

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
DIVISION DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO

TRASTORNO FACTICIO:
CARACTERIZACIÓN Y CASOS CLÍNICOS
TESIS

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
MAESTRA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

PRESENTA

Rosa Elena Mendoza Valdez

Directora de Tesis:

Dra. Emilia Lucio Gómez-Maqueo

Comité de Tesis:

Mtra. Ma. Cristina Heredia Ancona
Mtra. Guadalupe B. Santaella Hidalgo
Dr. José de Jesús González Núñez
Mtra. Ma. Fayne Esquivel Ancona



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

A mis hijos:

*Agradezco su existencia cada día,
disfruto plenamente su presente y
espero su futuro con ilusión y confianza*

Índice

Portada		I
Dedicatoria		II
Índice		III
Resumen		V
Introducción		VI
Capítulo 1	El engaño en el área clínica	
	1.1 Mentir o engañar	2
	1.2 Indicadores de engaño	4
	1.3 Utilidad clínica del engaño	8
Capítulo 2	Los trastornos facticios	
	2.1 Antecedentes	12
	2.2 Caracterización y diagnóstico	15
	2.3 Prevalencia y curso	26
	2.4 Etiología	30
	2.5 Intervención	35
	2.6 Psicología forense	42
Capítulo 3	El inventario multifásico de la personalidad Minnesota 2 (MMPI-2)	
	3.1 Desarrollo del MMPI	47
	3.2 El MMPI-2	49
	3.3 Aplicación, calificación e interpretación del MMPI-2	51
	3.4 Escalas de validez	55
	3.5 Escalas clínicas	58
	3.6 Escalas de contenido	61
	3.7 Escalas de suplementarias	66
	3.8 Escalas inéditas en México	68
	3.9 El MMPI-2 en la detección de la simulación	71

Capítulo 4	Metodología	
	4.1 Planteamiento del problema	76
	4.2 Justificación	77
	4.3 Preguntas de investigación	79
	4.4 Hipótesis de trabajo	80
	4.5 Tipo de investigación	80
	4.6 Objetivos	82
	4.7 Sujetos	82
	4.8 Instrumentos	85
	4.8.1 Expediente clínico	
	4.8.2 MMPI-2	
	4.9 Procedimiento	87
	4.10 Manejo de datos	88
Capítulo 5	Resultados	90
	5.1 Serie de casos reportados en la literatura	91
	5.2 Serie de casos clínicos	95
	5.3 Estudio de casos clínicos	100
	5.3.1 Caso clínico	107
Capítulo 6	Discusión	
	6.1 El engaño en el trabajo clínico	119
	6.2 Los trastornos facticios	121
	6.3 El MMPI-2 en la intervención psicológica	131
Capítulo 7	Conclusiones	132
Referencias		134
Anexos	Anexo A	150
	Anexo B	155
Índice de tablas		179
Índice de figuras		180

Resumen

El trastorno facticio es una patología infrecuente caracterizada por la producción intencionada o exageración de sintomatología física y/o psicológica, quien realiza este engaño busca asumir el papel de enfermo. Se realizó un estudio descriptivo, de tipo retrospectivo para estimar la prevalencia de engaño entre quienes solicitan atención psicológica privada, identificar los casos de trastorno facticio, describir sus características psicológicas y contrastarlos con otras patologías relacionadas (trastornos somatomorfos y simulación), además de evaluar la utilidad del MMPI-2 como herramienta diagnóstica. Se revisaron 347 expedientes de casos atendidos en un período de 56 meses. En 10.7% se detectó engaño mediante las observaciones del clínico durante las entrevistas. Se identificaron 4 casos de trastorno facticio. En esta muestra, la prevalencia de trastornos facticios en adultos fue de 1.63%, los trastornos somatomorfos y la simulación tuvieron una prevalencia de 2.85%. Se presentó y analizó el expediente clínico de una mujer de 30 años con trastorno facticio tipo mixto. **Conclusiones:** La observación y el análisis lógico del discurso del paciente fue el método más utilizado para detectar el engaño, que ocurrió predominantemente en sujetos con trastorno de personalidad del grupo B. El trastorno facticio fue más frecuente en mujeres adultas maduras, dedicadas a actividades tradicionales y el abordaje terapéutico tuvo resultados limitados. Con el estudio de casos se corroboró la utilidad del MMPI-2 y se detectó un patrón de aislamiento, dificultades para reconocer y expresar la ira, egocentrismo y autoindulgencia en los pacientes con trastorno facticio, además de pronóstico reservado ante la psicoterapia.

Palabras clave: Engaño, facticio, somatomorfo, simulación, MMPI-2

El trastorno facticio es una dimensión psicopatológica inusual y desafía la concepción tradicional que la psicología clínica tiene del *paciente* como alguien que sufre y busca dejar de hacerlo. Referirse a este trastorno alude a personas que “se esfuerzan por estar enfermas” (Krahn, Hongzhe & O’Connor, 2003).

En nuestro país no se dispone de investigación psicológica que aborde directamente este trastorno mental: una revisión de las bases de datos más representativas del quehacer científico en psicología ofrece 2 referencias de tesis que abordan indirectamente la presentación de esta patología, propia de sujetos adultos, a través de la producción intencionada de signos o síntomas físicos en un menor que se encuentra bajo su cuidado: Trastorno facticio no especificado en la nomenclatura del DSM-IV (antes trastorno facticio por poderes), o Síndrome de maltrato en la infancia en la CIE-10 (Pérez, 2007 y Amador, 2003). Estas investigaciones, junto con los reportes médicos de caso de Zambrano (1997) y Tlacuilo-Parra, Guevara-Gutiérrez, Barrón-Pérez y Estrada-Contreras (1999), constituyen algunos esfuerzos de investigación que se han realizado en nuestro país sobre este tema. En 2005, Comas y Vázquez publicaron una revisión de la literatura donde incluyen una breve descripción del trastorno, al que se refieren como Síndrome de Munchausen, acompañada de una heterogénea muestra de viñetas clínicas y recomendaciones generales para su tratamiento. Recientemente, Herrera (2008) realizó una revisión de la literatura donde sintetizó las características de personalidad de pacientes con pseudocrisis epilépticas, sin embargo, no relacionó este cuadro clínico con la categoría

diagnóstica a la que pertenece, es decir, el trastorno facticio con síntomas físicos e ignoró su característica central: la producción intencional de sintomatología.

El tratamiento de los pacientes con diagnóstico de trastorno facticio, al igual que aquellos dentro del subgrupo de trastornos somatomorfos (APA, 1995) generan un costo económico significativo en las instituciones de salud (Tlacuilo-Parra et al., 1999) y producen desgaste en el personal de salud que se enfrenta a la frustración e impotencia que generan este tipo de usuarios (García-Alcaraz, 1997). La baja prevalencia del trastorno facticio podría explicar la confusión o vaga comprensión que de él existe entre el personal sanitario, pero esta relación también podría tener una dirección inversa: difícilmente se detectaría aquello que se desconoce.

El psicólogo clínico, quien tiene en el MMPI-2 una valiosa herramienta para complementar la evaluación del engaño durante el proceso diagnóstico (ya que aporta evidencia objetiva de la presencia de distorsión en el auto reporte), en pocas ocasiones tiene contacto con este tipo de pacientes; sin embargo, conocer con claridad el complejo fenómeno del trastorno facticio y sus implicaciones individuales, familiares y sociales, ampliaría su visión clínica y los alcances de su intervención.

La estructura de este trabajo responde a la secuencia de cuestionamientos que inició con el desconcierto ante la detección de engaño en la información que algunos pacientes aportaban al recibir atención psicológica en consulta privada. Se trataba de personas que habían solicitado intervención psicológica ya sea espontáneamente o por sugerencia médica, pero también pacientes que contaban con cobertura amplia de servicio médico como prestación laboral (empleados y sus familiares directos, los honorarios eran cubiertos por su empresa) y eran canalizados

por el médico de primer contacto. La proporción de casos atendidos era similar para estos dos tipos de usuarios (consulta privada y consulta subrogada).

En el primer capítulo se analiza el fenómeno del engaño con un marco amplio, desde su faceta adaptativa y su presencia en diversas formas de interacción animal y humana, hasta sus características dentro del ámbito clínico, donde tanto el psicólogo como el paciente lo utilizan eventualmente.

El capítulo dos concentra los resultados de la revisión bibliográfica realizada sobre la patología psicológica donde el engaño juega un papel central: los trastornos facticios. Su devenir histórico, las características que los definen, su curso y prevalencia, el proceso diagnóstico, las hipótesis etiológicas que han sido planteadas y las propuestas de intervención, además de una breve revisión del área forense en psicología, con las implicaciones que este cuadro clínico tiene en el derecho laboral, pero principalmente familiar.

Por su importancia en la detección y comprensión de los pacientes que a través del engaño manifiestan su problemática psicológica, en el capítulo tres se revisan los fundamentos del MMPI-2. Se presenta una revisión de este instrumento: sus antecedentes, modificaciones, estructura actual, las escalas que lo conforman y sus correlatos, así como los lineamientos para la interpretación y el establecimiento de conclusiones.

En el capítulo cuatro se describen las metodologías utilizadas y las razones de su elección. Para responder las preguntas de investigación se recurrió al análisis de dos series de casos: 39 casos de trastorno facticio publicados de la literatura y 37 casos clínicos evaluados por la autora, correspondientes a pacientes que solicitaron atención psicológica privada y

en los cuales se detectó la presencia de engaño; además del estudio de casos, donde se incluyeron 4 pacientes con diagnóstico de trastorno facticio, 7 casos con trastornos somatomorfos y 7 simuladores; estos tres cuadros tienen en común la presencia de manifestaciones clínicas sin sustento verificable.

En el capítulo cinco, a través de descripciones, tablas y figuras se sistematizan los resultados del análisis de los casos reportados en la literatura y los casos clínicos atendidos por la autora. En este capítulo se expone la información sociodemográfica, la situación vital y las características psicológicas de los pacientes con diagnóstico dentro del grupo de trastornos facticios, la prevalencia de este y otros cuadros relacionados (trastornos somatomorfos y simulación), además del expediente completo del caso que concentró mayor riqueza de material clínico.

La discusión de la información presentada en el capítulo 5 y su relación con la caracterización de los trastornos facticios obtenida a través del análisis de la literatura (capítulo 2), llevó a la propuesta de un modelo explicativo para estas manifestaciones y lineamientos para su manejo clínico, que se presentan en el capítulo seis.

El capítulo siete concentra las conclusiones de este trabajo, organizadas en forma de aceptación de las hipótesis de trabajo que se plantearon en el capítulo cuatro (sección 4.4).

Capítulo 1

El engaño en el área clínica

La historia de la psicología como ciencia ha estado ligada a los avances en una de sus áreas específicas: la psicología clínica, rama que se ocupa del ejercicio práctico de esta profesión y se enfoca en “la observación directa del paciente y su tratamiento” (Real Academia Española [RAE], 2009), sus áreas de acción incluyen la evaluación, el diagnóstico, el tratamiento y la prevención. La psicología clínica tuvo sus orígenes en el estudio de las diferencias individuales, con el establecimiento en 1889 del primer laboratorio para la medición mental por Francis Galton, antecedente del que Binet fundó en 1895 (Colegio Oficial de Psicólogos [COP], 1998). Estos primeros esfuerzos en el área de evaluación fueron seguidos por el método de tratamiento de pacientes con problemas emocionales que Freud denominó “psicoanálisis” en 1896, mismo año en el que Lightner Witmer estableció la primera clínica psicológica en la Universidad de Pensilvania, que estaba destinada a la atención de niños con dificultades de aprendizaje (Baron, 2008).

El motor y eje del trabajo clínico del psicólogo es el bienestar de los pacientes (Phares & Trull, 1999), personas que encuentran displacer en alguna situación relacionada con su etapa de desarrollo, sufren trastornos mentales o enfrentan circunstancias adversas. Aunque se han propuesto términos alternativos para nombrar a quienes reciben atención clínica, tales como “cliente” o “usuario”, el uso generalizado del vocablo *-paciente-* alude tanto al hecho de *padecer* una molestia, como a su solicitud o *disposición* para recibir ayuda externa (RAE, 2009). Es por ello que, al brindar servicios clínicos, existe la tendencia a considerar confiable la información que el paciente proporciona, validando a priori la premisa de que su motivación

para dejar de sufrir hará sinceras y precisas sus comunicaciones. Por lo anterior, la mentira y el engaño en la situación clínica han recibido limitada atención, aunque se trate de fenómenos intrínsecos a la experiencia humana.

1.1 Mentir o engañar

Mentir es “decir o manifestar lo contrario de lo que se sabe, cree o piensa... Fingir, aparentar”, mientras que *engañar* es dar a la mentira “apariencia de verdad” (RAE, 2009): “inventar, distorsionar, falsificar, eludir, tergiversar” (Flach, 1998, en Sakai & Ide, 1999, p. 10), ambas se consideran conductas indeseables, inadecuadas, reciben juicios de valor negativos y son condenadas en casi todos los sistemas de creencias. Más allá de la experiencia humana, el engaño existe en el funcionamiento de algunos organismos vivos: distintas especies animales y vegetales presentan mimetismo y este fenómeno resulta útil para auto protección o incrementa su habilidad como depredadores. Esta cualidad adaptativa del engaño también es utilizada por los seres humanos, sea para lidiar exitosamente con la realidad, sea para facilitar las interacciones sociales (Sakai & Ide, 1999). En ciertas ocasiones, fallas de memoria o diferencias en la apercepción de un mismo estímulo, pueden llevar a un sujeto a producir información errónea que podría ser calificada como “mentira” por un observador externo, pero no constituyen un engaño porque carecen de la *intención* o voluntar de fingir, v. gr., el error al evocar la fecha en que ocurrió algún evento vital que el paciente relata durante la entrevista y cuya corrección espontánea ocurre cuando señalamos la incongruencia o él mismo establece otras asociaciones correctas. Estos errores “honestos” también se producen por distracción, habilidades lingüísticas o intelectuales limitadas o inferencias erróneas del emisor (Masip, Garrido & Herrera, 2004).

