

EL GRAN SIMULADOR

Sme. Münscchausen o Sme Facticio

Lic. Gonzalez C, Dr. Chirolías J, Servicio de Salud Mental y Neurología, Hospital Pedro T. Orellana.

Trenque Lauquen. Buenos Aires. Argentina.

Introducción

Se identifican con la producción voluntaria de signos o síntomas físicos y/o mentales, en el cual una persona engaña haciéndose el enfermo, enfermándose o lastimándose a sí mismo o a familiares, siendo una situación de gravedad.

Objetivos

Sostener el interés sobre una patología, en la cual una acabada Historia Clínica puede ser nuestra máxima herramienta de sospecha.

Métodos

Presentación de caso y revisión bibliográfica de artículos relacionados en bases de datos Pubmed, Medclinic, Mayo Clinic, y otras unidades hospitalarias.

Caso clínico. Femenino 48 años, casada, dos hijas, un hijo, esposo peón rural, niega antecedentes. Hace dos años ingresa a hospital periférico en 4 oportunidades por crisis convulsiva siendo la última en status epiléptico, motivo por el cual la recibimos en el hospital cabecera. Relata consumo de alcohol en exceso, medicada con CBZ 600/día, Clonazepan 2 mg/n, Divalproato 1000 x día por 5 años. Refiere abortos múltiples. Se practican EEG, RNM ANGIO RNM negativos. Informa estar bajo tto. por Ca. de útero, garganta, se descarta secundarismo.

Posteriormente informa divorcio, su esposo la acompaña, prostituirse, se ajusta tratamiento, se aconseja Psicoterapia.

Días posteriores: intento de suicidio donde Psicología alerta por lesiones en fauces, calvicie, hematomas y heridas punzantes en brazos por aparente venoclisis, las cuales serían secundarias a tratamiento oncológico en hospital de referencia.

Se constata calvicie por corte de cabello, no existe repercusión esperada, laboratorio normal. Nuestro Psicólogo, del mismo pueblo, informa desconocer alcoholismo y prostitución ejercida. Nos contactamos con oncología, no existiendo registro de la misma

Resultados

Se procesan antecedentes, se atienden a los rasgos disfunciones con carácter borderline, la manipulación, su intolerancia a la frustración, los abruptos cambios de ánimo, el desorden, se distingue el pensamiento polarizado, catastrófico, sobredimensionado, la denigración e idealización, detecta la compulsión a mentir y simular propio del síndrome. Se lo señala, confronta y mediante entrenamiento en asertividad y habilidad social logramos que la paciente logre vincularse de otra manera con su entorno familiar y social. Se comprende y se la ayuda a entender que el síndrome es un desvío conductual, que requiere atención, interés, comprensión y ayuda.

Conclusiones

El Trastorno Facticio se diagnóstica en alrededor del 1-2 % de los pacientes de consulta psiquiátrica en hospitales generales. Preponderancia femenina, en la tercera década de la vida. Elevada morbilidad por procedimientos que logran se les practiquen, así como el suicidio. Tiende a la cronicidad y Escasa respuesta al tratamiento, buscan sostener el engaño, poniendo en riesgo su salud y vida. Siguen adelante incluso sin recibir beneficio o cuando se enfrentan con pruebas objetivas que no respaldan sus dichos. No buscan ganancia secundaria.

Bibliografía

1. <https://www.msdmanuals.com/es-ar/hogar/trastornos-de-la-salud-mental/trastornos-som%C3%A1ticos-y-trastornos-relacionados/trastorno-facticio-impuesto-a-uno>
2. spu.org.uy/revista/jun2005/04_edm_04.pdf. Educación médica continua. Rev Psiquiatr Uruguay 2005;69(1):92-101
3. [msdmanuals.com/es-ar/hogar/trastornos-salud-mental/trastornos-som%C3%A1ticos-y-trastornos-relacionados/trastorno-facticio-impuesto-a-uno](https://www.msdmanuals.com/es-ar/hogar/trastornos-salud-mental/trastornos-som%C3%A1ticos-y-trastornos-relacionados/trastorno-facticio-impuesto-a-uno).