

Síndrome de Munchausen mixto con comorbilidad orgánica

Marcelo Mora

*Médico concurrente del Servicio de Salud Mental Instituto de Investigaciones Médicas "A. Lanari",
Facultad de Medicina, UBA. Doctor en Ciencias Biológicas, UBA*

Valeria Saluto

*Médica especialista en Neurología. Servicio de Neurología del Instituto de Investigaciones Médicas "A. Lanari",
Facultad de Medicina, UBA*

Paula Balbi

Dra. en Psicología. Facultad de Psicología, UBA

Martina Spotti

*Médica residente de Clínica Médica. Instituto de Investigaciones Médicas "A. Lanari",
Facultad de Medicina, UBA*

Daniel Fadel

*Médico especialista en Psiquiatría. Jefe de Servicio de Psiquiatría y Salud Mental,
Instituto de Investigaciones Médicas "A. Lanari". Docente Adscripto de la 1ª Cátedra de Farmacología.
Facultad de Medicina, UBA.*

*Director del Curso de Posgrado Avanzado: "Bases Neurobiológicas y Farmacológicas
de la Terapéutica Psiquiátrica 2015", Facultad de Medicina, UBA
E-mail: fadel.daniel@lanari.fmed.uba.ar*

Resumen

El presente caso clínico muestra las características de una paciente con un trastorno facticio: Síndrome de Munchausen "mixto" manifestado por la coexistencia de las dos modalidades descriptas para este síndrome: a) Munchausen típico o directo y b) Munchausen por poder o indirecto: siendo el directo sobre la propia persona y el indirecto sobre un tercero, generalmente un hijo en etapa infantil. Además en el caso que reportamos, la paciente presentaba la particularidad de tener marcadores biológicos positivos para miastenia gravis (serología positiva), con inconsistentes manifestaciones clínicas dado que aún en período de remisión, ella continuaba refiriendo síntomas que son propios de las fases de reagudización. En las búsquedas bibliográficas que hemos realizado, no hemos encontrado hasta el momento reportes que avalen la existencia de este constructo que hemos descripto: "Síndrome de Munchausen mixto con comorbilidad orgánica". Del mismo modo, al realizar una búsqueda bibliográfica sobre los algoritmos diagnósticos y las posibles estrategias de abordaje terapéutico, ésta no arrojó reportes similares. Por último, esta caracterización clínica se constituye en un escotoma para la comunidad científica generándose una falta de reconocimiento de la categoría diagnóstica y sobre todo de la distorsión que este trastorno mental puede generar en a) el uso inadecuado de los recursos terapéuticos, b) el uso irracional de fármacos, c) la distorsión de las instancias institucionales y d) las conductas médicas que ocurrieron en este caso.

Palabras clave: Síndrome de Munchausen - Comorbilidad orgánica - Miastenia gravis.

MIXED MUNCHAUSEN SYNDROME WITH ORGANIC COMORBIDITY

Abstract

We present a detailed case report that shows a woman patient who has Factitious Disorder manifested by the coexistence both of: A) typical/direct Munchausen and B) Munchausen by proxy or indirect: being the first one (A) about the own person and the second one (B) about other people (most cases about their own young children). Furthermore, in the reported case we observed that the patient shown the particularity of having positive biological markers for Myasthenia Gravis (serology markers), and having inconsistent clinical manifestations that are typically observed in the exacerbation phase when she still continued in remission phase. In our own bibliographic research we couldn't find anything about this case of "Mixed Munchausen Syndrome with organic comorbidity". In the same way as we tried to get information about the diagnostic algorithms and the possible therapeutic treatment strategies we found nothing like this reported before. Finally, this clinical presentation constitutes a blind spot for the scientific community generating a lack of recognition for this diagnostic category and above all of the confusion that this mental disorder can generate in: a) the inadequate use of therapeutic resources, b) the irrational use of drugs, c) the distortion of institutional instances, and d) the medical behaviors that occurred in this case.

Key words: Munchausen syndrome - Organic comorbidity - Myasthenia gravis.

