



Capítulo 25/94

Tratado de psiquiatría clínica  
Massachusetts General Hospital  
2017 - 2018

# TRASTORNOS FACTICIOS Y SIMULACIÓN

*Trabajamos para su tranquilidad...*

# Trastornos facticios y simulación

*Felicia A. Smith, MD*

Puntos clave

Incidencia

- El trastorno facticio y la simulación son síndromes infrecuentes que implican la producción voluntaria de síntomas y el engaño a los profesionales médicos.

Fisiopatología

- El trastorno facticio implica la producción consciente de síntomas motivada principalmente para asumir el papel de enfermo.

Hallazgos clínicos

- El trastorno facticio puede manifestarse con síntomas predominantemente físicos, psicológicos, o una combinación de ambos.
- El trastorno facticio impuesto a otro (anteriormente conocido como trastorno facticio por poderes o Munchausen por poderes) implica la producción intencionada de síntomas en otra persona (a menudo en un niño) para asumir indirectamente el papel de enfermo.

Diagnóstico diferencial

- La simulación se caracteriza por la producción intencionada de síntomas con una clara ganancia secundaria como motivación.

Opciones terapéuticas

- Muchos terapeutas evitan enfrentamientos airados, ya que pueden aumentar la actitud defensiva y esquiva, y provocar huidas del hospital.

Pronóstico

- Estos procesos son muy difíciles de tratar. Poner énfasis en su manejo en lugar de en su curación es una forma útil de reenmarcar los objetivos terapéuticos.
- La psicoterapia de apoyo que fomenta una relación que no depende del desarrollo de síntomas puede ser útil para reducir la conducta facticia.

## Perspectiva general

Los trastornos facticios y la simulación implican la producción de síntomas voluntarios y el engaño a los profesionales médicos. En este sentido, Ford ha combinado estos dos trastornos

bajo el título de síndromes de engaño.<sup>1</sup> La naturaleza engañosa enoja a menudo a los profesionales médicos, haciendo que estos pacientes sean lo más memorable que hayan visto en sus carreras. Pensar en un paciente con una infección que requiere múltiples estudios diagnósticos y ciclos de antibióticos de amplio espectro solo para verlo inyectándose heces en varias partes del cuerpo parece increíble para la mayoría. La motivación es a menudo difícil de comprender, pero diferencia los dos diagnósticos. En el trastorno facticio la motivación se centra en asumir el papel de enfermo, mientras que las recompensas externas obvias están ausentes. Por otro lado, las simulaciones están motivadas por una clara ganancia secundaria (a menudo legal o económica). La naturaleza engañosa y la dificultad para confirmar el diagnóstico hacen que cada uno de estos síndromes sea difícil de estudiar; por tanto, las tasas de prevalencia son poco fiables. La posible naturaleza subjetiva de determinar la motivación (que a menudo y en el mejor de los casos es turbia) complica aún más las cosas. Sin embargo, parece claro que el trastorno causado por estos pacientes a sí mismos, a los miembros de su familia y al sistema médico en general es importante y merece una exposición más extensa en este capítulo.

## Trastornos facticios

La enfermedad facticia es un trastorno complicado que está marcado por la producción consciente de síntomas sin una clara ganancia secundaria. A diferencia de la simulación, donde hay ganancia secundaria obvia, las personas con un trastorno facticio son llevadas a fingir o simular una enfermedad sin obtener un claro beneficio directo (excepto el de asumir el papel de enfermo); de hecho, estos individuos ponen a menudo su salud en un riesgo considerable. Pueden falsificar, exagerar, empeorar intencionadamente síntomas o simplemente crearlos. No admiten el daño propio, sino que lo ocultan a sus médicos; aquí radica la paradoja –aquellos con enfermedades facticias acuden a los servicios de atención médica buscando ayuda, pero ocultan intencionadamente la causa autoinducida de su enfermedad–. El [cuadro 25-1](#) enumera los criterios del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5), 5.<sup>a</sup> Ed., para el trastorno facticio.<sup>2</sup> El DSM-5 ha simplificado el diagnóstico de trastorno facticio (que anteriormente constaba de tres subtipos separados) y ahora simplemente distingue entre el trastorno facticio impuesto a uno mismo y el trastorno facticio impuesto a otro (anteriormente conocido como trastorno facticio por poderes) y los coloca dentro de la nueva categoría, los trastornos de síntomas somáticos.<sup>2</sup> Las manifestaciones pueden incluir signos o síntomas físicos o psicológicos (o ambos). Cada uno de estos tipos se discutirán más adelante en los siguientes apartados.