Entre los seres humanos, el engaño se vale del lenguaje verbal y es favorecido por la ambigüedad del mismo (Martínez, 2005), áreas como la política y la publicidad conviven cómodamente con la mentira, al igual que los destinatarios de sus mensajes, porque para su existencia, el engaño depende de cierto nivel de credulidad (Sakai & Ide, 1999) y es evidente que algunos grupos sociales requieren de frases a veces incoherentes, a veces incongruentes con la realidad, pero siempre tranquilizadoras, como lo solicitaban los graffitis callejeros en México durante el sexenio del presidente Miguel de la Madrid: "ya no queremos realidades, queremos promesas" (Rionda, 2005). Los seres humanos "necesitamos, pues, tanto saber la verdad como alimentar ilusiones y esperanzas, aunque sea a costa de ser engañados" (Martínez, 2005, p. 22).

En las relaciones interpersonales el engaño siempre está presente, a través de fórmulas sociales imprecisas ["¿cómo te ha ido? - ¡estupendamente!"] o absolutamente falsas ["¡qué bien luces!"], pero aceptadas por consenso. Incluso las relaciones afectivas cercanas y estables admiten cierta dosis de imprecisión o mentiras (Sakai & Ide, 1999). Existe un volumen importante de investigación psicológica dedicado a estudiar las características y motivaciones de niños y adolescentes que recurren a la mentira en la comunicación con sus padres y figuras de autoridad sin que esto constituya un trastorno.

Los seres humanos mentimos para evadir las consecuencias de nuestras acciones y para obtener beneficios personales, pero también para halagar, alegrar o evitar lastimar a alguien, incluso para proteger nuestra intimidad (Martínez, 2005). La teoría del aprendizaje social (Bandura, 1989) provee un marco amplio para comprender el proceso adaptativo que explica cómo el sistema de creencias de una persona en cada momento de vida determina su comportamiento, del mismo modo en que los

pensamientos y reacciones afectivas se modifican para concordar con las acciones que se han realizado, aunque para realizar este ajuste se deba incurrir en autoengaño. Esta flexibilidad para tolerar inexactitudes en la información que se obtiene del exterior, permite que el ser humano disfrute y se nutra de las creaciones artísticas que distorsionan la realidad, como la literatura (Flach, 1998, en Sakai & Ide, 1999). Las novelas fantásticas o aquellas inscritas dentro del movimiento denominado realismo mágico dan cuenta de un elemento clave en el engaño: "la verosimilitud del contenido depende de los detalles. Cuando más concretos son los detalles, más creíble es la narración" (Martínez, 2005, p. 33), no importa cuanto se aleje de la realidad.

Martínez (ídem) propuso dos tipos básicos de mentiras: la ocultación (o encubrimiento de un hecho o idea) y la falsificación. En esta última hay una elaboración o fabulación, voluntaria y consciente. Se crea una historia diferente a la verdadera con la inclusión de una mayor o menor cantidad de detalles que disfrazan la realidad. Por su parte, McCornack (1992, citado en Masip, Garrido & Herrero, 2004) estableció cuatro formas básicas de alterar la información: manipulando la cantidad de información ofrecida, distorsionándola, presentándola de manera confusa o ambigua y sustituyéndola por información irrelevante.

1.2 Indicadores del engaño

Todos los seres humanos incurrimos en la mentira y podemos mostrar cierta tolerancia ante ella, e incluso la necesidad de ser engañados, pero en la mayoría de las ocasiones preferimos conocer con precisión aquella información relevante para nuestro bienestar. A lo largo de la historia se han desarrollado métodos para identificar a quien miente, la mayoría basados en la magia y la sugestión, pero algunos con cierto fundamento: en escritos

vedas datados entre el año 3000 y el 1200 a.C. se detallaban instrucciones para detectar a los envenenadores a través de la presencia de comportamientos delatores como “respuestas evasivas, palabrería sin sentido, palidez facial y constantes intentos por salir de la situación” (García, 1999, p. 11), en la Grecia helenística se recurría a tomar el pulso de aquel cuya honestidad estaba en duda y por la misma época en China se realizaba la siguiente prueba para demostrar la inocencia de un acusado: se les hacía masticar arroz crudo y se consideraba que aquellos con dificultad para escupirlo eran culpables porque el miedo inhibe la salivación (Greene, 2004). Aunque los principios eran correctos, los métodos e instrumentos eran rudimentarios, situación que cambió ligeramente a principios del siglo pasado con la creación del polígrafo, aparato que permitía la medición precisa de tres componentes principales: respuesta respiratoria, respuesta cardiaca y respuesta galvánica de la piel, y que fue desarrollado a partir de 1915 por el psicólogo William Martson. A lo largo de su historia este artefacto atravesó períodos de auge y generó opiniones variadas, en 2003 fue desacreditado para identificar respuestas deshonestas por la National Academy of Sciences de Estados Unidos (Knight, 2004), pero seguía siendo utilizado en la evaluación de empleados federales en aquel país (Appelbaum, 2007) y conserva su lugar dentro de nuestro sistema judicial.

En la actualidad, existe un acuerdo unánime entre los investigadores sobre la imposibilidad de establecer con exactitud señales inequívocas de engaño y hacer una detección fiable de aquellos que mienten (O’Sullivan, 2007; Pearson, 2006; Martínez, 2005), sin embargo, se ha demostrado que existe una tendencia a sobrestimar la propia capacidad para discriminar entre verdades y mentiras (Masip, 2005). Muy pocos son los indicadores de engaño comunes a todos los seres humanos, existen diferencias individuales sólo perceptibles por quien tenga un amplio conocimiento previo del sujeto que miente, pero no se han investigado reacciones idiosincrásicas

entre distintas culturas. Bond & Uysal (2007) plantearon que en estudios controlados donde se empleó la observación de entrevistas vídeo grabadas, una persona promedio lograba discriminar correctamente entre sujetos sinceros y sujetos que mienten, sólo en un 54% de los casos presentados, porcentaje de aciertos muy cercano al que puede obtenerse simplemente en función del azar. Masip (2005) analizó diferentes estudios sobre el tema y concluyó que el nivel de precisión no sólo era bajo, sino que lo era de manera uniforme y que entre las distintas aproximaciones para detectar la mentira, las estrategias centradas en los indicadores no-verbales arrojaron menores niveles de exactitud.

Estas dos categorías: indicios verbales y señales corporales, no son completamente excluyentes (Martínez, 2005). Vrij et al (2007) señalaron que el contenido de las comunicaciones verbales sobre recuerdos genuinos incluía más información sensorial (detalles visuales o auditivos "hacía tanto frío cuando salí de casa..."), mientras que los recuerdos falsos incluían operaciones mentales, como pensamientos o razonamientos (v.gr. "creo que debí sentirme muy triste por la noticia que recibí"). Plantearon que durante el curso de una entrevista, las respuestas verbales genuinas:

1. Poseían una estructura lógica, expresada en un lenguaje fluido, con velocidad normal y sin pausas.
2. Incluían varias referencias sobre el contexto en que ocurrió la situación descrita.
3. Incluían descripciones de las interacciones entre los participantes.
4. Incluían la reproducción fidedigna del lenguaje usado o escuchado.
5. Incluían la descripción espontánea de sentimientos.
6. Incluían correcciones voluntarias de las inexactitudes y el reconocimiento de las fallas en la evocación.

Se cree que al mentir, el sujeto presta más atención al contenido de lo que dice y menos a su comunicación no-verbal (Martínez, 2005). Bajo el supuesto de que el miedo o esfuerzo por engañar produce reacciones artificiales, más controladas, se espera del mentiroso menor cantidad de gestos y movimientos. Se ha especulado que las expresiones faciales genuinas son de muy breve duración en comparación con las falsas, que al mentir, el tono de la voz se eleva, se torna más agudo, que la latencia de respuesta se alarga y se evita el contacto ocular sostenido, que se emplean menos gestos demostrativos (como las inclinaciones de la cabeza) para acompañar al lenguaje verbal y más auto manipulaciones (frotarse la nariz o arreglarse el cabello), que la postura es rígida y ocasionalmente se levantan barreras corporales como cruzar los brazos o las piernas. Estudios empíricos sólo corroboraron la utilidad de tres de estos indicios no-verbales: el tono de voz se tornaba agudo, las pausas durante el discurso eran de mayor duración y se registraron menor cantidad de movimientos de las extremidades (Masip, 2005).

En contraste con los intentos antes descritos para detectar la mentira, tanto científicos como basados en el sentido común, cuando se empleó una encuesta para identificar los métodos por los cuales las personas se habían percatado de engaños reales, tres fueron los mecanismos más comunes: a través de información obtenida por terceras personas, por medio de evidencia objetiva de la mentira y por la confesión directa de quien había mentido (Masip, 2005). Sin embargo, esto no desalentó a los investigadores del fenómeno.

En los Estados Unidos durante la década pasada, la paranoia ante los ataques terroristas y su ancestral vocación judicial, dio como resultado un resurgimiento del interés por contar con instrumentos de laboratorio que

permitieran identificar de manera confiable a quienes mienten (Appelbaum, 2007). En la actualidad, las dos técnicas más populares atraviesan el límite de la conducta del sujeto y evalúan directamente su actividad cerebral (Knight, 2007), ambas parten de la premisa de que el sistema nervioso reacciona ante los estímulos familiares: El registro poligráfico de la actividad cerebral permite identificar la onda P300, que se presenta cuando el sujeto es expuesto a material conocido, con esta técnica se pretende acceder a los contenidos de la memoria, es decir, se espera una activación ante información que el sujeto posee, independientemente de su aceptación consciente. El análisis de las imágenes por resonancia magnética (IRM) demuestra que cuando un sujeto miente, se activan ciertas zonas de la corteza prefrontal, áreas del cerebro asociadas con funciones ejecutivas de alto nivel, debido quizá al esfuerzo por suprimir lo que de otro modo sería una respuesta honesta. Sin embargo, ninguno de los dos métodos anteriores ha sido suficientemente estudiado para justificar su uso clínico o forense (Appelbaum, 2007) y existe la fuerte objeción de extrapolar los resultados obtenidos con voluntarios sometidos a mentiras artificiales (entorno experimental) hacia personas en situaciones reales (O'Sullivan, 2007). Algunos investigadores han descuidado el riesgo de conceder mayor confiabilidad a los datos obtenidos a través máquinas, en contraste con el análisis experto que incorpora la totalidad de las variables que confluyen en los casos individuales (Knight, 2007). Por otra parte, permanecen sin resolver los aspectos éticos de la intrusión a la privacidad que tales técnicas representan (Appelbaum, 2007).

1.3 Utilidad clínica del engaño

Los clínicos también mentimos con el fin de beneficiar al paciente. En el área de la salud, el paradigma más extendido que emplea el engaño es el efecto placebo. Aunque etimológicamente el término placebo significa

complacer o agradar, clínicamente se usa para nombrar aquellas sustancias que carecen de efecto terapéutico directo (Kraus & Pérez-Tamayo, 2007).

En 1955, Henry Beecher demostró que una tercera parte de los pacientes que recibían tratamientos ineficaces, obtenían alivio de sus síntomas, quizá debido a su expectativa de mejoría (ídem). Atendiendo a la raíz etimológica del término, probablemente estos pacientes experimentaban o reportaban mejoría con el fin de agradar al médico y conservar su atención. Entre otras aplicaciones prácticas, algunos médicos emplean el placebo para reducir las dosis de medicamento activo en pacientes que temen empeorar si dejan de tomar pastillas.

En el campo de la psicología, desde mediados del siglo pasado, Frankl (2000) recomendaba para algunos pacientes la técnica que denominó intención paradójica: “que el paciente desee o realice aquello que hasta entonces había temido tanto” (p. 28). Cuando la angustia produce en un paciente la preocupación de reaccionar inadecuadamente ante determinada situación neutral con la cual ha “enmascarado” su conflicto real y el terapeuta lo convence de buscar voluntaria y conscientemente aquella consecuencia temida, se consigue eliminar los rodeos o barreras inconscientes (consecuencia temida) y lo enfrenta con el conflicto real, a fin de reconocerlo, enfrentarlo y, deseablemente, solucionarlo. Con este proceso, se logra distanciar al paciente de su síntoma. “La intención (*paradójica*) aprovecha el autoengaño de la persona que vive su problema para alentar un logro psicológico a través de la acción” (Porcel & González, 2005, p. 114).

Albert Bandura (1982) demostró la utilidad de brindar a las personas valoraciones positivas sobre sus capacidades, con el fin de incrementar su sentido de eficacia y así obtener verdaderas mejoras en su desempeño.

Este mecanismo que otros denominaron sugestión, puede ser empleado en psicoterapia si se tienen en consideración los límites de su alcance, la disposición de cada individuo para beneficiarse con él y las fronteras éticas de su aplicación.

