes médicos la paciente hace referencia múltiples patologías médicas: migraña, síndrome epiléptico, artritis reumatoide, cirugía bariátrica y osteosarcoma tratado en Canadá hace años. También relata graves dificultades en el parto que le ocasionaron deformidades craneales que se resolvieron espontáneamente con los años.

¿TRASTORNO FACTICIO O SIMULACIÓN? A PROPÓSITO DE UN CASO

Antecedentes familiares

No constan.

Enfermedad actual

Tras un largo periodo de aparente estabilidad clínica, en la paciente ha ejercido el rol de enferma sin precisar atención especializada, aparece en el momento actual en el circuito de Salud Mental manifestando ideación autolesiva con riesgo de paso al acto por lo que es ingresada de nuevo en nuestro centro. Como desencadenante de la situación actual describe ruptura sentimental de su hijo mayor, que ha ocasionado sufrimiento en éste y en la propia paciente así como la adopción de una postura más crítica de su hijo menor llegando a cuestionar diversas conductas de ésta. Desde entonces refiere tendencia al aislamiento en el domicilio, bajo ánimo y sentimientos de desesperanza habiendo tenido que solicitar la incapacidad laboral temporal. El día previo al ingreso la paciente intentó estrellar su vehículo con intencionalidad autolesiva, y pese a que este acto no ha sido recordado por ella hasta días más tarde, ha ocasionado un importante desbordamiento en su núcleo familiar.

Exploración física

La exploración física de la paciente se encuentra dentro de la normalidad, encontrándose sus constantes vitales en rango de normalidad y no pudiéndose apreciar cicatrices quirúrgicas abdominales ni en extremidades ni vestigios de las deformidades craneales neonatales.

Exploración funciones psíquicas

Durante el examen mental la paciente se encuentra consciente, alerta y bien orientada. Su aspecto se encuentra cuidado y se muestra colaboradora durante la entrevista. Habla espontánea y fluida, sin alteraciones del tono ni del ritmo, siendo capaz de elaborar un discurso coherente y organizado centrado en estresores médicos y personales así como temor de paso al acto que expresa con una marcada labilidad emocional. Relata aumento reactivo de nivel de angustia basal de un mes de evolución, con aparición en momentos puntuales, aunque diarios, de bloqueos del pensamiento, sonofobia e importantes fallos mnésicos que impresionan de conversivos. Decaimiento anímico de un mes de evolución que se acompaña de anhedonia parcial y mejoría del tono tímico vespertino. También hace referencia a problema de insomnio de larga evolución, relatando a la par todos los psicofármacos ensayados hasta el momento con cierta indiferencia afectiva al respecto. También parece existir una moderada hiporexia secundaria a intolerancias alimentarias tras la intervención gástrica. Verbaliza ideación tanática activa, fluctuante de un mes de evolución, estructurada y con alto riesgo de paso al acto realizando crítica parcial de ella. Referencia a posibles pseudoalucinaciones visuales fluctuantes, que impresionan de conversivas. Niega la presencia de ideación de perjuicio ni impresiona de sintomatología psicótica. Presenta un buen insight presente y un adecuado juicio de realidad.

INFORME DEL LABORATORIO, TEST Y PRUEBAS REALIZADAS

- Bioquímica, hemograma y pruebas de coagulación: sin alteraciones significativas

¿TRASTORNO FACTICIO O SIMULACIÓN? A PROPÓSITO DE UN CASO

- TSH, vitamina B12 y ácido fólico: dentro de los rangos de normalidad.
- Estudio completo de autoinmunidad negativo
- Tóxicos en sangre y orina: negativos
- Serologías VIH, LUES, VHB y VHC: todas negativas
- TC cerebral: dentro de la normalidad
- EEG: dentro de la normalidad

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES

- a) Trastorno conversivo (F44.0 de la CIE-10)
- b) Trastorno mental orgánico (F06-07 de la CIE-10)
- c) Trastorno de somatización (F45.0 de la CIE-10)
- d) Episodio depresivo moderado con síndrome somático (F32.11 de la CIE-10)

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

El considerable control consciente sobre qué recuerdos y sensaciones pueden ser seleccionados por la atención inmediata, así como el origen psicógeno y la estrecha relación temporal con acontecimientos traumáticos, problemas insoportables o relaciones personales alteradas hacen sospechar que el diagnóstico definitivo de esta paciente es un Trastorno Conversivo en este momento. La sintomatología actual, consistente en abundantes síntomas somáticos y fenómenos de características conversivas, como los habituales desvanecimientos que se han acontecido durante su estancia en la unidad, hacen orientar el diagnóstico hacia este tipo de trastorno neurótico.