Introducción

Los primeros reportes del Trastorno Facticio comenzaron en 1951, con un artículo publicado en la revista *Lancet* (1) por el psiquiatra Richard Asher quien por primera vez acuñó el término "Síndrome de Munchausen" (SM), para referirse a una enfermedad psicósomática en la que los pacientes buscaban ser admitidos en un hospital a través de la producción consciente de síntomas físicos o mentales sin aparentes beneficios, a no ser solamente la demanda de atención y contención por parte de profesionales reconocidos o destacados. El Trastorno Facticio fue reconocido como categoría diagnóstica recién en el año 1980 por el grupo de trabajo del DSM-III. En la actualidad, se encuentra en vigencia el DSM V, que establece como criterios para su diagnóstico: 1. Fingimiento o producción intencionada de síntomas o signos físicos o psicológicos 2. El sujeto busca asumir el papel de enfermo y 3. Ausencia de incentivos externos para el comportamiento. Estos criterios buscan diferenciar el Trastorno Facticio de los Trastornos Somatomorfos (síntomas no volitivos, inconscientes y sin beneficio secundario) y también de la Simulación (síntomas conscientes, volitivos y con beneficio secundario). Por otro lado en el síndrome de *Munchausen-by-proxy* (o Munchausen-por-poder o indirecto), descrito por primera vez por Meadow en 1977 (2), uno de los progenitores simula o causa una enfermedad en alguno de sus hijos. Dicho progenitor puede "armar" una historia médica, provocar síntomas físicos, o alterar muestras de laboratorio o de registros de temperatura corporal entre otros. Todos estos actos devienen en relatos de enfermedades que muchas veces, a partir de la obtención de data objetiva (laboratorio, etc.) los hallazgos resultan discordantes respecto de lo referido por el progenitor, y allí el equipo médico comienza a detectar un nivel de controversia que genera la necesidad de incrementar el número y la complejidad de los estudios. La enfermedad provocada puede llegar, en su grado más extremo, a causar la muerte del niño. Los síntomas suelen ser de una amplia variedad e involucran múltiples aparatos y sistemas orgánicos. Se presentan generalmente cuando el padre/madre/cuidador está cerca del niño. El "agresor",

que es por lo general la madre, establece "un vínculo que aparenta" ser de una relación muy cercana con el niño, pero una observación ajustada del vínculo madre-hijo, revela que ésta está más atenta e involucrada en los temas relacionados con la enfermedad del niño que con el niño mismo (3). Incluso es altamente significativo que no da muestras de satisfacción en caso de la mejoría del cuadro clínico (4). La prevalencia e incidencia de este trastorno no está bien establecida aún, dado que la mayor parte de la bibliografía disponible está confeccionada en base a reportes de casos (5).

Volviendo al SM o T. Facticio directo, se evidencia que no es fácil desmontar este constructo, pues a medida que el tiempo transcurre, se refuerza dicho dispositivo aberrante, convirtiéndose en un "enfermo crónico", "grave", prácticamente discapacitado psíquicamente. Cuando se intenta desenmascarar o terminar con el relato inconsistente o facticio, se genera una reacción casi inmediata: su estado empeora rápidamente, el reclamo de ayuda al profesional es entonces más demandante que lo habitual, y puede inducirse involuntariamente al paciente a que cause mayores daños en su propio organismo para poner en evidencia que sus síntomas podrían conducirlo a la muerte; todo lo cual induce a la constitución de un círculo vicioso del cual el médico debe estar advertido para evaluar el tipo y la oportunidad de sus intervenciones (6). De ninguna manera el paciente está dispuesto a perder su *status* o su condición de enfermo, aquello que tantos años le ha costado construir. Las motivaciones de estos casos son a menudo difíciles de determinar y pudieran relacionarse con hechos de su vida pasada (historicidad). Se ha planteado la existencia de rasgos morbosos en la personalidad de estos enfermos tales como: masoquismo, fobias, necesidad de afecto, necesidad de ser atendidos, ser protegidos, ser el centro de preocupaciones de personas importantes -invirtiendo a los médicos de tal valencia afectiva-, y hasta de ser motivo de confrontaciones y discrepancias entre especialistas connotados (7). Estos pacientes cursan con frecuencia comorbilidad con trastornos de la personalidad, incluyendo un inadecuado control de los impulsos, conductas de auto-injuria y personalidad

límitrofe o pasiva-agresiva (8). Se ha observado que estos pacientes son conscientes que se están produciendo y experimentando síntomas, pero se encuentran impedidos (-¿inconscientemente?-) a hacerlo; y aunque no existe una argumentación lógica o un propósito claro, no tienen capacidad judicativa ni discernimiento suficiente para subjetivar o reflexionar sobre sus actos y de las razones que lo llevan a hacerlo (9). Este perfil configura quizás uno de los rasgos más conspicuos y distintivos de éste síndrome. Incluso están en riesgo de afrontar verdaderos problemas de salud vinculados con el daño que se auto-infligen para provocar el “falso positivo”, y a la sintomatología derivada. Además, pueden sufrir las consecuencias sanitarias relacionadas con la reiteración de múltiples exámenes que a veces son cruentos o tóxicos potencialmente, como las biopsias, laparoscopías exploratorias, sustancias de contraste, marcadores radioactivos, etc. (10)

A su vez, el incremento de procedimientos diagnósticos y tratamientos que en su peregrinar por distintas instituciones les son solicitados o aplicados los expone a un alto riesgo de abuso de sustancias e intentos de suicidio si sus objetivos de lograr un “alojamiento en el otro” no se concretan dado que el médico al solicitar más estudios estaría “dudando” de los dichos del paciente y así una complicación del trastorno facticio es el abuso y la muerte potencial de las víctimas.