Cuadro 25-1 Criterios del DSM-5: trastorno facticio impuesto a uno mismo (300.19 [F68.10])

- 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.

Especificar:

Episodio único

Episodios recurrentes (dos o más acontecimientos de falsificación de enfermedad y/o inducción de lesión)

Reproducido con autorización a partir de Diagnostic and statistical manual of mental disorders, ed 5, (Copyright 2013). American Psychiatric Association.

## **Trastorno facticio impuesto a uno mismo**

En el trastorno facticio impuesto a uno mismo, los signos o síntomas médicos o psicológicos son falsificados por el paciente para engañar a sus cuidadores. La enfermedad física se finge con más frecuencia que la enfermedad psicológica. Entre algunos de los ejemplos de problemas clínicos falsos se encuentran la fiebre, hemorragia, hipoglucemia y convulsiones, así como producciones más elaboradas que simulan cánceres e infecciones por el virus de la inmunodeficiencia humana.<sup>3-6</sup> Aunque el término de síndrome de Munchausen se usa frecuentemente de forma intercambiable con el trastorno facticio físico, el síndrome de Munchausen clásico se reserva para la forma más grave y crónica del trastorno, que se caracteriza por los siguientes tres elementos: ingresos recidivantes, viajes de hospital en hospital (peregrinación) y la seudología fantástica.<sup>7</sup> La seudología fantástica es la producción de historias intrincadas o fantasías asociadas con la sintomatología del paciente. Es una forma de mentira patológica caracterizada por la superposición de hechos y ficciones, con una calidad repetitiva, y con frecuencia con grandiosidad o una asunción del papel de víctima por el narrador.<sup>1</sup> En algunos casos, puede ser difícil determinar si estas producciones son realmente delirios o engaños conscientes. Los pacientes con síndrome de Munchausen a menudo hacen una carrera de su enfermedad. Los ingresos en serie imposibilitan las relaciones laborales e interpersonales duraderas. Además, los pacientes que se autolesionan de forma importante o desarrollan complicaciones secundarias de intervenciones médicas o quirúrgicas se vuelven más incapacitados. El pronóstico en estos casos es generalmente pobre, y los individuos afectados pueden fallecer prematuramente por complicaciones de su propia conducta autolesiva o yatrógena.

### **Características clínicas**

Mientras que el síndrome de Munchausen es la forma más dramática de la enfermedad facticia, el trastorno facticio común es más frecuente.<sup>1</sup> A diferencia de aquellos con síndrome de Munchausen, estos pacientes no suelen usar diferentes alias o viajar de hospital en hospital, sino que visitan al mismo médico. Son muy conocidos en su sistema sanitario debido a sus numerosos ingresos. Mientras que falsifican los síntomas y fingen una enfermedad, no son tan propensos a desarrollar seudología fantástica. Aunque existen datos contradictorios con respecto a si los trastornos facticios son más frecuentes en hombres o en mujeres, se sugiere que el trastorno facticio común es más frecuente en mujeres. Entre otros factores de riesgo se encuentran el estar soltero, tener de 30 a 40 años, tener una profesión sanitaria y poseer un trastorno de la personalidad del grupo B. Por su parte, el síndrome de

Munchausen puede ser más frecuente en hombres de 40 a 50 años, solteros y con rasgos antisociales.<sup>1</sup> Su asociación con trastornos de la personalidad puede ser el resultado de una estructura defensiva rígida, una identidad insuficientemente definida y necesidades imperiosas de dependencia.<sup>8</sup>