Simultáneamente, los teóricos del modelo estratégico de psicoterapia familiar retomaron el uso de la paradoja para valerse de la perspectiva que el paciente tenía de su síntoma: sin enjuiciarlo ni cuestionarlo, tomaban al síntoma como su aliado y asumían que "cualquier conducta, aún la más destructiva tiene un efecto estabilizador en el sistema" (Platone, 2007). A diferencia de la intención paradójica de Frankl, que busca actuar sobre un estado afectivo (la ansiedad anticipatoria), esta técnica se centra en conductas específicas que generan disfunción y prescribe su repetición. Para conseguir éxito en su intervención, el terapeuta asume una postura acrítica, si no ficticia, al menos artificial y demanda una actitud similar por parte de la familia en tratamiento. Le impone "una réplica de una secuencia conductual disfuncional (*que*) produce una reacción: si obedecen se dan cuenta de lo irracional de su conducta, si no obedecen dejan de realizar las conductas que llevan al síntoma y así cumplen el objetivo del cambio" (ídem, p. 71).

El modelo de psicoterapia sistémica centrado en soluciones (Shazer, 1992) inicia su abordaje interrogando a los pacientes sobre soluciones (reales o hipotéticas), no niega la existencia de la problemática emocional o interaccional en una familia, pero propositivamente toma distancia de ella, la ignora y se centra sobre la elaboración de un escenario sin conflictos (Espina & Cáceres, 1998), este mecanismo concuerda con una de las formas de engaño descritas por McCornack: manipular la información utilizada (Masip, Garrido & Guerrero, 2004). El uso sistemático de elogios hacia los pacientes (generalmente familias) y una metodología que resignifica en términos positivos casi cualquier respuesta a las indicaciones del equipo terapéutico,

despierta inquietud sobre el efecto placebo que subyace a lineamientos técnicos tales como iniciar las sesiones preguntando “¿qué va mejor?” (Espina & Cáceres, 1998, p. 27).

Alguna forma de engaño está presente en todo proceso psicoterapéutico: suponer total honestidad por parte del paciente es ingenuo, los pacientes mienten, manipulan u ocultan información cuando mantienen dudas sobre la confidencialidad del entorno clínico, por vergüenza o para apuntalar un concepto de sí mismo deteriorado, también cuando infieren una discrepancia entre sus valores y los del psicólogo (Lemos, 2005). Porcel y González (2005) plantearon que la psicoterapia es “un juego de mentiras arriesgadas” donde “el psicólogo tiene que mantener al paciente en el convencimiento de que le va a dar una solución a su problema, solución que... nunca tiene lograda previamente, que sólo será verdad en la medida que se consiga mantener durante el proceso la mentira de que se dispone de tal solución” (ídem, p. 114).

Capítulo 2

Los trastornos facticios

El término **facticio** significa “producido a voluntad” (Eisendrath & Guillermo, 2001) y aunque proviene del latín al igual que el vocablo **ficticio**, sus raíces y significado son diferentes: el adjetivo ficticio se refiere a aquello que es fingido, imaginario o falso (RAE, 2009), mientras que el adjetivo facticio se define como: artificial, no natural (ídem), lo que reduce su connotación negativa. En la literatura científica, el uso indistinto de estos términos y otros relacionados como simulación y engaño, refleja la dificultad para establecer con claridad el límite entre una motivación inconsciente hacia el sufrimiento y la búsqueda intencional de beneficios específicos.

2.1 Antecedentes

Descripciones de alteraciones mentales simuladas aparecen en el antiguo testamento: en el libro de Samuel, se hacía referencia a la conducta de David, modelo de creyente, quien con fines adaptativos (eludir represalias) fingía haber perdido la razón “y se portaba como un loco: hacía como que tocaba el tambor en las puertas y dejaba que le corriera la saliva por la barba” (Biblia Latinoamericana, p. 359). Durante el siglo II de nuestra era, el médico romano Claudio Galeno escribió el tratado: “Sobre enfermedades fingidas y su detección”, donde incluía un listado amplio de los síntomas que los pacientes producían para aparentar enfermedad (Savino & Fordtran, 2006), pero fue hasta 1843, que Hector Gavin empleó por primera vez la palabra facticio para describir la conducta de ciertos soldados y marineros, quienes simulaban estar enfermos para obtener atención o provocar compasión. En su trabajo de ingreso al Colegio de Cirujanos de Edimburgo mostraba simpatía hacia los simuladores y recomendaba prudencia, descartaba la confrontación y prefería ignorar o pasar por alto sus

quejas (Spriggs, 1984). Casi un siglo después, Richard Asher, médico general que atendía el pabellón de enfermos mentales del hospital Middlesex de Londres (Turner & Reid, 2002) y escritor prolífico que describió varios síndromes nuevos (Rowat, 1985), publicó en 1951 un trabajo clásico: "Síndrome de Munchausen", donde daba cuenta de una entidad clínica caracterizada por la mentira patológica y la representación de una enfermedad física inexistente (Stephenson & Price, 2006). Eligió este epónimo, en alusión a las fantásticas e inexistentes aventuras que durante el siglo XVII relató el aristócrata alemán Karl Friedrich Hyeronimus, Barón de Münchhausen mismas que fueron recopiladas por R. Raspe en 1785 (Bocchino, 2005). Para Asher, eran tres los componentes centrales de esta patología: presentación dramática, pseudología fantástica y peregrinar entre hospitales (Murray, 1997). Este trabajo causó una fuerte reacción entre los médicos, quizá porque veían reflejadas las emociones intensas y molestas que habían experimentado al tratar a aquellos pacientes que lograban engañarlos sobre la presencia de síntomas físicos falsificados. Más que una formulación teórica, el trabajo de Asher era una recopilación anecdótica de tres casos, que dio inicio a una interminable cadena de reportes sorprendentes. Más que analítico, el enfoque narrativo de Asher planteaba una solución simple a la incomodidad que estos pacientes generaban en las instituciones hospitalarias: una vez identificado el fenómeno y realizado el diagnóstico, la solución residía en evitar nuevos engaños; aunque no se pronunció directamente sobre la naturaleza de este trastorno, Asher deslizó una opinión indulgente pero negativa: estos pacientes "mienten por el propósito de mentir... simplemente por una inclinación hacia la falsedad" (p. 339; citado en Fisher, 2006a). A los pocos años de publicar este artículo clásico, Asher se retiró de la medicina y hacia el final de su vida reconoció que quizá fue desmedida la reacción del gremio médico ante su escrito: "nunca en la historia de la medicina tantos habían sido exasperados por tan poco" (Turner & Reid, 2002, p. 348).

En la segunda mitad del siglo pasado hubo un gran interés por reconocer y “denunciar” (reportar) casos de pacientes con Síndrome de Munchausen: vagabundos en busca de un hospital, generalmente varones cuyos recursos familiares y laborales eran pobres y hacían de la enfermedad un estilo de vida. Numerosos autores propusieron discontinuar el uso de este epónimo, la mayoría por el interés de desagraviar la figura histórica del Barón de Münchhausen y pocos con el fin de evitar la trasgresión ética que resultaba de equiparar al paciente con un impostor; así, en 1968, Spiro buscó renombrarlo como trastorno facticio crónico, en 1980, Carney sugirió enfermedad artefacta y en la misma década se propusieron otras alternativas más creativas: pacientes ipsipatogénicos o nosocomiotropismo (Fisher, 2006b). En 1994, con la publicación de la cuarta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM-IV, APM), la Asociación Psiquiátrica Americana estableció la clasificación diagnóstica vigente: Trastorno facticio, retomando el término utilizado por Gavin 150 años antes. En la décima edición de la Clasificación Internacional de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud (CIE-10, OMS) se mantuvo la misma terminología: Trastorno facticio, que fue descrito como la *producción o fingimiento intencional de síntomas o discapacidades físicas o psicológicas*, y se incorporó dentro del capítulo V (Trastornos mentales y del comportamiento) bajo el rubro trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto (OMS, 2007). Aunque clara, la brevedad de la descripción del trastorno en la CIE10 produjo menores acuerdos cuando se evaluó su confiabilidad interjueces, comparada con los criterios del DSM-IV (Ehrlich, Pfeiffer, Salbach, Lenz & Lehmkuhl, 2008).

Es notable la dificultad que ha experimentado el gremio médico para renunciar a la descripción anecdótica de estos casos a través de viñetas, algunas tan anodinas como aquella en la que se describe a una “mujer de 27

años, enfermera, con historia clínica de enfermedad renal, recibiendo diversos tratamientos médicos y quirúrgicos. Tenía abuso de analgésicos narcóticos.” (Comas & Vazquez, 2005, p. 6), reportes que poco aportan a la comprensión de estos pacientes, a quienes continúan diagnosticando como Síndrome de Munchausen, a pesar de que esta denominación anacrónica y pintoresca de trastorno facticio se estima que constituye únicamente el 10% de los casos (Eisendrath, 1994). En 2005, Kocalevent et al realizaron un meta-análisis para estimar la prevalencia de los síndromes autodestructivos, entre los que ubicaban al trastorno facticio, reportaron que menos de una cuarta parte de los estudios correspondían a investigaciones empíricas y observaron un predominio de reportes de caso y anecdóticos, la mayoría con historias clínicas irregulares o incompletas.

2.2 Caracterización y diagnóstico

La característica central del trastorno facticio es la presentación de síntomas físicos y/o psicológicos producidos intencionalmente con el objetivo primario de asumir el papel de enfermo, sin que existan incentivos externos obvios tales como la obtención de ganancias económicas o evitar responsabilidades legales (Sánchez-Planell & Díez, 2002). Parecería que estos pacientes disfrutaran con la idea de estar enfermos y les resultara atractiva la idea de someterse a múltiples procedimientos invasivos (Halguin & Krauss, 2004), mismos que sugieren, solicitan directamente o exigen (Eisendrath & Guillermo, 2001). Se han descrito casos severos que involucraban procedimientos quirúrgicos tan radicales como la mastectomía bilateral profiláctica de una mujer de 28 años, quien mintió sobre la presencia de múltiples factores de riesgo para cáncer (Feldman, 2007).

Un elemento indispensable para establecer el diagnóstico de trastorno facticio es la ausencia de un motivo obvio para fingirse enfermo,

característica que define a la simulación (APA, 2005; OMS, 2007), condición no patológica que consiste en “la producción intencionada de síntomas físicos o psicológicos desproporcionados o falsos, motivados por incentivos externos como no realizar el servicio militar, evitar un trabajo, obtener una compensación económica, escapar de una condena criminal u obtener drogas” (APA, 2005; p. 698). La simulación es frecuente en escenarios forenses, donde constituye entre el 20 y el 50% de las demandas por compensación (Randle, 2007) y se ha llegado a considerar como un mecanismo adaptativo: Trimble (2004) reportó que el 7% de la población general aceptó haber falseado información en sus reclamos a aseguradoras. En relación con la simulación, Murdach (2006) enfatizó el fraude subyacente y reportó que con mayor frecuencia se simula dolor crónico, deterioros cognoscitivos y alteraciones psiquiátricas (como trastorno por estrés postraumático), produciendo quejas que son “oportunistas y limitadas en tiempo” (Elspeth, 2000) y que desaparecen una vez obtenido aquello que se pretendía, mientras que los pacientes con trastorno facticio parecen incapaces de controlar su tendencia a fingir síntomas (Sarason & Sarason, 1999) y la mayor prevalencia es de casos donde se fingen signos y síntomas físicos.

Quienes han abordado el estudio del trastorno facticio coinciden sobre la existencia de una necesidad o motivación para desempeñar el *papel de paciente*, es decir, aquel que recibe atención y cuidado (Saranson & Saranson, 1999). Hamilton, Deemer & Janata (2003) señalaron la ausencia de estudios empíricos que dieran sustento a esta afirmación y para probarla partieron de la siguiente hipótesis: quienes muestran una conducta enferma facticia, definida como el “reporte de síntomas médicos, búsqueda de atención médica y cualquier otra *conducta de enfermo que no busca mantener o reestablecer la salud física*” (ídem, p. 254), mejoran su auto

concepto a través de tres mecanismos que producen en ellos mismos y quienes les rodean, admiración y aceptación:

1. Acumular y demostrar conocimiento médico.
2. Desarrollar la impresión de ser único por presentar quejas médicas inusuales o intratables.
3. Elevar la valía de sí mismos por interactuar con especialistas médicos de alta especialidad.

Su revisión de la literatura arrojó una descripción de los pacientes con trastorno facticio como personas carentes de una identidad estable y fuentes sanas de auto valía, compatible con los trastornos de la personalidad limítrofe y narcisista. Para conocer la impresión que generan en sujetos sanos cada una de las tres condiciones antes descritas, incluyeron a 189 estudiantes de psicología en lo que les dijeron era un estudio de "percepción personal". Se les proporcionó en dos cuartillas la historia de un estudiante universitario de 22 años con un problema de salud y se crearon 8 viñetas en un diseño factorial de 2x2x2 para destacar altos y bajos atributos en cada una de las tres fuentes de reconocimiento asociadas a la condición de paciente descritas en el párrafo anterior. Midiaron la reacción de sus pares a través de la Escala de Juicio Interpersonal de Byrne y la Escala de Autoestima de Rosenberg. Encontraron que sólo los dos primeros mecanismos producen una impresión favorable: tener una condición médica inusual y poseer mayor conocimiento de temas médicos (que se relacionó con la percepción de una mayor inteligencia) y concluyeron que sus resultados demuestran parcialmente que algunos aspectos del papel de enfermo conducen a una mejor valoración social.