Discusión

En este reporte se presenta el caso de una paciente de 48 años de edad que fue derivada desde la institución hospitalaria que correspondía a la localidad en la que ella residía. El motivo del traslado en ambulancia, se debió a que la propia atención médica estaba en riesgo, dado que ella misma presentó demanda judicial requiriendo se le provean las ampollas de medicación opiácea que según su criterio aberrante, necesitaba para calmar sus referidos padecimientos. Esta situación fue el corolario de una larga fatiga del equipo profesional que tenía a su cargo el abordaje de este caso, ya que los tratamientos administrados no resultaban efectivos ante los relatos de nuevos y múltiples síntomas no correlacionables con la signología de una fase de remisión de la miastenia gravis, ni tampoco con los estudios complementarios, entablándose así una confrontación en plena relación médico-paciente. Una vez generada la inviabilidad de esta situación, se solicitó la derivación ya mencionada, con el objeto de contar con una “segunda opinión” de otro equipo médico.

Una vez recepcionada la paciente, la conducta consistió en re-validar los estudios que ya habían sido realizados y agregar otros que faltaban, como así también, realizar un exhaustivo interrogatorio y examen físico. A medida que los resultados fueron obtenidos, y se evidenciaba un relato discordante con los datos objetivos, se solicitó la interconsulta con el equipo de Salud Mental, dado que a su vez, cada día que transcurría la internación, el relato de la paciente mutaba. A partir de

la evaluación de los distintos caminos de exploración psico-físicos, el diagnóstico presuntivo al que se arribó fue SM directo. Como se instauró un seguimiento psicológico de la paciente, se le administraron test de evaluación de personalidad y se continuó con la recolección de datos de su historia personal y familiar. Esta exploración arrojó información sobre la concurrencia de un “SM por poder o indirecto” toda vez que por sentencia judicial se le impidió que continuara criando a sus hijos. Luego, se detectaron marcadores biológicos de tipo inmunológicos que serán descriptos más adelante y que corresponden al diagnóstico de miastenia gravis, todo lo cual configuró un “SM directo, indirecto y con base orgánica”, lo cual constituiría el carácter de inédito del reporte de este caso.

¿Por qué afirmamos que se trataba de un cuadro indirecto de SM? Porque respecto de su rol como madre, la paciente comentó que cuando sus hijos contaban con la edad de 4 y 6 años, mediante un procedimiento de intervención judicial estos fueron separados de ella por el lapso de 45 días, sin establecer los motivos, los cuales surgieron a partir de la información suministrada por su propia hija.

La paciente sólo se refería a que no le permitían verlos y que cuando se la habilitó a recibirlos, ello fue con consignas judiciales muy precisas respecto de aquello a lo que estaba autorizada versus aquello que le estaba vedado a pesar de su condición de madre.

Entre las consignas judiciales estaba su inhabilitación para ejercer cualquier tipo de sanción con castigos físicos, como también el impedimento de medicarlos. Además debía reportar el tipo de alimentación que les proveía. También fuimos informados por su hija de que la paciente los medicaba desde pequeña edad y que consultaba de manera “excesivamente frecuente” a los médicos pediatras por supuestas “dolencias” de los niños, no siempre corroborables. Es necesario resaltar que si no padecían diversas enfermedades aberrantemente referidas por la paciente, las mismas podían ser provocadas con el fin de lograr la atención profesional buscada. Por lo tanto, sus hijos fueron puestos en custodia judicial para evitar ser medicados, por encontrarse siempre enfermos.

Antecedentes de la historia familiar y personal

- a) No conoció a su padre.
- b) Su madre tenía conductas sexuales promiscuas, sosteniendo un vínculo afectivo con su cuñado (esposo de su hermana) del cual sospecha la paciente la probable filiación sanguínea con él, nunca confirmada por su madre. Esta duda se pronuncia por la diversidad de encuentros sexuales que su madre tuvo con diferentes hombres.
- c) No promocionó segundo grado de la escolaridad a nivel primario. Cuando se la interroga sobre los motivos, ella adjudica dicho fracaso a la miastenia gravis, no accediendo a una escolaridad completa.
- d) Refiere que habitualmente jugaba el rol de denunciante en la familia, y en su interpretación, agrega

que por esta razón tanto su madre como su tía ejercían violencia física sobre ella (“me daban muchos golpes en la cabeza”). También dijo que debido a estas golpizas sufrió “desprendimiento de retina”.