Un ingreso típico de los individuos que fingen una enfermedad médica tiene una serie de características comunes. El paciente utiliza la jerga médica y generalmente sabe qué diagnósticos o enfermedades conllevan un ingreso. La historia es a menudo bastante dramática y convincente, y el paciente persuade al médico de proporcionarle atención sanitaria apelando a cualidades narcisistas, como la omnipotencia. Una vez ingresado, el tratamiento estará marcado por demandas de intervenciones específicas (p. ej., cirugías o fármacos concretos) y por una creciente necesidad de atención. Cuando estas no se dispensan, el paciente se enoja y puede acusar al personal de proporcionarle un tratamiento o diagnóstico equivocados. Si el personal médico descubre el engaño, se producen fuertes sentimientos de odio a la contratransferencia: el paciente es dado de alta rápidamente o se fuga del hospital solo para buscar un «tratamiento» en otro centro poco después.

Los tipos de síntomas físicos y las enfermedades que se falsifican solo están limitados por la imaginación de quien los finge. La [tabla 25-1](#) enumera algunas categorías frecuentes. Los estudios analíticos y los métodos diagnósticos modernos pueden ser particularmente útiles para distinguir los síntomas facticios de una verdadera enfermedad médica. Por ejemplo, en el caso de sospechar una infección, son muy sugestivos los resultados de un cultivo polimicrobiano que indican un origen poco frecuente (p. ej., urinario o fecal). Los individuos que se inyectan insulina para producirse una hipoglucemia tendrán unos bajos niveles de péptido C en un análisis de laboratorio, mientras que la gliburida puede medirse en la orina de los individuos sospechosos de tomar hipoglucemiantes orales. El abuso de laxantes para provocar diarrea puede ser confirmado analizando la fenolftaleína en heces.<sup>9</sup> Por último, los estudios diagnósticos en casos de sospecha de tirotoxicosis (por ingestión subrepticia de hormonas tiroideas) revelan niveles séricos elevados de hormona tiroidea total o libre, niveles séricos indetectables de tirotropina, concentración sérica baja de tiroglobulina, ausencia de bocio y ausencia de anticuerpos antitiroideos circulantes.<sup>10</sup>

Tabla 25-1

Presentaciones clínicas típicas de los trastornos facticios

| Tipo  | Hallazgos o síntomas clínicos   |
|---|---|
| Tipo abdominal agudo (laparotomaphilia migrans) | Dolor abdominal: múltiples cirugías que pueden dar lugar a adherencias y obstrucciones intestinales asociadas |
| Tipo neurológico (neurologica diabólica)        | Cefalea, pérdidas de conciencia o epilepsia   |
| Tipo hematológico                               | Anemia provocada por sangrado o el uso de anticoagulantes   |
| Tipo endocrinológico                            | Hipoglucemia (por administración exógena de insulina)   |
|   | Hipertiroidismo (por administración exógena de hormonas tiroideas)  |

|  |   |
|--|---|
| Tipo                                       | Hallazgos o síntomas clínicos   |
|  | Hiperglucemia (por retirada de la insulina)                               |
| Tipo cardíaco                              | Dolor torácico o arritmia   |
| Tipo dermatológico (dermatitis autogenica) | Heridas autoinfligidas o abrasiones químicas                              |
| Tipo febril (hyperpyrexia figmentatica)    | Manipulación del termómetro para producir fiebre                          |
| Tipo infeccioso                            | Heridas infectadas por múltiples microorganismos (a menudo materia fecal) |

Adaptado de Beach SR, Viguera AC, Stern TA. Factitious disorders. In Stern TA, Herman JB, Gorrindo T, editors: Massachusetts General Hospital psychiatry update and board preparation, ed 3, Boston, 2012, MGH Psychiatry Academy, pp. 161–164.