No existe un límite a la creatividad de los pacientes (Eisendrath y Guillermo, 2001), casi cualquier órgano o sistema puede utilizarse como sede

de las quejas facticias y producir incluso enfermedades que generan rechazo social: En California, durante 1981 se identificaron los primeros casos del que cinco años después fue denominado Síndrome de Inmunodeficiencia Humana Adquirida (SIDA) (Soberon, 1988), cuyo agente viral fue aislado en 1983 y sólo tres años después, en 1986, se reportó el primer cuadro facticio para esta condición, un hombre homosexual de 33 años quien describió depresión e ideación suicida relacionadas con el diagnóstico de SIDA y argumentó haber padecido varias infecciones oportunistas, pero la revisión de sus registros y una prueba negativa condujeron a la identificación del cuadro facticio (Miller, Weiden, Sacks & Worniak, 1986). La frecuencia de casos de SIDA facticio fue similar a la reportada para otras patologías, Churchill, DeCock & Miller (1994) encontraron que el 1.7% de los pacientes hospitalizados por SIDA en su unidad de infectología habían argumentado signos, síntomas y resultados de laboratorio falsos. Sin embargo, la presencia de síntomas facticios no se contraponía con la existencia de enfermedades físicas reales (Bocchino, 2005): Pao, McElborough & Fisher reportaron en 2005 dos casos de hombres homosexuales quienes expresaban quejas facticias para la sintomatología de SIDA, pero eran efectivamente seropositivos.

Existen cuatro modalidades de presentación del trastorno facticio:

1. **Con predominio de signos y síntomas físicos.** Cualquier especialidad médica cuenta con el registro de casos con sintomatología falsa elaborada por el paciente. En el Reino Unido, hasta la mitad de las consultas de primer contacto y una tercera parte de las solicitudes de atención en clínicas de especialidades involucraban síntomas físicos que carecían de explicación médica (Stephenson & Price, 2006). El área de urgencias es una de las más concurridas por pacientes que distorsionan, manipulan o dan información falsa sobre su estado físico. Originalmente se establecieron 3 principales modalidades de presentación: **tipo**

abdominal agudo, donde el paciente buscaba acceder a cirugía con fines diagnósticos y terapéuticos, llegando a ingerir cuerpos extraños para que fueron extraídos (Gitlin et al, 2007); **tipo hemorrágico** y **tipo neurológico** (Sánchez-Planell & Díez, C., 2002). Griffith, Polles & Griffith (1998) hicieron una revisión de la literatura y reportaron que entre 5 y 30% de las crisis epilépticas carecían de origen y correlatos orgánicos (las denominaron pseudocrisis) y en ocasiones se presentaban en pacientes con epilepsia genuina. También se ha reportado una elevada presentación de quejas facticias en servicios de dermatología, debidas principalmente a la manipulación mecánica de la piel, que luego es negada por el paciente (Fliege et al, 2007). Junto con el dolor y la fatiga, la fiebre es uno de los síntomas que con mayor frecuencia son reportados o incluso provocados por los pacientes (Savino & Fordtran, 2006), Kocalevent et al (2005) revisaron tres diferentes estudios y encontraron que, en promedio, 5% de las hospitalizaciones por fiebre eran facticias. Quienes presentan trastorno facticio con predominio de signos y síntomas físicos llegan a manipular y alterar sus productos corporales, principalmente sangre y orina, mezclándolos o agregándoles directamente sustancias que alteran su composición, o por medio de la ingesta de medicamentos con el mismo fin. Algunos pacientes contaminan sus muestras de orina con sangre propia o proveniente de animales (Turner & Reid, 2002). Trenque, Frances, Millart, Holzey & Germain (2002) examinaron las muestras de sangre de 56 pacientes de su servicio de endocrinología, aquellos que durante el año 2000 presentaron episodios graves y repetitivos de hipoglucemia. En el 17% detectaron la presencia de medicamentos hipoglucemiantes, cuya ingesta fue negada por los pacientes, algunos en concentraciones hasta 15 veces superiores a los límites recomendados, por lo que indicaron descartar esta posibilidad cuando se sospecha insulinoma, para evitar el riesgo de realizar laparotomías o pancreatotomías innecesarias.

2. **Con predominio de signos y síntomas psicológicos.** El paciente refiere sintomatología mental, generalmente vaga, predominando elementos depresivos y ansiosos, ideación suicida, alteraciones de la memoria, y síntomas disociativos (Bocchino, 2005). Sin embargo, el malestar descrito no logra integrar un patrón coherente correspondiente a algún cuadro clínico, o es incompatible con el afecto y conducta observados durante la consulta o con su comportamiento espontáneo cuando no se encuentran en observación. A diferencia del trastorno facticio con predominio de síntomas físicos, en esta modalidad la identificación de los pacientes con frecuencia depende de información externa: hospitales para veteranos en Estados Unidos detectaron pacientes que describían síntomas facticios de trastorno por estrés postraumático y la revisión de sus registros reveló que nunca habían estado en el frente de guerra (Eisendrath & Guillermo, 2001). Rogers, Bagby & Rector (1989) señalaron el limitado sustento empírico de esta categoría diagnóstica y se opusieron al planteamiento de quienes atribuían a los pacientes con trastorno facticio una involuntaria compulsión a reportar síntomas inexistentes, sostuvieron la existencia de una motivación para tal conducta, aunque reconocieron que los pacientes probablemente la desconocen y, si tienen conocimiento de ella, es baja la posibilidad de que la expresen con honestidad. Existe una relación que parece permeable entre el trastorno facticio con síntomas psicológicos y el síndrome de Ganser, condición descrita en 1897 que incluía: obnubilación de la consciencia, alucinaciones visuales y auditivas, síntomas conversivos y respuestas aproximadas a preguntas simples (es decir, respuestas incorrectas pero indicativas de que el sujeto comprendió la pregunta). El síndrome de Ganser tenía un inicio repentino y se resolvía aún sin tratamiento al cabo de horas o semanas, para dar paso a amnesia y perplejidad sobre lo ocurrido (Dwyer & Reid, 2004). Su mayor prevalencia en cárceles y hospitales psiquiátricos sugería que se trataba de una simulación consciente para obtener beneficios, pero algunos autores aún

admiten su existencia y lo relacionan con la existencia de daño orgánico o lo consideran una modalidad de trastorno conversivo. En aquellos casos donde predominan síntomas cognitivos sobre manifestaciones afectivas (v.gr. amnesia), se ha recomendado descartar los incentivos externos, debido a que con frecuencia se trata de simulación para obtener compensaciones económicas o laborales (Hall, Thompson & Poirier, 2007).

3. **Con combinación de signos y síntomas físicos**, que pueden presentarse de manera alternada o simultánea (Eisendrath y Guillermo, 2001).

4. No especificado. Que se ha popularizado con el nombre: **Trastorno facticio por poderes o por representante**, donde el paciente identificado, un adulto que en el 95% de los casos es la madre, provoca daño físico a un infante o niño (generalmente menor a los 8 años), miente sobre síntomas inexistentes con el fin de aparentar enfermedades y obtener atención médica, además de someterlo al riesgo de procedimientos diagnósticos o terapéuticos innecesarios, reportándose tasas de mortalidad del 9% (Bocchino, 2005). El pediatra inglés Roy Meadow (1977, en Murray, 1997, p. 344), fue quien por primera vez describió esta manifestación y debido a la gravedad de sus consecuencias, su enfoque brindaba mayor importancia al abuso físico que al trastorno mental. Originalmente se propuso aplicar el diagnóstico al paciente identificado, es decir, el niño en su condición de víctima, a quien "alguien próximo" provocaba las manifestaciones facticias. Después de un período de confusión durante el cual algunos autores diagnosticaban a veces al niño, a veces a la madre (Evans, 1995), resultó claro que quien sufría de la alteración mental era la figura parental (generalmente la madre), en quien radicaba la necesidad de establecer contacto con personal médico y recibir las gratificaciones afectivas y sociales de cuidar a un enfermo, situación que se equipara con asumir en

su persona tal papel (Meadow, 1995). A partir de la publicación del DSM IV se estableció que el diagnóstico de trastorno facticio no especificado se aplica al adulto que provoca signos y/o síntomas físicos y/o psicológicos en un menor que está bajo su cuidado, con el fin de recrear la condición de paciente. En estos casos, más que como individuos que sufren una alteración mental, a las madres se les denomina “perpetradoras” y el foco en la intervención se centra en controlar el riesgo de daño al menor e identificar y modificar el ciclo intergeneracional de abuso, debido a la alta probabilidad de reincidencia (Rodríguez, Gómez & Mesa, 2003).

Eisendrath y Guillermo (2001) establecieron tres niveles de alteración de la información utilizados por los pacientes en las cuatro modalidades de presentación del trastorno facticio:

1. Relato irreal compatible con alguna alteración conocida, sin que lo acompañen datos físicos de enfermedad.
2. Simular signos de enfermedad.
3. Producir estados fisiopatológicos anormales a través de medicamentos o sustancias extrañas.

Por su parte, Krahn, Hongzhe & O’Connor (2003) ampliaron esta descripción e identificaron 5 niveles de conducta entre los pacientes con trastorno facticio, de acuerdo con el grado de distorsión alcanzado y que correlacionan con la gravedad del cuadro:

1. Relatar una historia facticia.
2. Simular síntomas.
3. Exagerar el reporte de síntomas reales.
4. Realizar conductas que agraven una condición médica real.
5. Autoinducción de complicaciones médicas.

Para el diagnóstico del trastorno facticio no existe una metodología específica, los pacientes con manifestaciones más graves son identificados porque en su peregrinar por los servicios de urgencias son reconocidos por personal médico que ha tenido contacto con ellos en algún episodio anterior y alerta sobre la producción intencional de los síntomas. Aunque es cada vez menos frecuente por las implicaciones éticas, en el pasado, el registro de las pertenencias de los pacientes hospitalizados servía para revelar los instrumentos que empleaban para producir los síntomas, Savino & Fordtran (2006) describieron un escondite sorprendente en el caso de una paciente que empleaba laxantes para producirse diarrea: guardaba el medicamento en el interior de su Biblia, dentro de la cual había realizado cortes para ocultarlo. Para el diagnóstico diferencial con otras condiciones tales como la simulación, Kalivas (1996) recomendaba confiar en la contra transferencia: “creo que son nuestras reacciones subjetivas como profesionales de la salud las que proporcionan una manera más confiable...” de distinguirlas y sugirió que los pacientes con trastorno facticio provocarían compasión, aunque reconoció que este criterio presupone que el clínico no muestra rasgos antisociales.

El paso más difícil en el diagnóstico del trastorno facticio es reconocer su existencia y que el clínico se permita traspasar el límite intangible que le impone la premisa de que todo aquel que solicita atención en el área de la salud busca obtener esta última. Eisendrath (1994) advirtió sobre la violación del principio sanitario en la que incurren los pacientes con trastorno facticio: no intentan mejorar. Esta trasgresión genera en el clínico una incómoda sensación de nihilismo terapéutico (Bhargava et al, 2007). Otro factor que entorpece el diagnóstico es el miedo del clínico a equivocarse, con lo que pondría en seria desventaja a un paciente “honestamente” enfermo (Greene, 2004). Pero una vez que se toma consciencia de la posibilidad de un cuadro facticio, el interés y la curiosidad del clínico guiarán el camino para

corroborar o descartar el diagnóstico. Hall et al (2007) propusieron reconocer que el entrenamiento que reciben los profesionales de la salud no se dirige a la detección del engaño, por ello recomendaron ser cautos al ordenar datos y hechos, reconstruir el evento desde la perspectiva del paciente y recurrir a indicadores de distorsión.

Se han identificado factores que alertan sobre la posibilidad de fingimiento: Kinsella (2001) describió a los pacientes con trastorno facticio como peripatéticos: relatan cuadros extravagantes y peculiares. Bhargava et al (2007) recomendaron sospechar la presencia de este cuadro cuando existan pocos signos objetivos de enfermedad y los síntomas subjetivos los exceden con mucho. Turner & Reid (2002) señalaron que estos pacientes reciben pocos visitantes durante las hospitalizaciones, además son cooperativos y reaccionan de manera complaciente ante la perspectiva de procedimientos diagnósticos invasivos potencialmente riesgosos o dolorosos, pero se tornan irritables y demandantes si sienten que sus auto reportes son cuestionados (Moore, 1995). Krahn, Bostwick & Stonnington (2008) enfatizaron la importancia que reviste la atención médica en la vida de estas personas, quienes organizan sus rutinas diarias alrededor de ella y la anteponen a compromisos personales, familiares, laborales o sociales. También se ha advertido sobre los riesgos de mal uso de la Internet, donde los pacientes tienen acceso una fuente ilimitada de información que emplean para aderezar sus descripciones falsas, incorporando a su lenguaje términos técnicos, que generalmente aplican incorrectamente (Feldman, 2000; Hall et al, 2007). No es exagerado sugerir que se corrobore la información que aporta el paciente y proviene de terceros, ya que algunos sustraen y alteran papelería médica o reportes de laboratorio para "documentar" sus quejas fingidas (Halguin & Krauss, 2004).

Algunos clínicos recurren al apoyo de instrumentos de diagnóstico psicológico: las pruebas proyectivas no han demostrado utilidad para detectar indicadores de engaño (Elsbeth, 2000), mientras que las escalas de validez del MMPI-2 han sido empleadas para determinar fingimiento y simulación (Halguin & Krauss, 2004), pero su uso no se ha generalizado y algunos pacientes pueden rehusarse a completarlos (Krahn et al, 2008). Puesto que los pacientes tienden a sobre reportar síntomas tanto físicos como psicológicos, el análisis de sus perfiles clínicos y en particular las subescalas sirven como referentes para verificar la autenticidad de sus quejas. A través de estos recursos, se han identificado tasas de exageración de síntomas en el 35% de los pacientes con síndromes como la fatiga crónica y fibromialgia, 31% en quienes reportaban dolor crónico y 15% en trastornos depresivos (ídem).