- e) Agregó haber estado expuesta a experiencias de abuso sexual infantil y abuso sexual en la edad adulta y que por ello tuvo un segundo embarazo, del cual nació su hijo.
- f) Maltrato psicofísico por parte de su primer marido.
- g) También dice haber sido maltratada por parte de su hijo desde el inicio de su adolescencia, acusándolo a través de múltiples denuncias policiales y judiciales que se efectivizaron en la mayoría de edad, siendo alejado del hogar. Por ejemplo, lo acusó de haberle aplicado una “patada voladora”, por la cual dice tener lesión en la columna cervical, la cual no fue objetivada a través de estudios radiológicos.
- h) En el contexto de esta disfuncionalidad descripta, su hija decide trasladarse a otra provincia dada la reiteración de los actos de violencia física que también su hermano le ocasionaba.
- i) Historia de automedicación en forma crónica con opioides y corticoides.

Base respaldatoria para el diagnóstico

¿Qué signos y síntomas presentaba la paciente para reunir criterio de SM típico o directo? La paciente ya tenía diagnóstico previo de miastenia gravis a partir de hallazgos de laboratorio realizados en el año 1998, a través del cual se hallaron anticuerpos AChRA +, con resultado normal para el estudio de Estimulación Repetitiva realizada en Fundación de Ayuda Integral al Miasténico junto a un *score* dudoso o en límite del test de Tensilon. Refería “disfagia alta” para sólidos y líquidos, y un dato muy importante, sus requerimientos de opiáceos no presentaban una base racional para su uso en las dosis y tiempos en los que éstos se indican. Ella se auto-administraba la medicación que había logrado que se le provea un acopio para cada mes, a partir de un amparo judicial que le falló favorable, contra toda racionalidad farmacológica. El motivo al que apelaba para estas maniobras facticias era el supuesto traumatismo de la columna cervical provocado por lo que llamaba la “patada voladora de su hijo” en el año 2015. En la Resonancia Magnética Nuclear de (RMN) de columna cervical que ella aporta se observa una fractura del atlas. Además presenta RMN de encéfalo donde se ponen de manifiesto lesiones hiperintensas en T2 y FLAIR en sustancia blanca subcortical, y ocupación del seno maxilar izquierdo. En la RMN realizada en nuestra institución, no se evidencian los hallazgos que mostraba la RMN por ella aportada. Además, la paciente utiliza un dispositivo CPAP durante la noche desde hacía 4 meses, sin que se pudiera documentar dicha indicación.

Seguimiento

Durante la internación clínica, se realizó un seguimiento a través de entrevistas psicológicas de explora-

ción semiológica, apoyo terapéutico y administración de test, junto con un seguimiento psiquiátrico. Este espacio se combinó con toda la atención médica realizada conjuntamente con los servicios de Clínica Médica y Neurología. El objetivo fue dilucidar las causas de las discordancias entre las manifestaciones somáticas relacionadas por la paciente, y la evidencia aportada por los signos y estudios complementarios, desde las distintas miradas por parte de cada especialidad.

En nuestro caso, hemos realizado un inventario que resultó representativo y por lo tanto colaboró en la mejor estrategia a adoptar:

1a) Síntoma: Debilidad muscular y analgesia referida en los 4 cuatro miembros.

1b) Signo: Al examen semiológico, no se verifica la hipotrofia-atrofia que correspondería a toda debilidad muscular. En relación a las maniobras algésicas, se constató analgesia, la cual se interpretó congruente con el uso de opiáceos: morfina 5 mg cada 6 hs, más rescates ocasionales de aproximadamente 3 por día, según criterio de la propia paciente, sin la posibilidad de aplicar criterio farmacológico por el antecedente del recurso de amparo judicial por el cual había logrado que se le provea el acopio de ampollas de morfina para su uso discrecional.