La detección de otros tipos de enfermedad facticia física puede requerir una exploración física o habilidades de observación más sagaces (por no hablar de descubrir al paciente «en el acto»). Por ejemplo, la fiebre de origen desconocido puede ser causada por termómetros calentados con bombillas, radiadores o una llama (aunque esto es más difícil con la introducción del termómetro electrónico). La hematuria puede ser producida al derramar sangre de otra zona del cuerpo (frecuentemente tras una punción capilar) en una muestra de orina. Aunque encontrar cortes sospechosos puede ser sugestivo, en este caso la observación directa puede ser la única manera de probar el trastorno facticio. Del mismo modo, con las heridas que no cicatrizan donde se sospecha una conducta de autoexcoriación o «rascado», será diagnóstico el ser testigo del acto, ya sea directamente o con el uso de la videovigilancia. Cabe destacar que esto último plantea consideraciones éticas a menos que se haga con el consentimiento del paciente. Por último, entre las muchas otras manifestaciones físicas posibles, las que descansan en una queja más subjetiva (incluidas artralgias, mialgias, cefalea, cólico renal o dolor abdominal) pueden estar presentes durante meses e incluso años antes de que se considere o se pruebe que se trata de etiologías facticias.

Mientras que la mayoría de los pacientes diagnosticados de un trastorno facticio manifiestan síntomas físicos, algunos pacientes fingen principalmente síntomas psicológicos. Las quejas psicológicas (como las físicas) son muy diversas y entre ellas se encuentran la depresión, la ansiedad, la psicosis, el duelo, la disociación, el estrés postraumático y hasta la ideación homicida.<sup>11-15</sup> Como ocurre con la sintomatología principalmente física, diferenciar el motivo que lleva al paciente a adoptar el papel del enfermo frente a uno de ganancia secundaria clara y entendible (simulación) es difícil y a menudo deficiente. Por ejemplo, en el caso de un duelo facticio, el paciente puede manifestar la pérdida dramática o reciente de un niño u otro ser querido con una muestra de emoción que haga que los médicos que lo tratan sientan compasión por él. Cuando se descubre la verdad, la persona supuestamente fallecida puede estar viva, haber muerto hace mucho tiempo o tal vez no jugar realmente un papel importante en la vida del paciente. El síndrome de Ganser, caracterizado por proporcionar respuestas parecidas a las preguntas formuladas (así como por tener amnesia, desorientación y trastornos

de la percepción), puede estar relacionado con el trastorno facticio con síntomas psicológicos.<sup>1</sup> Aunque originalmente se describió como una forma de simulación (principalmente por parte de prisioneros), síndromes similares al de Ganser pueden verse también en poblaciones médicas. Finalmente, tanto los síntomas facticios físicos como psicológicos pueden estar presentes en un mismo paciente.

## **Enfoque diagnóstico**

Como ya se ha mencionado, hacer el diagnóstico de la enfermedad facticia es a menudo difícil. Sin embargo, hay varios elementos de un enfoque estratégico habitual que pueden ser útiles. En primer lugar, cuando se sospecha una enfermedad facticia, es imprescindible obtener información de otras fuentes pertinentes. Entre estas pueden encontrarse los terapeutas previos o actuales, miembros de la familia, informes médicos actuales y previos, y estudios analíticos y diagnósticos. Es fundamental la verificación de los «hechos» presentados por el paciente. A continuación, se buscan antecedentes que a menudo son sugestivos de enfermedad facticia. Algunos de estos se describen en el [cuadro 25-2](#).<sup>8</sup> La identificación de las presentaciones típicas (además de las presentadas en la [tabla 25-1](#)) puede proporcionar más pistas. Cuando se tiene la suerte de encontrar la parafernalia médica u observar al paciente autoinfligirse síntomas intencionadamente, se alcanza el diagnóstico. Tenga en cuenta que buscar en la habitación del paciente y en sus pertenencias personales sin su permiso es controvertido y, en muchos casos, es considerado como una invasión de su privacidad. Antes de embarcarse en tal esfuerzo, es prudente considerar cuidadosamente sus posibles consecuencias y hablar con un abogado. Sin embargo, no hay duda de que en la mayoría de los casos el diagnóstico se basa en un importante trabajo detectivesco basado en un alto nivel de sospecha.

### **Cuadro 25-2 Antecedentes que podrían indicar un trastorno facticio**

- Múltiples ingresos hospitalarios: «de compras por los hospitales» o peregrinación.
- Numerosas formas de identificación o números de historia clínica con diferentes nombres.
- Control de la jerga médica.
- Empleo actual o previo en un campo relacionado con la medicina.
- Ausencia de antecedentes verificables.
- Escasas relaciones interpersonales.
- Antecedentes de enfermedad crónica.
- Hallazgos físicos inexplicables/múltiples lesiones.
- Ausencia de respuesta a los tratamientos convencionales.
- Trastornos de la personalidad o de consumo de drogas y otras sustancias concomitantes.