Greene (2004) demostró la superioridad del MMPI-2 para la detección de engaño, sobre el Inventario de Evaluación de la Personalidad (PAI, Morey, 1991), que es un cuestionario auto administrado más breve y popular entre los psicólogos forenses porque demanda un menor nivel de comprensión lectora. Su revisión de la literatura mostró que otros instrumentos proyectivos o psicométricos no lograron detectar con precisión el fingimiento o la simulación. La Entrevista Estructurada de Síntomas Reportados (SIRS, Rogers, 1986; en Greene, 2004) es una alternativa confiable, comúnmente utilizada en investigación, que consiste en 172 reactivos que cubren un amplio rango de manifestaciones de psicopatología junto con síntomas improbables y fue creada para utilizarse en poblaciones de bajo nivel cultural.

El apoyo que brindan los profesionales del trabajo social es un auxiliar que se emplea en pocas ocasiones, a pesar de que poseen herramientas y técnicas eficaces para obtener información confiable de las circunstancias de

vida y condiciones reales del paciente, y aportarían datos decisivos para el diagnóstico (Moore, 1995).

En resumen, la recomendación diagnóstica ante el espectro de los trastornos facticios es guiarse por premisas lógicas, asumir su existencia, tenerlos presentes al realizar diagnóstico diferencial (Sánchez-Planell & Díez, 2002) y evitar considerarlos una categoría de exclusión (Campo & Fritz, 2001). Se debe mantener un enfoque racional cuando se recurre a estudios de laboratorio e imagenología (Fisher, 2006a). Eisendrath & McNiel (2004) plantearon que es tarea de los profesionales de la salud mental, sensibilizar a los médicos de primer contacto y capacitarlos para mostrarse empáticos pero firmes ante las demandas de los pacientes, profundizar en su entorno personal antes de iniciar un innecesario peregrinar diagnóstico o terapéutico a través de diversas especialidades y subespecialidades médicas, centrar la atención en su persona más que en sus síntomas, para evitar reforzarlos (García-Losa, 2009).

2.3 Prevalencia y curso

La caracterización inicial del paciente con este trastorno correspondía a varones adultos jóvenes con historia de múltiples ingresos hospitalarios (Turner, 2006), pero estudios recientes demostraron una mayor presentación en mujeres, en la cuarta década de la vida y generalmente trabajadoras del área de la salud (Fliege et al, 2007). La frecuencia de trastorno facticio es similar en los escenarios médicos públicos y privados (Murdach, 2006) y se presenta en todos los niveles socioeconómicos (Murray, 1997).

El engaño como elemento central de este conjunto de trastornos y el esfuerzo activo del paciente por eludir su diagnóstico provoca una notable

escasez de datos epidemiológicos: el DSM-IV consigna un curso crónico pero no establece la prevalencia del mismo (1995). La mayoría de los casos de trastorno facticio permanecen sin ser identificados por largos períodos de tiempo, lapso durante el cual tienen lugar múltiples procedimientos invasivos y costosos auxiliares diagnósticos (imagenología y laboratorio). Kinsella (2001) señaló que transcurrían alrededor de 6 años de estudios innecesarios antes de diagnóstico de trastorno facticio y recientemente Ehrlich et al (2008) reportaron un promedio de 24 meses.

Se ha estimado que un 5% de las consultas médicas pueden involucrar síntomas facticios (Peebles, Sabella, Franco & Goldfarb, 2005; Savino & Fordtran, 2006) y hasta un 9% de los pacientes hospitalizados probablemente presentaban quejas facticias (Bhargava et al, 2007). El 1% de los pacientes atendidos en los servicios de salud mental cumplía los criterios para trastorno facticio (Bocchino, 2005).

El meta-análisis conducido por Kocalevent et al (2005) en tres bases de datos (Medline, PsycInfo y PsycIndex), incluyó 18 estudios empíricos publicados entre 1977 y 2003 que abordaban síndromes autodestructivos. Se estableció una prevalencia promedio de 0.9% para Trastorno Facticio en muestras clínicas, con un amplio rango (0.032 a 9.36%) y una mayor presentación en mujeres (2:1), aunque en menor proporción que la propuesta por Eisendrath & Guillermo (2001), quienes señalaron una razón de 3:1.

Bhargava et al (2007) condujeron un estudio prospectivo y encontraron que el 0.2% de los pacientes atendidos en el servicio de otorrinolaringología de un hospital de tercer nivel bajo el esquema de acceso universal a los servicios de salud cumplieron los criterios para de trastorno facticio con predominio de síntomas físicos, con una mayor presentación de cuadros

hemorrágicos (42%), 63.2% de ellos tuvieron comorbilidad psiquiátrica. Plantearon que la prevalencia obtenida podría ser conservadora ya que sus criterios para diagnóstico fueron estrictos, requerían de evidencia objetiva de fingimiento y se tuvieron que dejar de lado pacientes con sospechas razonables pero sin signos objetivos.

En 2007, Fliege et al emplearon una encuesta que fue contestada por 109 médicos de diferentes especialidades, con el fin de conocer retrospectivamente el porcentaje de casos de trastorno facticio que habían observado en su consulta y contrastar la prevalencia entre diferentes especialidades y entornos. Para ello les enviaron información completa sobre esta categoría diagnóstica, diferenciándola de la simulación y enfatizando la importancia del engaño. Reportaron que 73% de los médicos encuestados consideraron al trastorno facticio como una entidad poco relevante, principalmente para quienes reconocían tener escaso conocimiento previo sobre ella. Encontraron una prevalencia estimada promedio de 1.3%, con una mediana de 1%, debida quizá a que es el número de menor valor disponible, con lo que se evita el uso de decimales. No detectaron diferencias entre quienes ejercían en consulta privada y aquellos que trabajaban en hospitales públicos.

Ehrlich et al (2008) se centraron en población adolescente y revisaron retrospectivamente los registros de 1684 pacientes atendidos en una clínica psiquiátrica entre 1992 y 2003, obteniendo una prevalencia del 0.71% para trastorno facticio, con una razón 3:1 predominando las mujeres, en su muestra, 50% de los pacientes habían sido adoptados y todos mostraron un coeficiente intelectual dentro del rango normal. Se observó comorbilidad en 5 de 12 pacientes (41.6%) y recidiva en 3 de los 7 pacientes que contaban con seguimiento. Sin embargo, su revisión de 12081 expedientes de pacientes hospitalizados en un centro pediátrico de tercer nivel durante el

mismo período arrojó una prevalencia menor, de sólo 0.03% para trastorno facticio.

El curso del trastorno facticio es crónico, alternando entre episodios sintomáticos y períodos de remisión, las primeras manifestaciones suelen aparecer durante la tercera década de la vida y en coincidencia con situaciones de tensión psicosocial, pero se ha reportado el antecedente de inasistencia escolar por problemas médicos y hospitalizaciones a temprana edad. Los episodios son autolimitados, por ello algunos autores destacan su similitud con cuadros de tipo obsesivo: ante la acumulación de tensión interna, el episodio facticio (tal como el comportamiento compulsivo) favorece la expresión del conflicto y le sigue un alivio temporal (Kocalevent et al, 2005). En 2006, Fehnel & Brewer reportaron el seguimiento por 20 años de una paciente con trastorno facticio, quien inició con el reporte de un falso intento de suicidio a los 19 años, 10 años después produjo manifestaciones musculares (disonía y pseudocrisis epilépticas), hacia los 40 años presentó síntomas difusos similares a vasculitis, recibiendo el diagnóstico de trastorno facticio y después de 15 años de un ajuste laboral satisfactorio reinició con síntomas neurológicos y musculares facticios.

Eisendrath & McNiel (2004) hicieron el seguimiento por 24 meses de 20 casos de pacientes con trastorno facticio e identificaron una mortalidad del 20%, por ello advirtieron que puede tratarse de una patología potencialmente fatal, particularmente cuando se combina con litigios legales. Al analizar los 4 casos donde las manifestaciones del trastorno estuvieron directamente relacionadas con la muerte de los pacientes, resultó claro que lo que inició como sintomatología facticia que les brindaba aprobación social y les relevaba de sus obligaciones laborales, se combinó con procesos legales de incapacidad que tenían una doble función: obtener un escudo social contra cualquier acusación de fabricación de síntomas, y conseguir beneficios

económicos en la forma de compensaciones por accidentes o riesgos de trabajo.

2.4 Etiología

Las explicaciones que han propuesto sobre el mecanismo que subyace a este cuadro, han fluctuado entre la psicopatía y la indefensión. En 1908, Dieulafoy (citado en Callegari, Bortolaso & Vender 2006) describió el caso de un hombre que se producía lesiones con sosa cáustica y lo consideró como un tipo específico de simulación, diferenciándolo de la sintomatología histérica y acercándolo al comportamiento antisocial, esta postura conceptualizaba al paciente como un sujeto que activa y voluntariamente distorsionaba información para obtener beneficios. Desde la perspectiva psicoanalítica, Karl Menninger en 1934 destacó la tendencia de algunos pacientes neuróticos por someterse a repetidas operaciones, generalmente cirugías mayores, con lo que temporalmente aliviaban la tensión emocional y explicó el mecanismo subyacente como un suicidio parcial, en el cual se cumplía el deseo de autodestrucción pero se depositaba la responsabilidad de la agresión en el médico (Savino & Fordtran, 2006), este enfoque liberaba al paciente del control sobre las manifestaciones facticias, cuyo origen permanecía inconsciente, y lo conceptualizaba como el repetidor pasivo de un mecanismo que se activaba bajo situaciones de frustración o carencia afectiva. También como víctima se conceptualizaba al paciente bajo la premisa de que habiendo sufrido abuso durante la infancia, en la adultez dirigía esa ira hacia el personal de salud a quienes engañaba y exasperaba al fingir sintomatología (Kinsella, 2001). Durante el siglo XX, prevalecieron estas explicaciones centradas en conflictos intrapsíquicos simbolizados a través de los síntomas, pero que permanecían inaccesibles al paciente, quien por la naturaleza de sus quejas facticias se mostraba refractario al abordaje psicoterapéutico y por lo tanto a la mejoría a través de su análisis.

Sin embargo, hacia los últimos años del siglo pasado, surgieron nuevas líneas de investigación que reconocían la capacidad del paciente con trastorno facticio de tomar consciencia aunque no control sobre sus manifestaciones y sus causas, estos autores resaltaron las consecuencias que los síntomas facticios provocaban en el entorno social, en particular el desperdicio de los recursos sanitarios y la incomodidad y molestia en quienes los brindaban. A partir del estudio de casos, Feldman (2000) estableció cuatro motivos centrales que subyacían a la presentación de quejas facticias: obtener atención, generar simpatía, expresar hostilidad hacia figuras de autoridad (en este caso, personal de salud a quienes se logra estafar) y obtener control sobre el entorno. Describió sujetos centrados en sí mismos y en lo que logran obtener de los demás, características compatibles con una estructura narcisista, pero no abordó la descripción de la personalidad del paciente con trastorno facticio, ni se pronunció sobre la cualidad consciente/inconsciente de sus motores. El tono empleado en su página de Internet al explicar que entre los pacientes con trastorno facticio “algunos buscan el papel de VÍCTIMA o HÉROE, más que el de ENFERMO” (www.munchausen.com), la advertencia velada hacia ellos: “Las buenas noticias son que el conocimiento acerca del trastorno facticio... ha estado incrementándose exponencialmente” y sus constantes publicaciones de casos redactadas en tono de denuncia (Feldman, 1997, 2007; Feldman & Ford, 1994) reflejaban una conceptualización de los pacientes con trastorno facticio como sujetos que con sus mentiras podían provocar a los demás un daño de magnitud considerable (Feldman & Peychers, 2007), por ello su interés continúa siendo “desenmascarar” a quienes manifiestan esta forma de “deshonestidad humana” (Mullen, 1999); al igual que Ireland, Sapire & Templeton (1967, citados en Murray, 1997), quienes habían propuesto la creación de una base de datos con fotografía y huella digital para identificar a estos “impostores” y frenar su constante peregrinar en busca de atención

médica innecesaria. Otros autores compartieron un punto de vista similar, pero sin las implicaciones punitivas: Wright, Bhugra & Booth (1996) realizaron una encuesta entre 44 médicos que laboraban en servicios de emergencia en Londres, quienes expresaron una opinión favorable hacia el uso de sistemas de información en línea, compartida entre instituciones hospitalarias y consideraron que la mayor utilidad se presentaría en los casos de niños en condiciones de riesgo por abuso y aquellos con síndrome de Munchausen. El 41% de los encuestados expresó preocupaciones éticas relacionadas con este mecanismo de control mientras que el 56% lo avaló sin restricciones, entre los riesgos destacó la posibilidad de despertar reacciones inapropiadas entre el equipo de salud, cuyo juicio clínico podría sesgarse en perjuicio del paciente. El aspecto de violación a la confidencialidad de la información podría resolverse al solicitar el consentimiento bajo información del paciente para ingresar sus datos a este sistema, ya que aún su negativa para otorgarlo sería de utilidad para establecer el diagnóstico.

En contraposición, otros autores han restado importancia a la mentira que sostiene al trastorno facticio y centraron la atención en su cualidad adaptativa. Rogers (1990, citado en Grant & Binder, 2000) fue más allá en su esfuerzo por comprender la función del engaño aún en situaciones de simulación y consideró que los criterios diagnósticos del DSMIII-R para esta condición clínica eran puritanos porque se basaban en la sospecha de que el paciente fuera una mala persona y pasaban por alto situaciones en las que el fingir cumplía una meta adaptativa (v.gr. un prisionero de guerra que simula estar enfermo para evitar malos tratos o conseguir su liberación). En la misma línea, Sirvent et al (2008) propusieron que el engaño y aún el autoengaño no necesariamente son indicativos de psicopatía, en cambio plantearon la existencia de un nivel "fisiológico" de autoengaño, que se manifestaba en forma de ilusiones o fantasía y que era útil para adaptarse a

la realidad, pero lo distinguieron del autoengaño al que denominaron patológico, propio de los trastornos facticios y otras patologías mentales, en donde se carece de la capacidad para percatarse de sus efectos negativos.