No presentó ptosis palpebral ni tampoco movimientos anormales de los ojos a lo largo del período de vigilia de la jornada diurna. Tampoco se verificaron signos de compromiso bulbar. Los pares craneales explorados se hallaron siempre conservados, denotando ausencia de debilidad en músculos inervados, tono muscular del cuello conservado. La debilidad en extremidades fluctuaba con los exámenes diarios, pudiéndose observar incapacidad total para movilizar los miembros en algunas ocasiones. Pero en los momentos en los que la paciente no advertía la presencia de los médicos se constataba sedestación, bipedestación y marcha sin ninguna dificultad, lo que desestimó considerar el diagnóstico de cuadriparesia, tal como ella lo refería. Otro hallazgo buscado activamente, fue evidenciado cuando al serle solicitado que acuda a su agenda para la búsqueda de algún número telefónico de referencia (por la ausencia de familiares o responsables), la paciente manifestó que estos datos se encontraban en el teléfono celular y que no podía manipularlo ella por sus propios medios. Sin embargo, en otras ocasiones en las que los profesionales debieron ingresar a la sala, por simple observación fortuita constataron que con gran celeridad y destreza motora, podía hacer uso del celular, sin ninguna ayuda. Aún más, refirió ser cosmetóloga, y realizar su propia depilación. Incluso, ella misma se auto-administraba la morfina con inusitada destreza.

En el estudio de Potenciales Evocados, no se hallaron registros anormales.

2a) Síntoma: Disfagia alta para sólidos y líquidos indistintamente (refiriendo: “*mi capacidad de tos es nula*”).

2b) Signos: Ausencia de signos patológicos respi-

ratorios a la auscultación y de imágenes anormales en el diagnóstico por imágenes. Tampoco se han puesto de manifiesto episodios de tos, fiebre, expectoración o desaturación de oxígeno. Esto último se evidenció a través de saturómetro institucional (registros de 97% de saturación sin aporte de O₂). A su vez el personal que la asistía (enfermeros y médicos) registraron ingestas de la paciente en oportunidad de estar evaluando a otros enfermos de la misma sala que compartían. Pudieron constatar la ingesta de alimentos y líquidos, sin que presentara tos ni posteriores síntomas compatibles con neumopatía por aspiración.

3a) Síntoma: Inanición de un mes de duración.

3b) Signos: La paciente no se encontraba desnutrida, todo lo contrario, puesto que presentaba incluso sobrepeso moderado. El laboratorio no arrojó valores anormales. Las proteínas totales se hallaban en rango de 6.5g/dl y la albúmina en 3.7g/dl.

4a) Síntoma: Insuficiencia Respiratoria.

4b) Signos: Al realizarse el examen funcional respiratorio, la paciente no respetó las consignas dadas, lo cual hizo que el estudio no cumpliera con los criterios de aceptabilidad ni reproducibilidad. Por lo tanto, estos estudios no son concluyentes debido a la falta de colaboración de la paciente y la no constatación de debilidad muscular no tiene ningún valor.

5a) Síntoma: Refiere síntomas de retención urinaria (refiriendo: *"No puedo orinar"*).

5b) Signo: Se ha hecho ella misma la cateterización varias veces al día. La retención urinaria puede asociarse al uso crónico de morfina, al igual que la potencial constipación que provoca como efecto adverso. Cuando no le era realizada la colocación de sonda vesical durante la internación, ella misma realizaba maniobras de compresión o masajes en la zona del hipogastrio para lograr la micción, constituyendo esta referencia, una evidencia más que suficiente, de la presencia de tono muscular.

Al poner a su disposición el uso de lactulosa como laxante, con el fin de neutralizar los efectos constipantes que el uso crónico de morfina puede generar, la paciente rehusó dicha medicación, dado que refirió que no presentaba constipación. Ésta referencia denota una manifestación contraposición con lo que habitualmente sucede en un alto porcentaje de pacientes tratados con morfina que presentan retención urinaria.

6a) Síntoma: Refería dolor en la columna cervical en la cual tenía un antecedente de traumatismo que ya fuera mencionado y adjudicaba a una agresión de su hijo. Ella manifestaba: *"mi hijo me dio una patada voladora en el cuello y tuve una fractura del Atlas"*.

6b) Signo: Se realizó una Tomografía Axial Computada (TAC) de columna cervical con reconstrucción la que no permitió objetivar la presencia de trazo fracturario secuelar, con defecto de la fusión del arco posterior del Atlas. Estas referencias sintomáticas constituirían "la

excusa" para la perpetuación del consumo abusivo de morfina, la cual no pudo ser deprivada en forma gradual, puesto que ante la falta de alguna de las aplicaciones diarias (por no contar con suficiente stock del medicamento o por cualquier otro motivo), la paciente solicitaba la morfina reclamándola en un tono imperativo. Este hecho no habilitaba para lograr promover un plan estratégico de deprivación gradual o sustitución de la droga. Si bien en su momento la morfina pudo haber sido una indicación médica pertinente, terminó invirtiéndose la ecuación. El médico quien fuera originalmente el prescriptor de una indicación, quedó reducido simplemente a "confeccionar" la receta, cuya "indicación" estaba generada por ella con el aval judicial. Si bien desde el punto de vista farmacológico no reviste un carácter "recreativo" como habitualmente ocurre en la adicción, sí reúne criterio de farmacodependencia de larga data (no menos de 6 años). De esta manera logra perpetuar el consumo abusivo en un marco "legitimado" por la prescripción médica, y además (bajo los efectos de la morfina) logra sostener síntomas colaterales (retención urinaria, aumento del umbral para el dolor, etc.), los cuales promueven intervenciones médicas (cateterismos, estudios complementarios para descartar posibles patologías), etc.