## **Diagnóstico diferencial**

Deben considerarse los trastornos físicos reales (especialmente las enfermedades raras o infrecuentes con pocos hallazgos objetivos) antes de diagnosticar prematuramente una enfermedad facticia. El trastorno de síntomas somáticos y el trastorno de conversión también pueden confundirse con trastornos facticios. En este caso, la diferencia principal es que los primeros se distinguen por síntomas generados involuntariamente y provocados por

conflictos inconscientes. Por otra parte, estos pacientes no suelen ser tan entendidos en los diagnósticos médicos y no buscan una ganancia secundaria. Esto contrasta con los que están fingiendo y que intencionadamente simulan síntomas para obtener una clara ganancia secundaria (a menudo económica o legal, o conseguir drogas). Los trastornos psicóticos (especialmente el trastorno delirante) y la conducta autolesiva asociada a trastornos de la personalidad también deben distinguirse de las enfermedades facticias. En el caso de estas últimas, el engaño intencionado se asocia a trastornos facticios.

## **Enfoque terapéutico**

Los trastornos facticios son muy difíciles de tratar; no existe una única medida que se adapte a su tratamiento. Sin embargo, hay varios principios que resultan útiles. El primero es evitar la confrontación, especialmente cuando se hace el diagnóstico. La confrontación directa o la acusación a menudo generan una actitud defensiva, esquiva o la huida del hospital. Además, la confrontación parece ser ineficaz en la mayoría de los pacientes, y pocos admiten su conducta.<sup>5</sup> Las intervenciones que permiten al paciente «guardar las apariencias» (lo que requiere una habilidad importante) pueden ser más útiles y eficaces.<sup>16</sup> Es también fundamental ser conscientes de la contratransferencia negativa si se quiere evitar ser crítico o actuar sobre los sentimientos hostiles tan frecuentemente evocados por estos pacientes. En este sentido, es fundamental recoger la documentación clínica basada en los hechos en lugar de cargada de afectos. Hacer un diagnóstico precoz es una de las más importantes intervenciones, ya que no hallar el diagnóstico de trastorno facticio expone al paciente a más intervenciones potencialmente nocivas; sin embargo, evitar la yatrogenia es un elemento clave del tratamiento, de tal manera que se debe lograr un equilibrio entre llevar a cabo un diagnóstico y evitar procedimientos invasivos innecesarios. Por último, dado que esta enfermedad suele ser muy resistente al tratamiento, enfatizar en el manejo en lugar de en la curación es una forma útil de reenmarcar los objetivos terapéuticos. A este respecto es fundamental una comunicación clara y abierta entre el psiquiatra y sus compañeros médicos/cirujanos. Dado que estos pacientes a menudo generan problemas legales y éticos, puede ser prudente la consulta con expertos jurídicos o comités de ética hospitalaria. Por último, la psicoterapia de apoyo, con el objetivo asociado de fomentar una relación con un servicio de atención médica que no depende del desarrollo de los síntomas, puede ser útil para reducir la conducta facticia.

## **Trastorno facticio impuesto a otro**

El trastorno facticio impuesto a otro implica la producción intencionada o fingida de signos o síntomas físicos o psicológicos en otra persona con el fin de asumir indirectamente el papel de enfermo. En este caso, el responsable es a menudo la madre biológica de un niño pequeño, aunque los ancianos, las mascotas y los que están recibiendo la atención médica de otros también son vulnerables. El responsable engaña al personal médico mediante la alteración de los informes, la falsificación de antecedentes médicos, la contaminación de muestras de laboratorio o la inducción directa de lesiones o enfermedades en la víctima.<sup>17</sup> La forma grave de este trastorno se conocía anteriormente como Munchausen por poderes. En una revisión de 451 casos de Munchausen por poderes, Sheridan<sup>17</sup> encontró que las víctimas tenían normalmente 4 años de edad o menos, con igual porcentaje de hombres y mujeres. Además,



descubrió que transcurrieron una media de 21,8 meses entre el inicio de los síntomas y el diagnóstico, y que el 6% de las víctimas murieron. Tal vez sea incluso más alarmante su hallazgo de que el 61% de los hermanos tenían enfermedades similares a las de las víctimas y el 25% de los hermanos conocidos de las víctimas habían muerto.<sup>18</sup>