Para la mayoría de los autores, el trastorno facticio aparece cuando una motivación inconsciente da origen a un acto consciente de engaño (Savino & Fordtran, 2006): el paciente aprendió durante su infancia que a la enfermedad física la acompañaban cuidados y alivio, no así al sufrimiento emocional; por lo tanto, cuando siendo mayor se enfrenta a afectos displacenteros, produce sintomatología física con en fin de obtener nuevamente la única forma de alivio que tuvo disponible en el pasado.

Rogers et al (1989) plantearon que las manifestaciones clínicas del trastorno facticio podrían reflejar necesidades generales de dependencia, explicaron que se trataba de un intento elaborado por obtener estructura y atención cuando el paciente se consideraba inhábil para manejarse adecuadamente en la comunidad. La creación de síntomas facticios se ha considerado como un intento por alterar o escapar de una situación insatisfactoria y presentarse como víctima o como caso interesante para obtener atención (Tausche, Hansel, Tausche, Unger & Schroder, 2004). También se ha analizado el indispensable complemento de este mecanismo: la respuesta del entorno. Kinsella (2001) reconoció que en las historias de sus pacientes hubo experiencias tempranas de hospitalización y una relación especial con el personal de salud, o la observación de una enfermedad prolongada y/o relevante en familiares cercanos, además de incidentes de abuso sexual (aunque advirtió que el fundamento de estas historias era frágil debido a la pobre credibilidad que se podía dar a los datos aportados por el paciente con trastorno facticio); sin embargo, observó que para que se estableciera el mecanismo fue necesario que el paciente nuevamente recibiera atención y cuidado al fingir signos o síntomas.

Otros autores se han enfocado en los aspectos socioeconómicos que promueven o perpetúan la expresión de quejas facticias: se ha sugerido que aquellos sistemas de administración de salud que limitan el acceso del paciente a las consultas con especialistas provocan que el paciente tenga que exagerar sus quejas para recibir atención (Elsbeth, 2000). Nicholson & Martelli (2004) plantearon que bajo el esquema de servicios privados de salud por cobertura de seguro médico, el médico participa y perpetúa el sobre reporte de síntomas tales como el dolor, debido a los beneficios económicos que obtiene al prolongar el proceso diagnóstico solicitando estudios inespecíficos y/o innecesarios. Stephenson & Prince (2006) señalaron factores iatrogénicos que contribuían y mantenían la expresión de quejas somáticas infundadas: falta de certeza clínica, recomendaciones ambiguas o contradictorias, ausencia de explicaciones completas y rechazo o desinterés hacia los síntomas o creencias de los pacientes.

Fisher (2006a) utilizó el paradigma del trastorno facticio para resaltar un aspecto de la relación médico paciente: el sadomasoquismo como esquema de poder. Planteó que este trastorno se manifiesta a través de una "puesta en escena": una persona comienza a representar el papel de paciente y con el poder de un director de teatro obliga al profesional de la salud (comúnmente el médico) a asumir involuntariamente el papel complementario, con lo que trastoca la dinámica tradicional y reta su autoridad. La respuesta institucional es asignar una clasificación diagnóstica para reestablecer el poder del médico, devolviendo al "trasgresor" a su condición de paciente y retomando el control al encasillar su comportamiento dentro de un trastorno. Otro aspecto de este mecanismo que lo hace más complejo es el poder de las instituciones de salud como empleadores de los médicos o las compañías aseguradoras que tasan su trabajo y generan frustración en el profesional de la salud, insatisfacción que podría transferirse

hacia la figura del paciente. La tendencia ritualista en la atención de los pacientes también contribuye a perpetuar las manifestaciones del trastorno facticio: consulta, exploración (que en ocasiones se pasa por alto) y auxiliares diagnósticos: estudios cada vez más complejos y con bajos índices de especificidad, *resultados desconcertantes y ausencia de mejoría*, nuevos intentos diagnósticos y terapéuticos que, por la naturaleza del trastorno, inevitablemente producirán *resultados desconcertantes y ausencia de mejoría*, con lo que la rueda vuelve a girar sobre su eje.

2.5 Intervención

Diferentes paradigmas de intervención se han propuesto para el manejo del trastorno facticio. Se ha planteado que los pacientes que mejor respondían a la intervención son aquellos que presentan episodios espaciados en tiempo, independientemente de la gravedad de los mismos (Eisendrath & Guillermo, 2001), probablemente porque entre cada una de las crisis lograban un mejor ajuste personal, familiar y/o laboral. El pronóstico empeoraba cuando cursaban con otro trastorno mental (Bhargava et al, 2007). En el meta-análisis publicado por Kocalevent et al en 2005 se reportó que entre los 18 estudios revisados, en ninguno se recomendaba tratamiento farmacológico.

Todos los modelos de intervención coincidieron en la necesidad de un abordaje interdisciplinario y, más importante, una permanente comunicación entre los especialistas con el fin de compartir información completa y fidedigna sobre el curso del trastorno en cada paciente (Eisendrath, 1995). Se ha reportado la utilidad de acompañar el seguimiento de las manifestaciones somáticas con intervenciones psicológicas de soporte, tales como la consejería y la psicoterapia de apoyo, con las que se logró espaciar

los episodios en los que el paciente demandaba atención clínica innecesaria (Rohan, Mailis & Rapoport, 1997).

Se observó una disyuntiva en el abordaje de los pacientes con trastorno facticio: los autores diferían en el uso de confrontación, aunque no hubo resultados concluyentes sobre la ventaja terapéutica de alguna de estas posturas. Eisendrath (1993, 1994, 1995) sostenía una propuesta contraria a la confrontación que consistía en informar al paciente que su problema de salud era serio pero no pertenecía al área tradicional de intervención médica; sin señalar la naturaleza falsa de sus síntomas, le daban la oportunidad de beneficiarse de técnicas tales como la retroalimentación biológica o la hipnosis para el alivio de su malestar. Este autor establecía una alianza implícita con la naturaleza secreta que el paciente deseara conservar sobre el origen de sus síntomas y ocasionalmente le obsequiaba una oportunidad para parar de fingir sin tener que reconocer que lo había hecho, ofreciéndole “una manera digna de despojarse de su síntoma facticio” (Eisendrath & Guillermo, 2001, p. 483). También recomendaba prescribir alguna medicación inespecífica y daba al paciente la consigna de que si no reportaba mejoría se establecerá el diagnóstico de trastorno facticio y será canalizado a atención psiquiátrica. Aunque Eisendrath describía su modelo como una alternativa para preservar una buena imagen del paciente (face-saving), es claro que buscaba resolver un problema que se originaba en el engaño del paciente a través de otro engaño y empleaba una amenaza encubierta: -si no para de formular síntomas facticios, recibirá el diagnóstico de trastorno facticio-, que justificaba al plantear que “los tratamientos tienen que ser tan creativos como lo son los pacientes” (Eisendrath, 1994, p. 179).

Las cinco claves centrales de intervención que Eisendrath propuso (1993) son:

1. Clarificar el significado que la enfermedad médica facticia tiene para el paciente.
2. Resignificarla en términos más adaptativos.
3. Favorecer la proyección del problema: observarlo en otros para lograr analizarlo.
4. Inversión de roles (empleando la proyección).
5. Aliarse con el paciente para mantener a salvo su buena imagen, brindándoles interpretaciones inexactas sobre su condición, que ellos mismos pueden utilizar para parar de fingir sin tener que admitir que lo estuvieron haciendo (Eisendrath, 1994).

En 2006, McCarron, Han & Motosue-Brennan propusieron un modelo de intervención común para los cuadros donde un conflicto psicológico se expresa con sintomatología física, entre los cuales incluyeron al trastorno facticio. Lo denominaron CARE-MD y con este acróstico puntualizaron los 6 aspectos relevantes de su programa:

C) Terapia cognitivo-conductual (cognitive-behavioral therapy). Indicar consultas a psiquiatría y psicoterapia de corte cognoscitivo-conductual, por medio de intervenciones individuales o de grupo, en psicoterapia breve (de 8 a 20 semanas), con el fin de desarrollar habilidades para la resolución de problemas de la vida diaria (que pueden subyacer al inicio de las manifestaciones somáticas) y modificar pensamientos disfuncionales del tipo: "nadie entiende mi dolor" (ídem, p. 4).

A) Evaluación (assess). Mantenerse al tanto de las manifestaciones tanto físicas como emocionales del paciente, su curso y eventual exacerbación, además de nuevos hallazgos. Hacer un seguimiento cuidadoso.

R) Visitas regulares (regular visits). Establecer un programa de seguimiento con consultas periódicas breves (v.g. 15 minutos cada 4 a 6

semanas), en lugar de recomendar al paciente que asista cuando presente síntomas. Se sugiere realizar la revisión física (punto anterior) pero también una evaluación de la situación psicosocial del paciente.

E) Empatía. No sólo esforzarse por comprender al paciente, también hacer explícito este interés por conocer a cabalidad su situación de vida.

M) Comunicación constante entre especialistas médicos y de salud mental (Medicine-psychiatry interface), y de ellos con el paciente, aportar información clara y significativa, más que datos técnicos.

D) No dañar (Do not harm). Realizar solo aquellos procedimientos diagnósticos y terapéuticos razonables, evitar iatrogenias.

Stephenson & Price (2008), abordaron los diferentes cuadros mentales que producen síntomas físicos médicamente inexplicables (somatización, hipocondriasis, trastornos disociativos, dolor psicogénico, trastorno facticio y simulación). Propusieron un manejo diferencial centrado en las características de los pacientes y reconocieron que algunos eran refractarios a cualquier forma de intervención y mantenían sus síntomas ante cualquier enfoque. Para aquellos pacientes con cierta apertura para discutir su estado emocional y ante quienes aún no habían explorado el origen psicológico de su malestar, sugirieron una comunicación directa sin necesidad de confrontación: "proveer una explicación clara del fenómeno, eliminar la culpa y brindar oportunidades de autoayuda" (ídem, p. 598) y plantearon que estas explicaciones daban poder y eran ideales para legitimar el sufrimiento del paciente y favorecer su alianza con el clínico. Advertieron que resultaba ineficaz brindar frases tranquilizadoras (v.g. "nada grave está ocurriendo") si éstas no iban acompañadas de una explicación vasta y una conversación abierta que lograra identificar o comprender el origen del miedo de los pacientes. También rechazaron tomar como base los resultados negativos de estudios para convencer al paciente de que sus dolencias carecían de sustrato biológico, debía ser la experiencia y conocimiento del

clínico, además de la integración que había hecho del caso, el fundamento de las explicaciones que el paciente recibía. Consideraron que el uso de la confrontación no era esencial pero tampoco lo rechazaron, antes bien, recomendaron decidir emplearla de acuerdo a las circunstancias individuales, pero nunca forzar o intentar convencer a un paciente refractario.

Su propuesta consistió en una adaptación del modelo de intervención re-atributivo para el manejo de quejas somáticas inespecíficas, exageradas o infundadas, a través de las siguientes etapas:

1. Lograr que el paciente se sienta comprendido, a través de la demostración de que su problema es y será tratado con seriedad, por medio de una comunicación empática con el fin de animar al paciente para expresar sus dudas y puntos de vista.

2. Ampliar el foco de la evaluación para incluir las circunstancias de vida del paciente y sus creencias alrededor de los conceptos salud-enfermedad.

3. Establecer el vínculo entre su estado físico y emocional, a través de explicaciones completas e individualizadas que nunca deben presentarse de manera dogmática, antes bien deben ser sugestivas e irse construyendo junto con el paciente. Se puede ejemplificar cómo funciona este mecanismo en otras personas, para evitar la resistencia.

Resulta claro que una intervención única centrada en estas etapas no tendría efectividad al trabajar con cuadros crónicos, en los cuales Stephenson & Price (2008) recomendaron establecer un programa regular de visitas no frecuentes con el mismo clínico, quien debía evitar estudios innecesarios y enfocarse en el manejo de los síntomas conforme se iban presentando, más que en intentar la curación.

Quienes apoyaban la confrontación, coincidían en que ésta debía ser firme pero no acusatoria y evitaban caer en argumentaciones repetitivas (Malone & Lange, 2007) o largas discusiones con el paciente. Peebles et al (2005) reportaron resultados favorables después de la confrontación en 6 casos de chicas adolescentes y describieron que las pacientes recibieron de sus familiares apoyo y aceptación, sin embargo, probablemente se trataba de víctimas de trastorno facticio por poderes (porque las manifestaciones físicas autoprovocadas habían iniciado en la infancia) y al no realizar seguimiento de los casos, lo que estos autores interpretaron como reacciones favorables, quizá fue una nueva simulación familiar que tenía como finalidad aprovecharse del diagnóstico para evadir la responsabilidad por el abuso perpetrado.

En 2007, Bhargava et al utilizaron la confrontación en 19 pacientes del servicio de otorrinolaringología con trastorno facticio. Esta se realizó de manera confidencial y empática, se evitaron juicios de valor y consecuencias negativas. No pudieron completar el seguimiento en 15% de los pacientes, pero mantuvieron contacto hasta por 6 años en el resto de ellos, encontraron que un 16% continuó presentando episodios facticios, el 21% permaneció sin cambios y 48% de los pacientes no volvieron a desarrollar síntomas facticios. Estos autores reconocieron haber aprovechado dogmas religiosos musulmanes para influir sobre la conducta de los pacientes, emplearon educación en salud, consejo espiritual y recurrieron a la supervisión por algún familiar de jerarquía superior (generalmente el padre).