Entrevistas

A medida que el cuerpo médico realizaba las preguntas propias del examen médico con el fin de arribar a los diagnósticos principales o diferenciales, la paciente iba agregando síntomas que se vinculaban a las preguntas que se le formulaban. Igualmente estas manifestaciones inconsistentes e improvisadas, se caracterizaban por una duración fugaz.

Comentaba anécdotas de tono bizarro, fantástico, e inverosímiles que estaban vinculadas con las preguntas que el equipo médico le realizaba respecto de su posible enfermedad o que ella asociaba libremente para explicar su sintomatología: *"A los 16 años fui alcanzada por un rayo en el hombro; el mismo ingresó por el ventiliz del baño, rebotó en el espejo y me dio en la clavícula, perdiendo el conocimiento"*.

Al continuar con el interrogatorio sobre este suceso, la paciente se preguntaba: *"¿no será que las dificultades motoras que tengo se deben al rayo más que a la miastenia que teóricamente me fue diagnosticada?"*.

Refiere también que 2 años más tarde caminando por la calle, un rayo la alcanzó en el pie, agujereando la zapatilla sin dañarle el pie.

También dijo que: *"A los 12 o 13 años estuve ciega por 6 meses y como mi madre no me creía, me ponía objetos en el camino, para ver si chocaba con dichos objetos"*. Esto lo vivenció de forma traumática ya que decía que su madre cambiaba los muebles de lugar para que ella se golpeará. *"Por eso sé lo que significa perder la vista"*.

Una de las noches de internación, refirió que se le había perforado un tímpano. Su decir fue el siguiente: *"Hablame fuerte porque no escucho bien ya que tengo un*

tímpano perforado". Al preguntársele si sabía cómo había ocurrido la supuesta perforación timpánica, respondió: "Como tengo que hacer mucha fuerza para defecar sentí como se me perforó el tímpano".

Refirió que su primer amor, su primer novio, falleció de cáncer y la madre se puso muy contenta porque no consentía dicha relación. Agregó que nunca pudo superar esa pérdida. Producto de las relaciones sexuales con dicha pareja ella dice haber tenido "8 (ocho)" abortos espontáneos. "Así, por estos "abortos" me enteré que no podía quedar embarazada ya que "tenía las trompas de Falopio tapadas". También en su relato fantástico, dice que "cuando me casé me hice destapar las trompas de Falopio para no tener más abortos y poder quedar embarazada". Ella vivenció personalmente ese procedimiento médico como una "violación" por el dolor que le provocaron durante ese acto médico. Su interpretación fue que "gracias" a dicho procedimiento pudo quedar embarazada de su primer hijo (una niña). Respecto a la acción judicial por la que le quitaron los hijos cuando ellos tenían 4 y 6 años, lo interpretó como una "intromisión de la justicia" en la crianza de sus hijos: no debía golpearlos, ni retarlos para educarlos, y que tenía que explicar al juzgado, en forma de registro diario, lo que les daba de comer y si los medicaba o no. Tenía prohibido darles medicamentos o llevarlos a otro médico que no fuera el pediatra asignado judicialmente.

Con el objeto de explorar y documentar objetivamente el carácter fantástico de sus afirmaciones, establecer el *status* de su juicio y determinar la capacidad de discernimiento de la paciente, se decidió administrar el Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota (Minnesota Multiphasic Personality Inventory) MMPI-2. En su última versión el MMPI-2 (revisión para adultos por Butcher, Dahlstrom, Graham, Tellegen y Kaemmer, 1989) (11), el test se compone de 567 ítems dispuestos en 10 escalas clínicas, que exploran distintos aspectos de la personalidad, y en 3 escalas de validación, que señalan el grado de confiabilidad de las respuestas obtenidas. Si se quisieran evaluar sólo las escalas básicas, con los primeros 370 reactivos sería suficiente, pero es conveniente realizarlo completo para poder valorar todas las escalas. (12, 13)

Al evaluar las escalas de validez obtuvimos los siguientes resultados: en las "L" 62 T, en la "K" 52 T y en la "F" 113 T. Cuando los resultados de la escala L y K se encuentran entre 50 y 60 T y la F es mayor a 70, se trataría de sujetos que presentan problemas psicopatológicos, pero intentan elaborar conductas adaptativas. Sin embargo sus mecanismos de defensa resultan ineficientes, por lo cual se los considera pacientes crónicamente desajustados o mal-adaptados.