## Características clínicas

Al igual que el trastorno facticio impuesto a uno mismo, los síntomas en el trastorno facticio impuesto a otro son más frecuentemente físicos que psicológicos y pueden tomar la forma de cualquier síntoma imaginable. Entre las presentaciones más frecuentes se encuentran la apnea, problemas de anorexia/alimentación, diarrea y convulsiones.<sup>18</sup> Estos pueden ser inducidos de diversas formas, desde asfixiar al niño hasta administrar a los niños laxantes o ipecacuana. Los responsables a menudo tienen algún entrenamiento médico o conocen la enfermedad que afecta al niño (p. ej., una madre que padece epilepsia). Otros indicadores clínicos o «señales de alerta» son los siguientes: un paciente que no responde a los tratamientos adecuados, síntomas que mejoran cuando la madre no tiene acceso al niño, enfermedades inexplicables en otros niños de la familia, una madre que presenta ansiedad cuando su hijo mejora o una madre que anima a la realización de pruebas invasivas.<sup>17</sup>

## Enfoque diagnóstico

Al igual que con todas las enfermedades facticias, el diagnóstico puede resultar difícil a menos que el responsable sea directamente sorprendido dañando a la víctima. En el [cuadro 25-3](#) se describe un enfoque práctico para confirmar el diagnóstico cuando se sospecha un trastorno facticio por poderes.<sup>1</sup> Esto puede implicar un importante trabajo detectivesco, como en todos los casos de sospecha de enfermedad facticia, pero en este caso la principal diferencia radica en que cuando la víctima es un niño o un anciano tanto las obligaciones legales como los derechos de privacidad pueden diferir de los de un paciente adulto normal. Esto es particularmente relevante con respecto a la notificación obligatoria (que varía de un estado a otro), así como cuando se propone la videovigilancia como un mecanismo para descubrir el daño intencionado. En general, siempre que se consideren estrategias diagnósticas o terapéuticas ajenas a la práctica clínica habitual, es mejor consultar a otros compañeros médicos y abogados antes de emprenderlas.

Cuadro 25-3 Enfoque diagnóstico ante la sospecha de un trastorno facticio impuesto a otro

1. Obtenga información fiable de otros miembros de la familia (de su pareja, si procede), de los médicos que tratan al paciente y de informes clínicos previos. Verifique todos los «hechos» presentados.
2. Revise los informes clínicos de los hermanos, prestando especial atención a las enfermedades inexplicables o las muertes.
3. Separe al niño (o a la víctima) del progenitor (o del responsable): ¿se ha producido algún cambio en la evolución de la enfermedad?
4. Observe al niño y al progenitor durante cualquier interacción (en presencia de un observador). Se ha propuesto la videovigilancia, aunque esta medida es controvertida.

## Enfoque terapéutico

La primera consideración una vez que se hace el diagnóstico de trastorno facticio impuesto a otro es proteger a la víctima. En muchos casos esto significa colocar al niño en un programa de acogida (al menos temporalmente). El tratamiento entonces se dirige tanto a la víctima como al responsable. Aunque no se ha establecido un tratamiento eficaz para las víctimas, generalmente se cree que es un buen punto de partida abordar los frecuentes diagnósticos psiquiátricos de enfermedades concomitantes asociadas. Sin embargo, el tratamiento de los responsables constituye generalmente el pilar terapéutico; y, dado que muchos responsables nunca admitirán sus malas acciones, este a menudo resultará difícil.