Al trabajar con pacientes de entre 6 a 18 años con trastorno facticio, Ehrlich et al (2008) reportaron que al ser confrontados, un 75% de ellos reconocieron haber producido sus síntomas y después de recibir una intervención reeducativa, 3 de 7 casos que tuvieron seguimiento recidivaron.

Aunque la revisión de la literatura arroja escasos datos técnicos sobre el trabajo con el sistema familiar del paciente, numerosos autores propusieron incluirlo en el tratamiento, para favorecer una mejoría sostenida, particularmente en pacientes adolescentes (Griffith et al, 1998; Krahn et al, 2003; Bhargava et al, 2007).

Gran parte de los trabajos que fueron revisados para la elaboración de esta investigación provino de autores médicos, aunque no necesariamente de la rama psiquiátrica. Se trataba predominantemente de casos reportados por especialistas que reaccionaron con sorpresa, interés, curiosidad y, ocasionalmente, disgusto, ante el descubrimiento casual o intencional de sintomatología facticia en alguno o algunos de sus pacientes, situación que los motivó a profundizar en el tema. La participación del psicólogo clínico en el abordaje de estos pacientes fue infrecuente, tal como ocurre en la práctica cotidiana, donde en raras ocasiones se esperaría atender a pacientes con trastorno facticio, quienes por definición buscan recibir atención médica. La intervención del psicólogo como interconsultante dependería de que el sujeto con esta patología fuera diagnosticado y posteriormente canalizado por el personal médico de primer contacto, además de que aceptara ser atendido por el equipo de salud mental. Bochino (2005) planteó que ambas circunstancias eran poco probables, debido a la necesidad de estos pacientes de eludir el diagnóstico y al hecho de que cuando el médico descubría la auto producción de la sintomatología, frecuentemente reaccionaba con enojo, lo que podía interferir negativamente en su comprensión de este trastorno mental.

Pese a lo anterior, conocer con claridad este complejo fenómeno y sus implicaciones individuales, familiares y sociales, es indispensable para el psicólogo clínico, quien tiene en el MMPI-2 una valiosa herramienta para complementar la evaluación clínica del engaño, puesto que aporta evidencia

objetiva de la presencia de la distorsión en el auto reporte, a través del análisis de sus escalas de validez y su relación con las escalas clínicas, de contenido y suplementarias. La baja prevalencia del trastorno facticio podría explicar la confusión o vaga comprensión de él que existe entre el personal de salud, pero esta relación también podría tener una dirección inversa: difícilmente se detectaría aquello que se desconoce.

Además del área clínica, también el campo de la psicología forense, relativamente novedoso en nuestro país, se beneficiaría del reconocimiento de las manifestaciones facticias.

2.6 Psicología forense

García, Domínguez-Trejo, Varela & Tapias (2008), plantearon que la psicología jurídica tiene como finalidad responder a las instancias de procuración de justicia (en nuestro país, los jueces), sobre aquellas cuestiones que requieren comprender o dilucidar en el proceso de impartirla. Dentro de esta macro estructura, se inserta la psicología forense, como una rama que se ocupa de la aplicación de principios de evaluación psicológica en las esferas del derecho civil y penal, principalmente. Para Quinsey (2009), el psicólogo forense se ocupa de aspectos tales como la imputabilidad, la detección del riesgo de reincidencia y la caracterización de la conducta antisocial. Sin embargo, también el derecho laboral, el penitenciario, el militar y el canónico podrían beneficiarse de los aportes de esta rama de la psicología.

En el escenario laboral, establecer la veracidad o factibilidad de las quejas en juicios de incapacidad física o daño psíquico, constituye un valioso aporte para el dictamen judicial (Arce & Fariña, 2005). El peritaje psicológico en este tipo de querellas brinda directrices útiles sobre la actitud

del examinado; existen protocolos de trabajo específicos para establecer con razonable confiabilidad si el malestar reportado tiene fundamento en un daño real. Al igual que en el ámbito de la psicología clínica, el instrumento psicológico mayormente estudiado y más empleado para estos fines es el MMPI-2, sin embargo, siendo ésta un área de investigación en desarrollo, Arce & Fariña (ídem) recomendaron evitar juicios concluyentes, por ello expresaron sus resultados bajo los siguientes términos: “probablemente simulador vs. probablemente no simulador” (ídem, p. 73).

En entornos penitenciarios, la identificación de condiciones como el trastorno facticio o la simulación entre los reclusos (Mohíno et al, 2004) podría evitar que obtengan beneficios o atención médica injustificada

Dentro del derecho familiar, en juicios conflictivos de divorcio y custodia infantil se ha propuesto la existencia un fenómeno que no constituye un trastorno mental, pero requiere atención clínica: el síndrome de alienación parental, descrito por Gardner en 1985 y que consiste en relaciones familiares alteradas en el contexto procesos legales complicados. Los hijos “censuran, critican o rechazan a uno de los progenitores de modo injustificado o exagerado” (Bolaños, 2002, p. 25), pues han sido influidos negativamente de manera sistemática por el progenitor con quien viven (denominado alienante). Bajo estas condiciones, no es raro observar alegatos falsos de abuso sexual que son insinuados pero rara vez denunciados formalmente por el progenitor alienante o aceptado. En estos casos de simulación, la motivación para dar reportes falsos podría ser obtener la custodia y evitar que el padre rechazado tenga contacto con el hijo. En contraste, los casos de trastorno facticio por poderes, que en el pasado se denominó síndrome de Polle (Rodríguez et al, 2003), son menos frecuentes pero más graves y deben atenderse clínicamente, brindado tratamiento al progenitor enfermo (generalmente la madre) y rehabilitación a

los hijos, pero también desde un marco legal, para preservar la integridad de el o los menores. En 1993, Meadow reportó 14 casos de niños entre los 3 y los 9 años, pertenecientes a 7 familias, en los cuales la madre realizó denuncias de un abuso sexual que no se cometió. Se realizó el diagnóstico de trastorno facticio por poderes al comprobar que la motivación inicial fue obtener atención y cuidados por parte de las instancias de protección al menor, beneficios que aportaban a la madre satisfacción de tipo vicaria; en 6 de los niños se documentó que habían sido entrenados por su madre para describir el abuso y 3 de las 7 mujeres reconocieron haber mentido al ser confrontadas.

En 1995 Meadow puntualizó que los casos de trastorno facticio por poderes sólo constituían una pequeña porción del fenómeno de abuso infantil y advirtió sobre el riesgo de que los perpetradores de abuso se escudaran bajo el argumento de padecerlo. Recientemente, Savvidou, Bozikas & Karavatos (2002) incurrieron en este error al presentar como Munchausen por poderes el caso de un niño de 12 años con variada evidencia de abuso físico por parte de sus padres adoptivos (de 65 y 58 años), quienes culpaban a un maestro de haberlo realizado y en el que no se corroboró la motivación parental de recibir atención clínica.

Meadow (ídem) estableció 8 características claves para el diagnóstico diferencial, que no se observan en el adulto que padece trastorno facticio por poderes, puesto que son propias de otros tipos de perpetradores de abuso infantil:

- 1) El o los progenitores tienen poco contacto con el niño durante la hospitalización, también son evasivos con los médicos y enfermeras.
- 2) Se detecta negligencia al ejercer cuidados básicos como alimentación y limpieza del niño.

3) El o los progenitores expresan ansiedad excesiva alrededor de los signos o síntomas del niño, sirviendo de modelo para que éste también la manifieste.

4) Un progenitor presenta trastorno delirante e interpreta incorrectamente señales reales o inexistentes en el niño.

5) Por observación, el niño aprende y actúa las quejas físicas de un progenitor (generalmente la madre).

6) Los progenitores muestran desapego al tratamiento del menor y constantemente buscan nuevas opiniones médicas.

7) Se teme a la independencia del niño y existe el deseo de continuar ejerciendo el papel de madre, por lo que se exageran o simulan síntomas, se promueven las inasistencias escolares y se logra que el hijo permanezca en casa, ligado permanentemente al cuidado materno.

Para los casos donde se detecta evidencia de abuso físico o psicológico, en el contexto de trastorno facticio o fuera de él, Meadow & Mitchels (1989) recomendaron contactar instancias judiciales y acompañar este señalamiento con un documento breve pero claro, en el que se deben establecer los datos sociodemográficos del niño, la información académica y laboral del clínico que detectó el probable abuso, las circunstancias específicas en las que se tuvo contacto con el caso y el resumen del mismo, puntualizando las manifestaciones observadas y la fecha de presentación, además de una conclusión clara pero no dogmática. Paradójicamente, este pediatra inglés que por décadas llamó la atención sobre una realidad desconcertante y frecuentemente negada: madres que activamente "enferman" a sus hijos, en 2005 fue expulsado del General Medical Council (Dyer, 2005) bajo el argumento de mala práctica, puesto que sobrepasó los límites de su experiencia al fungir como testigo en el juicio realizado en 1999, donde Sally Clark fue condenada por la muerte de sus dos hijos. El error que Meadow cometió consistió en hacer una interpretación incorrecta de las estadísticas

sobre el fenómeno denominado "muerte de cuna". Después de este incidente, el apoyo de colegas y el reconocimiento de que actuó de buena fe e incurrió en un error muy común, motivaron que su apelación fuera aprobada y fue readmitido un año después. Sin embargo, el suceso sentó un precedente porque podría tener el efecto negativo de disuadir a otros clínicos (personal de enfermería, trabajo social, medicina, psicología) de reportar casos con evidencia de abuso infantil (físico o psicológico), dado el riesgo de represalias o complicaciones que amenazarían su estatus laboral y/o académico.

Capítulo 3.

El inventario multifásico de la personalidad de Minnesota-2 (MMPI-2)

El papel central de este inventario en el desarrollo del presente trabajo, obliga a profundizar sobre la historia, el desarrollo y el estado actual del instrumento de evaluación psicométrica de la personalidad más utilizado y que mayor volumen de investigación ha generado desde su publicación (Butcher, 2006).

3.1 Desarrollo del MMPI

La forma original de este inventario de personalidad fue construida por Starke R. Hathaway y J. Charnley McKinley alrededor de 1940, con el propósito original de detectar la presencia de ocho alteraciones mentales específicas (hipocondriasis, depresión, histeria, desviación psicopática, paranoia, psicastenia, esquizofrenia y manía) y bajo un criterio empírico: seleccionando los reactivos sobre la base de su capacidad para predecir la presencia del trastorno correspondiente (Butcher & Perry, 2008). Aunque se le considera un instrumento libre de sesgos teóricos, durante su construcción fueron decisivas las categorías nosológicas prevalecientes en la época y dos modelos conceptuales: el psicodinámico y el conductual (Sellbom & Ben-Porath, 2006), particularmente en la selección de los reactivos y al establecer las ocho escalas. Los autores buscaban un método objetivo y práctico para apoyar el diagnóstico psicológico en el ámbito psiquiátrico (en el Hospital de la Universidad de Minnesota), que además proporcionara un indicador cuantitativo de la severidad del trastorno, con el fin de detectar la eficacia de los procedimientos terapéuticos (Groth-Marnat, 1990). Habiendo creado un conjunto de 1,000 reactivos, seleccionaron sólo aquellos que

lograban discriminar entre el grupo de pacientes con diagnóstico establecido en cada una de las ocho escalas y un conjunto de aproximadamente 750 sujetos normales, principalmente obreros, granjeros y amas de casa de raza blanca, muchos de los cuales acudían como visitantes al Hospital Universitario y tenían un promedio de 8 años de escolaridad (Sellbom & Ben-Porath, 2006).

Después de su publicación original, el MMPI sufrió algunas transformaciones: Hathaway y McKinley agregaron poco tiempo después la escala Mf (Masculino-Femenino), con la cual buscaban inicialmente discriminar entre varones heterosexuales y homosexuales; aunque esto no fue posible, el indicador resultó útil para identificar el apego del sujeto a patrones de conducta tradicionalmente masculinos o femeninos. En 1946, Drake agregó la escala Is (Introversión social), para diferenciar el grado de participación en situaciones de interacción social entre estudiantes. Con estas dos escalas adicionales, quedaron conformadas las 10 escalas clínicas, mismas que se complementaban con las escalas L (Mentiras), F (Infrecuencia), K (Corrección) y ? (no puedo decir), también llamadas escalas de validez, con las cuales era posible determinar cuál fue la actitud del sujeto al responder al inventario, es decir, su grado de atención, su nivel de honestidad, el esfuerzo por fingirse bien, fingirse mal, o responder al azar, etc. (Groth-Marnat, 1990).

Además de las modificaciones anteriores, otros autores se interesaron por extender los alcances del instrumento y crearon nuevas escalas que alcanzaron cierta popularidad; éstas servían para evaluar estilos de comportamiento, actitudes, síntomas psicológicos y grados de ajuste, y demostraron gran utilidad para completar y matizar las descripciones obtenidas a partir de las escalas clínicas (Graham, 2006). El MMPI ha sido un instrumento psicométrico extensamente utilizado para la evaluación de la

personalidad, que aporta “una medición cuantitativa del nivel de ajuste emocional del individuo y su actitud hacia la prueba” (Groth-Marnat, 1990, p. 179).