Detalle de las Escalas Relevantes en este caso reportado

Hipocondría 107 T: Este *score*, configura una presentación caracterizada por una aberrante preocupación por sus funciones corporales, la que domina su vida y restringe severamente su actividad como también sus

relaciones interpersonales. Ello, además, se corresponde con un *rasgo caracterológico* más que con un *estado transitorio*. Además de estas preocupaciones somáticas exageradas, los sujetos con puntuaciones tan altas en esta escala se caracterizan por ser *egocéntricas e inmaduras*, con una disminuida capacidad de *insight*. Ello les impide advertir o detectar introspectivamente las bases de sus preocupaciones debido a su tendencia a "controlar" el entorno a través de las quejas somáticas y el pesimismo.

Histeria 92 T: Las puntuaciones elevadas se relacionan con *egocentrismo, narcisismo, tendencia a la negación de las dificultades o conflictos, manipulación y demanda de atención*. Por ello ha sido llamada también la "escala de la inmadurez".

Esquizofrenia 100 T: Es necesaria una valoración global del paciente para concluir en el diagnóstico de esquizofrenia, por lo cual no debería esta categoría diagnóstica basarse exclusivamente en la administración e interpretación de esta escala. Esta condición se debe a que si bien muchos esquizofrénicos pueden obtener puntuaciones por sobre los 70 T, hay un gran número de sujetos neuróticos muy ansiosos o con problemas biográficos, así como adolescentes con problemáticas típicas de ese grupo etario (crisis de identidad) que pueden escalar a puntuaciones tan elevadas como 90 T. En general los sujetos que obtienen puntuaciones más bien elevadas se caracterizan por tener sentimientos de alienación, sensación de ser diferentes y de incompreensión además de tener dificultades en expresar la hostilidad.

Hipomanía 91 T: Este ítem de contenido heterogéneo, resalta características como la expansividad, excitabilidad, actividad y otros perfiles vinculados a las relaciones familiares, a las actitudes morales y a las preocupaciones somáticas. Los puntajes altos se encuentran en personas hiperactivas, emocionalmente lábiles y que pueden experimentar fuga de ideas. El estado de ánimo es habitualmente hipertímico placentero o displacentero y que estos estados pueden cambiar bruscamente de un polo al otro.

Conclusiones

Conclusiones sobre el cuadro

Abunda en la bibliografía disponible en la web la descripción de los aspectos semiológicos intrínsecos del carácter facticio del SM. Fundamentalmente se hace hincapié en las posibles categorías nosológicas en las que aparezca la dimensión de lo facticio. La contraposición con las patologías psicóticas delirantes, se basa en la cualidad de esa dimensión fantástica que cada cuadro adquiera. No siempre es posible realizar un diagnóstico diferencial entre lo fantástico de un cuadro delirante psicótico vs lo facticio de un SM.

En cambio en este caso se aprovechó el recurso de la presencia-ausencia de personal médico y de enfermería con el fin de utilizar dichas alternancias como un recurso diagnóstico para poder establecer si el relato verosímil era congruente con la evidencia objetivable de sus conductas. Como las conductas cambiaban de acuerdo a dichas

presencias o ausencias de personal, hecho que no sería esperable en una estructura psicótica (ya que el grado de certeza delirante atravesaría toda la economía psíquica) ello constituyó evidencia de lo facticio, excluyéndose el diagnóstico de psicosis también por este camino exploratorio. Ello a su vez nos ha inspirado a esta comunicación para resaltar desde la “trastienda” (al utilizar los dichos textuales de la paciente) que lo fantástico/fácticio no puede entrar en la dimensión moral de la “mentira”.

De esta forma acordamos con la acertada descripción del propio Asher que en el año 1951 apeló a las historias fantásticas del Barón de Munchausen (14) sin concebirlas como trastorno de carácter psicótico.