## Simulación

La característica imprescindible de la simulación es la producción intencionada de síntomas físicos o psicológicos falsos o exagerados, motivados por incentivos externos (donde hay una ganancia externa esperada). Es importante señalar que la simulación no se considera una enfermedad psiquiátrica.<sup>2</sup> Entre los ejemplos de ganancias personales tangibles se encuentran evitar el servicio militar o trabajar, evadir un enjuiciamiento penal y obtener drogas o una compensación económica. El [cuadro 25-4](#) presenta los indicadores clínicos que sugieren una posible simulación. Los pacientes siempre tienen un objetivo claramente definido o motivación externa para su conducta –esto distingue la simulación de los trastornos facticios–. Si bien la prevalencia de la simulación es desconocida, se piensa que es más frecuente en hombres que en mujeres y está a menudo asociada con un trastorno de la personalidad antisocial. En los escenarios donde estos procesos se entrelazan (p. ej., en cárceles) probablemente exista una mayor incidencia.

### Cuadro 25-4 Indicadores clínicos de una simulación

1. Implicación legal (p. ej., el paciente es derivado por un abogado para su evaluación).
2. Importante discrepancia entre los hallazgos objetivos y los síntomas o incapacidad manifestados.
3. Falta de colaboración en la evaluación o con el tratamiento prescrito.
4. Presencia de un trastorno de la personalidad antisocial.

Fuente: DSM-IV-TR.

## Características clínicas

Los simuladores suelen elegir síntomas muy subjetivos y difíciles de probar (o refutar). Son frecuentes los dolores vagos (como cefaleas, dolor de muelas o dorsalgia). El objetivo puede ser obtener analgésicos o una incapacidad laboral (entre otros). La presentación de una demanda después de producirse una lesión también debe elevar la sospecha de que el paciente está simulando. Al igual que con los trastornos facticios, la sintomatología principal de la simulación también puede ser de naturaleza psicológica. Los simuladores pueden manifestar síntomas de ansiedad o depresión, y tratar de convencer al evaluador sobre cuánto está deteriorada su actividad física y cuánto le molestan los síntomas. El simulador puede decir

algo como: «Mis crisis de angustia vuelven cada vez que voy a trabajar. Todo lo que quiero hacer es poder trabajar, pero la angustia no me lo permite. Por favor, ayúdame, doctor».

## **Enfoques diagnóstico y terapéutico**

La presencia de una ganancia secundaria claramente identificada no es la prueba absoluta de simulación –uno debe tener cuidado de pasar por alto una enfermedad médica real en esta población–. Sin embargo, cuando se sospecha una simulación, las pruebas objetivas son esenciales. Cuando estas son normales, deben llevarse a cabo pruebas psicológicas. El inventario multifásico de la personalidad de Minnesota 2 (MMPI-2, Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2) puede detectar distorsiones o exageraciones tanto en los síntomas físicos como psicológicos.<sup>19</sup> No se aconseja la confrontación directa, ya que a menudo el paciente se enoja y huye del tratamiento. Las estrategias que permiten al paciente guardar las apariencias (p. ej., sugiriendo que la enfermedad mejorará pronto) tienen generalmente más éxito, ya que permiten al paciente encontrar una salida. También son claves para un tratamiento adecuado evitar la yatrogenia y ser conscientes de la propia ira hacia el paciente (para no actuar con ella). Dado que frecuentemente se superponen cuestiones jurídicas en los que simulan, es a menudo aconsejable consultar con expertos jurídicos.

## **Conclusión**

Los trastornos facticios y la simulación comparten la característica común de la producción intencionada de síntomas que son de naturaleza física o psicológica. En el primero, la motivación es asumir el papel de enfermo, mientras que en el segundo consiste en obtener una ganancia secundaria externa. El trastorno facticio impuesto a otro se complica aún más al infligir daño a otra persona (a menudo un niño pequeño) para asumir indirectamente el papel de enfermo. Cada uno de estos es difícil de diagnosticar y, después, de tratar. También son pertinentes las consideraciones éticas y legales, así como las de evitar la yatrogenia, que puede dañar aún más al paciente. La naturaleza engañosa de estas enfermedades a menudo induce una contratransferencia negativa (incluidas la ira y el odio hacia el paciente). La comprensión de estas enfermedades (incluidos sus presentaciones clínicas, enfoques diagnósticos y opciones terapéuticas) acerca a los médicos a proporcionar una mejor atención a esta difícil población.