Diez años antes, la paciente fingió durante varios meses estar siendo tratada en Canadá de un osteosarcoma de pronóstico infausto, llegando a aceptar ayuda económica de sus allegados y falsificando informes médicos a su regreso a casa. Tras el descubrimiento por parte de su hermana, la paciente aceptó el ingreso en nuestra unidad, del que ahora afirma no recordar nada, planteándose entonces el diagnóstico de Trastorno Facticio, caracterizado por síntomas físicos y/o psicológicos fingidos o producidos intencionadamente con el fin de asumir el papel de enfermo, siendo el primer impulso de tipo inconsciente y no teniendo un beneficio económico o legal típico del trastorno por simulación.

El hecho de que el episodio actual se acompañe de una amnesia completa del episodio anterior así como una nula capacidad de introspección de las consecuencias familiares que de dicho episodio se han derivado, hacen que se plantee la posibilidad de un trastorno conversivo articulado sobre un trastorno facticio previo.

TRATAMIENTO

- a. Clotiapina 40mg ½ cp al acostarse
- b. Alprazolam 2mg ½ cp en desayuno y 1 cp al acostarse

¿TRASTORNO FACTICIO O SIMULACIÓN? A PROPÓSITO DE UN CASO

- c. Fluoxetina 20mg en el desayuno
- d. Imipramina 25mg 1 cp en la cena
- e. Ketazolam 45mg 1cp al acostarse
- f. Topiramato 50mg 1cp en cena
- g. Resto de medicación analgésica habitual por procesos crónicos

EVOLUCIÓN

La paciente se adaptó rápidamente a la dinámica de la unidad. En un primer momento la clínica somatizadora y conversiva aparecieron en un primer plano como forma de contacto tanto con el personal como con el resto de los pacientes. Esta expresión de sus conflictos le impedían hacer una elaboración y afrontamiento más realista de las dificultades de su entorno familiar, por un lado con su familia de origen con quienes mantiene un relación complicada desde el anterior ingreso y por otro lado con la familia nuclear con la que lleva años desempeñando el rol de madre enferma.

En los días venideros, y con la finalidad tanto terapéutica como de programar un dispositivo para su tratamiento una vez fuera dada de alta, se inició el vínculo con Hospital de Día para Adultos de nuestro centro. La presencia de gestos autolesivos altamente demostrativos que protagonizó durante el periodo de tiempo que pasaba en dicho dispositivo hicieron que se desestimara dicho recurso por el momento.

Finalmente se optó por realizar entrevistas terapéuticas diarias en las que se ha hecho abordaje psicoterapéutico para contextualizar sus conflictos actuales dentro de un análisis longitudinal de su recorrido dentro de Salud Mental. Así mismo se le ha ayudado a reconducir la relación con su madre y a verbalizar las importantes dificultades que tiene en el manejo de sus emociones.

DISCUSIÓN

Los trastornos conversivos tienen un origen psicógeno, en una inadecuada o incompleta superación de los impulsos incestuosos propios de la situación edípica según la corriente psicodinámica. La estrecha relación temporal con ciertos acontecimientos traumáticos o serios conflictos personales permite formular presunciones acerca de los métodos a los que recurre el paciente para manejar el estrés.

En el trastorno facticio, que se encuentra alejado de un beneficio económico-legal propio de la simulación, el paciente busca desempeñar el rol de enfermo con los beneficios primarios y secundarios que de ellos se derivan. Es de suponer vulnerabilidad caracterial asociada a esta entidad, pudiendo coincidir en este caso con los mecanismos profundos de la personalidad histérica son los siguientes:

1. Represión primaria y masiva
2. Capacidad para la transformación (conversión) de los conflictos psíquicos en fenómenos somáticos, realizando un verdadero "lenguaje de los órganos"

¿TRASTORNO FACTICIO O SIMULACIÓN? A PROPÓSITO DE UN CASO

3. Fuerte tendencia a la regresión
4. Facilidad para la producción de estados de disociación psíquica
5. Utilización de abundantes mecanismos primitivos de defensa, tales como negación, incorporación, simbolización, idealización y formación reactiva
6. Escasa capacidad para la formación de sublimaciones

La determinación de las posibles ganancias, primarias y secundarias, el manejo psicoterapéutico así como la reformulación diagnóstica, llegando finalmente a conectar ambos procesos han supuesto un reto en los profesionales que hemos atendido a la paciente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Coderch J. Psiquiatría dinámica. 1ª edición. Barcelona. Herder 2010
2. Sims A. Síntomas mentales. 1ª edición. Madrid. Editorial Triscaleta 2008
3. OMS. CIE-10, Décima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento. Meditor. 1992