Conclusión sobre el quehacer médico

a) Vacilación. En cuanto al quehacer del cuerpo médico, hemos verificado la vacilación que genera en la primera aproximación al interrogatorio seguido del examen semiológico discordante y atípico con él. Así el médico queda impedido de poder interpretar aquello que no pertenece a la lógica de la ciencia dura para la cual se formó y que estos pacientes irrumpen subvirtiendo el núcleo duro y la lógica racional del pensamiento científico.

b) Validación. El riesgo consiste en que ante esta psicopatología, el saber médico agrietado dilapide recursos económicos institucionales en pro de recuperar la “razón perdida” o lo típicamente descrito para un determinado cuadro clínico. Además los estudios repetidos se ven facilitados por el alto grado de peregrinación de estos pacientes en búsqueda de ser alojados afectivamente en un equipo médico, a través de la “enfermedad”. La medicina puede esforzarse con el propósito de borrar lo atípico tratando de encontrar por todos los medios posibles, la recuperación de la lógica perdida, y así, se reiteran una y otra vez, estudios costosos que un sistema de salud tan atomizado como el nuestro, se constituye en un facilitador de la falta de un uso racional de los recursos.

c) Frustración. Ante el fracaso de encontrar la “razón perdida”, como es el caso de toda experiencia

que provoque un “escotoma” o “punto ciego” en un saber “consistente”, se genera una vivencia altamente frustrante en el operador que fue formado en esa dimensión. Esta frustración-impotencia aparece frente a discursos inconsistentes de “verdad” de estos pacientes pero con visos de verosimilitud en el contexto de un juicio aparentemente conservado y con suficiente capacidad de discernimiento. Es altamente frustrante para el profesional, luego de “creer” lo escuchado, “descreer al sujeto falso-enfermo”

d) Abandono del caso. Una vez determinadas todas estas características descriptas, el paciente ya no reúne criterio de “paciente enfermo”, afectándose la relación médico-paciente y es altamente conflictivo para el profesional dar cuenta de toda esta serie de inconsistencias en la Historia Clínica. Allí donde debe asentar la estrategia elegida en base a sus hallazgos y evidencias logradas, debería concluir que todo lo evaluado no permitió hacer diagnóstico. Así se genera una derivación o migración del paciente a otra área o a otra institución como fue el caso recibido en nuestra institución. Del mismo modo el propio paciente también puede recurrir a otras instancias, como hemos visto en este caso: la judicial.

Tal puede ser el grado de verosimilitud con un aparente juicio conservado y suficiente capacidad de discernimiento que ni los médicos ni las Instituciones, incluida la Judicial pueden a tiempo, responder adecuadamente al “punto de fuga” que estos discursos provocan. De esta manera en este caso, un fallo judicial avaló a la “patología” (que es la que demanda) como un reclamo pertinente, sometiendo al médico a cumplir el rol de “confeccionador” de indicaciones que formula el paciente y no el saber médico, contraponiéndose a la racionalidad del uso de los recursos.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses tratándose de un reporte de caso en el cual se mantiene la confidencialidad de los datos de identidad personales del paciente. ■

Referencias bibliográficas

1. Asher R. Munchausen syndrome. *Lancet* 1951; 1: 339 – 341.
2. Meadow R. Munchausen syndrome by proxy: the hinterland of child abuse. *Lancet* 1977; 2: 343–45.
3. Morales-Franco B, de la Morena-Fernández ML. El Síndrome de Munchausen infantil. Etiología, criterios diagnósticos y tratamiento. *Gaceta Médica de México* 1995; 131(3), 323-328.
4. Cheng L, Hummel L. The Munchausen syndrome as a psychiatric condition. *British Journal of Psychiatry* 1978; 133: 20- 21.
5. Meadow R. Different interpretations of Munchausen syndrome by proxy. *Child abuse & neglect* 2002; 26:501-508.
6. Fink P, Jensen J. Clinical characteristics of the Munchausen syndrome. *Psychother Psychosom* 1989; 52: 164–71.
7. Ludviksson BR, Griffin J, Graziano FM. Munchausen syndrome: the importance of a comprehensive medical history. *Wis Med J* 1993;92(3):128-9.
8. Sinaman K, Houghton H. Evolution of variants of the Munchausen syndrome. *Br. J. Psychiatric* 1986; 148/Abril (465-467).
9. Castilla del Pino C. Los discursos de la mentira, en “El discurso de la mentira”. Ed. Alianza Universidad. Núm. 545. Madrid. 1988.
10. Asher R. The dangers of going to bed. *BMJ* 1947; 2:967–68.
11. Butcher JN, Dahlstrom WG, Graham JR, Tellegen A, Kaemmer B. Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI-2): Manual for administration and scoring, Minneapolis, MN: University of Minnesota Press. 1989.
12. Dahlstrom WG, Welsh GS, Dahlstrom LE. An MMPI handbook. Vol I. Clinical Interpretation. University Minnesota Press. 1972.
13. Hermosilla M. Introducción al estudio del inventario multifásico de la personalidad de Minnesota. Manuales de Psicología. Pontificia Universidad Católica de Chile. 1987.
14. Raspe RE. Singular travels, campaigns and adventures of Baron Munchausen. London: Cresset Press, 1948.