Acceda online a las preguntas de opción múltiple (en inglés) en <https://expertconsult.inkling.com>

## **Bibliografía**

1. Ford CV. Deception syndromes; factitious disorders and malingering. In: Levenson JL, ed. *The American Psychiatric Publishing textbook of psychosomatic medicine*. ed 2. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing; 2011.
2. American Psychiatric Association *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5)*. ed 5. Arlington, VA: American Psychiatric Press; 2013.

3. Sutherland AJ, Rodin GM. Factitious disorders in a general hospital setting: clinical features and a review of the literature. *Psychosomatics*. 1990;31:392–399.
4. Craven DE, Steger KA, La Chapelle R, et al. Factitious HIV infection: the importance of documenting infection. *Ann Intern Med*. 1994;121:763–766.
5. Krahn LE, Li H, O'Connor MK. Patients who strive to be ill: factitious disorder with physical symptoms. *Am J Psychiatry*. 2003;160:1163–1168.
6. Fliege H, Grimm A, Eckhardt-Henn A, et al. Frequency of ICD-10 factitious disorder: survey of senior hospital consultants and physicians in private practice. *Psychosomatics*. 2007;48:60–64.
7. Asher R. Münchhausen's syndrome. *Lancet*. 1951;1:339–341.
8. Beach SR, Viguera AC, Stern TA. Factitious disorders. In: Stern TA, Herman JB, Gorrindo T, eds. *Massachusetts General Hospital psychiatry update and board preparation*. ed 3. Boston: MGH Psychiatry Academy; 2012.
9. Bogazzi F, Bartalena L, Scarcello G, et al. The age of patients with thyrotoxicosis factitia in Italy from 1973-1996. *J Endocrinol Invest*. 1999;22(2):128–133.
10. Thompson CR, Beckson M. A case of factitious homicidal ideation. *J Am Acad Psychiatry Law*. 2004;32(3):277–281.
11. Mitchell D, Francis JP. A case of factitious disorder presenting as alcohol dependence. *Subst Abus*. 2003;24(3):187–189.
12. Phillips MR, Ward NG, Ries RK. Factitious mourning: painless patienthood. *Am J Psychiatry*. 1983;140(4):420–425.
13. Sparr L, Pankratz LD. Factitious posttraumatic stress disorder. *Am J Psychiatry*. 1983;140(8):1016–1019.
14. Friedl MC, Draijer N. Dissociative disorders in Dutch psychiatric inpatients. *Am J Psychiatry*. 2000;157(6):1012–1013.
15. Eisendrath SJ. Factitious physical disorders: treatment without confrontation. *Psychosomatics*. 1989;30:383–387.
16. Sadock BJ, Sadock VA. Factitious disorders. *Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry*. ed 9. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2004: pp 668-675.
17. Sheridan MS. The deceit continues: an updated literature review of Münchhausen syndrome by proxy. *Child Abuse Negl*. 2003;27(4):431–451.

18. Rosenberg DA. Web of deceit: a literature review of Münchausen syndrome by proxy. *Child Abuse Negl.* 1987;11(4):547–563.

19. Lees-Haley PR, Fox DD. MMPI subtle-obvious scales and malingering: clinical versus simulated scores. *Psychol Rep.* 1990;66(3 Pt 1):907–911.

## Lecturas recomendadas

Barsky AJ, Stern TA, Greenberg DB, et al. Functional somatic symptoms and somatoform disorders. In: Stern TA, Fricchione GL, Cassem NH, eds. *Massachusetts General Hospital handbook of general hospital psychiatry*. ed 5. Philadelphia: Mosby; 2004.

(Stern, 20171024, pp. 264.e2-269)

Stern, T. A. (20171024). *Massachusetts General Hospital. Tratado de Psiquiatría Clínica, 2nd Edition* [VitalSource Bookshelf version]. Retrieved from <https://bookshelf.vitalsource.com/books/9788491132301>

La cita indicada es una instrucción. Compruebe cada cita antes del uso para obtener una mayor precisión.