En México, la traducción de este instrumento fue realizada por Rafael Núñez y se publicó en 1967, por la Editorial Manual Moderno. Esta versión podía utilizarse en sujetos mayores de 16 años con escolaridad básica (Benavides & Di Castro, 1984) y constaba de 556 frases, 16 de las cuales estaban repetidas con el único propósito de rellenar la hoja de respuesta y facilitar el procedimiento de puntuación a través de máquinas (Graham, 2006). Aunque durante años fue extensamente utilizado, algunos estudios señalaban marcados índices de psicopatología en la población mexicana (Lucio, 1995), quizá por la traducción al español que no era específica para nuestro país sino que buscaba ser aplicable a toda América latina (Benavides & Di Castro, 1984), o probablemente por lo inadecuado de la muestra normativa norteamericana, dificultades que debían sortearse con experiencia del clínico quien realizaba ajustes de las elevaciones en algunas escalas.

3.2 MMPI-2

A pesar de su uso difundido y lo favorable de sus resultados, en los años setentas resultó evidente que el lenguaje del instrumento estaba resultando anacrónico ya que presentaba sesgos de tipo racista y sexual, además, la muestra normativa original ya no era representativa y la aplicación del MMPI en población adolescente rendía resultados deficientes (Sellbom & Ben-Porath, 2006). Por lo anterior, en 1982 se conformó un comité de reestandarización en la Universidad de Minnesota, cuyo objetivo fue mantener la estructura original del instrumento, pero actualizar su lenguaje y los tópicos que cubría, v.g., se agregaron reactivos para evaluar riesgo suicida, uso de drogas y conductas relevantes para el tratamiento

psicoterapéutico. Se evitaron las frases idiomáticas y aquellas con doble negación que resultaban de difícil comprensión (Graham, 2006). En el MMPI-2 se incluyeron aquellas escalas que habían sido desarrolladas por investigadores independientes y que demostraron su utilidad clínica y solidez psicométrica; estas escalas fueron incluidas en los perfiles de Escalas de Contenido y Suplementarias, adicionalmente, se conformaron 3 nuevas escalas de validez: Fp (Infrecuencia posterior), INVAR (Inconsistencia en las respuestas variables) e INVER (Inconsistencia en las respuestas verdaderas). La muestra normativa estuvo conformada por 1138 hombres y 1462 mujeres de distintos grupos étnicos y diversas regiones de E.E.U.U., con edades entre los 18 y los 85 años y 14.72 años de escolaridad en promedio. Se mantuvieron 372 de los 383 reactivos originales de las escalas de validez y clínicas, 11 reactivos fueron eliminados y 64 reformulados, sin que esto alterara el funcionamiento psicométrico de tales escalas. En 1989 se publicó en Estados Unidos la segunda versión del instrumento: MMPI-2.

La adaptación del MMPI-2 en nuestro país fue conducida por un equipo de investigación de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), dirigido por Emilia Lucio Gómez-Maqueo y se publicó en 1995 por el Manual Moderno. Para asegurar la correspondencia clínica pero también cultural de la versión al español para México, se realizó un procedimiento de transliteración (Lucio & Ampudia, 1996) y se obtuvieron normas nacionales para cada género con una muestra representativa de estudiantes universitarios (Lucio, 1995). La muestra normativa mexicana estuvo conformada por 1920 estudiantes universitarios, 813 hombres y 1107 mujeres, seleccionados al azar entre la población de alumnos de la UNAM, con edades entre 17 y 36 años. Los perfiles de esta muestra cubrieron los siguientes criterios de validez: índice de Gough hasta 9, hasta el 80% de respuestas verdaderas o falsas, hasta 29 reactivos sin contestar, puntaje crudo entre 5 y 13 para la escala INVER y hasta 13 para la escala INVAR,

puntajes crudos hasta 20 para la escala F y hasta 11 para la escala Fp (el significado de estos indicadores se describirá adelante). Se condujeron distintas investigaciones donde se probó que la estructura factorial de las escalas básicas y de contenido es semejante en ambas muestras (norteamericana y mexicana), que el instrumento discriminaba correctamente entre la muestra normativa y una muestra de pacientes psiquiátricos y mostraba adecuada consistencia interna y confiabilidad test-retest en un intervalo de 15 días entre aplicaciones (Lucio, 1995).

El MMPI-2 aporta información sobre el nivel general de ajuste en sujetos mayores de 18 años, la presencia e intensidad de diversos síntomas psicopatológicos, sus características de personalidad y su funcionamiento interpersonal (Sellbom & Ben-Porath, 2006). En el área de salud mental tiene amplia aplicación, resulta útil para la caracterización de los casos y en la planeación de la intervención terapéutica, en escenarios médicos ayuda a comprender la interacción entre patología física y estado emocional, también es utilizado con frecuencia en la selección y evaluación de personal para puestos laborales donde las disfunciones psicológicas pudieran poner en riesgo a la comunidad (pilotos, policías, entre otros).

3.3 Aplicación, calificación e interpretación del MMPI-2

En nuestro país se dispone de una versión autoadministrable que consiste en un cuadernillo de aplicación (que contiene las instrucciones y los 567 reactivos) y dos tipos de hojas de respuesta: una para calificación manual y una distinta para calificación por computadora (a través de un lector óptico, servicio que brinda la Facultad de Psicología de la UNAM). La aplicación puede ser individual o colectiva, pero siempre en un entorno controlado para garantizar la confiabilidad de los resultados. Aunque puede

resultar tentador facilitar al sujeto los materiales de prueba y permitir que resuelva el instrumento en casa, esto está claramente contraindicado (Graham, 2006). Quien aplica el MMPI-2 no puede resolver dudas sobre el significado de los reactivos o los términos en los que se presentan, pero debe estar presente durante todo el proceso de respuesta, que dura entre 1 y 2 horas; en el caso de administraciones colectivas, se recomienda un supervisor por cada 20 personas evaluadas (Lucio, 1995).

En los Estados Unidos se han desarrollado métodos de aplicación alternativos para personas con requerimientos especiales, v. g., una versión en audio para administración oral, útil para quienes tienen problemas de visión o bajo nivel de lectura (Butcher, 2006). Graham (2006) desalienta recurrir a la lectura directa de los reactivos por parte del examinador, explica que el tono de voz, las expresiones faciales y otras conductas no-verbales pueden afectar las respuestas, además, se ha encontrado que los sujetos se muestran más defensivos cuando los reactivos les son leídos en vivo. Existe también una versión donde el sujeto responde el instrumento directamente a un software instalado en una computadora personal, este método logra mantener un nivel de atención constante durante la aplicación y mayor apertura en las respuestas (Butcher, 2006), con él se obtiene casi inmediatamente tanto el cálculo de los puntajes crudos como su conversión a puntuaciones T y los perfiles correspondientes (Graham, 2006). Un enfoque reciente y novedoso que aprovecha la administración con computadora consiste en la posibilidad de adaptar cada evaluación para propósitos específicos, por ejemplo, contabilizar las respuestas del sujeto conforme responde al instrumento y cuando se determina que sería imposible que obtenga un puntaje mínimo predeterminado (v. g. T65), se dejan de presentar los reactivos restantes de dicha escala, con esto se reduce el número de reactivos presentados en un 21 a 31% y se obtiene información sólo de las escalas que permitirán hacer inferencias diagnósticas, es decir,

aquellas que muestran elevaciones (Graham, 2006). Este modelo de evaluación psicológica *adaptable* concluye la valoración cuando se ha obtenido información suficiente para estimar con precisión el constructo de interés y con ello logra "aportar un monto óptimo de información con el mínimo costo" (Atlis, Hahn & Butcher, 2006, p. 454).

Dahlstrom & Archer publicaron en 2000 un formato abreviado que incluía solamente los primeros 180 reactivos del MMPI-2 (Butcher & Perry, 2008), pero con esta modalidad no fue posible obtener mediciones confiables. El empleo de formas abreviadas del instrumento no cuenta con el apoyo de la mayoría de los investigadores (Butcher, 2006, Butcher & Perry, 2008, Graham, 2006, Sellbom & Ben-Porath, 2006), pero es posible hacer inferencias válidas sobre las escalas clínicas y las 4 escalas de validez originales cuando se aplican los primeros 370 reactivos (Sellbom & Ben-Porath, 2006).

La calificación manual del MMPI-2 requiere de plantillas para obtener los puntajes crudos de cada una de las escalas de validez, clínicas, de contenido y suplementarias. Estos puntajes crudos se registran en tres hojas para realizar los perfiles de escalas de validez y clínicas, de contenido y suplementarias, de acuerdo al género del sujeto. Al graficarse, los puntajes crudos se transforman en puntuaciones T uniformes, a partir de las cuales se establecen inferencias y comparaciones cuantitativas sobre las características de personalidad y las conductas sintomáticas (Butcher & Perry, 2008).

Una vez conformados los tres perfiles, la interpretación del instrumento es de naturaleza configuracional: se puede obtener información útil de las elevaciones, pero se debe analizar la relación entre escalas para establecer hipótesis que se contrastarán con los datos que se tengan sobre el caso, tales como la historia clínica y las observaciones conductuales obtenidas por

entrevista (Graham, 2006). La forma o configuración del perfil es tan importante como las elevaciones detectadas (Butcher & Perry, 2008).

Tanto en el área clínica como en escenarios forenses o de selección de personal, es recomendable conocer y considerar los patrones que caracterizan al grupo específico al que pertenece el sujeto evaluado. Al interpretar perfiles individuales, se debe tener en cuenta la configuración que se ha establecido para quienes comparten alguna característica relevante: v. g. pacientes con dolor crónico, adictos, pacientes psiquiátricos, etc. (ídem).

Desde los trabajos iniciales con el MMPI, Hathaway y McKinley descubrieron que se obtenía información mas útil sobre las personas con base en sus resultados en diferentes escalas, que centrándose en las elevaciones de una sola escala. A partir de 1951 se iniciaron las investigaciones sobre los correlatos clínicos de los perfiles agrupados por códigos que se conformaban con las dos escalas más elevadas. Paulatinamente los métodos de clasificación de los códigos se tornaron más complejos sin que esta elaboración aportara mejores datos clínicos, por ello, hacia 1970 nuevamente se simplificaron los sistemas y se establecieron lineamientos de interpretación para códigos de 2 y 3 escalas. Las descripciones de síntomas y rasgos psicológicos relacionados con cada uno de los códigos no son la simple combinación de las descripciones de las escalas que los conforman, fueron el resultado del análisis de las características comunes en diversos grupos de sujetos y que demostraron estabilidad a lo largo de distintos escenarios de aplicación v. g. pacientes psiquiátricos hospitalizados, clínicas de consulta externa, etc. (Graham, 2006). Cada perfil del MMPI-2 se puede clasificar a través de un código de 2 o 3 escalas: aquellas del perfil clínico con elevaciones significativas, que se identifican por número (es decir, 1 para la escala Hs, 2 para la escala D y así sucesivamente), exceptuando las escalas 5 y 0. Para la mayoría de los

códigos de 2 y 3 escalas, no hace diferencia cuál de ellas está más elevada (Lucio, 1995). Se debe tener mayor confianza en las inferencias basadas en el código cuando éste se encuentra *elevado y definido*, esto es, cuando la diferencia en puntajes T entre la escala clínica más baja del código y la siguiente en elevación del resto del perfil (excluyendo 5 y 0) es igual o mayor a 5. La elevación se refiere al nivel absoluto de las escalas incluidas en el código, si los puntajes T de todas las escalas del código son mayores de 65, la sintomatología descrita para tal configuración se puede aplicar con mayor confianza, pero cuando las elevaciones son moderadas (entre T60 y T65) las inferencias deben centrarse únicamente en las características de personalidad descritas para tal código (Graham, 2006).

Se pueden obtener reportes de interpretación basados en programas de computadora, al respecto, Butcher (2006) advierte del posible efecto Barnum (producir frases interpretativas tan generales que se aplican a casi cualquier persona) y del riesgo de mal uso que se crea cuando se facilitan los procedimientos de evaluación, pero también establece las ventajas de estos sistemas: mayor objetividad porque se controla el sesgo de quien interpreta y un considerable ahorro en tiempo y recursos clínicos.

3.4 Escalas de validez

Las escalas de validez conforman uno de los principales atributos de este instrumento, 4 de ellas fueron incluidas desde el inventario original por Hathaway y McKinley, quienes reconocían que una de las principales limitaciones de los cuestionarios de autoreporte es su dependencia del grado de compromiso del sujeto al responderlos (Sellbom & Ben-Porath, 2006).

La puntuación **no puedo decir (?)** es el número de reactivos que el sujeto dejó sin responder. Algunas personas pueden tener dificultad para

comprender algunos de los reactivos o incluso habrá quienes por sus condiciones e historia de vida encuentren ciertas frases carentes de sentido, al recibir el instrumento contestado puede solicitarse al examinado que reconsidere los reactivos omitidos pero no que intente adivinar su significado (Lucio, 1995). Treinta o más reactivos sin contestar hacen dudosa la interpretación de un perfil, ninguna elevación en las escalas clínicas y menos del 90% de los reactivos contestados lo invalidan (Sellbom & Ben-Porath, 2006). Más riguroso, Graham (2006) recomienda interpretar con precaución protocolos con más de 10 reactivos omitidos e invalidar aquellos con 30 o más, además de identificar si los reactivos no resueltos pertenecen a alguna escala en particular.

La escala L (mentiras) está compuesta por reactivos donde el sujeto puede negar fallas y defectos menores que el común de las personas estarían dispuestas a admitir. Puntajes iguales o mayores a T80 indican falta de sinceridad al responder al instrumento, pero esta característica no puede generalizarse ni considerarse un rasgo estable del sujeto (Lucio, 1995).

La escala F (infrecuencia) se compone de 60 reactivos que fueron aceptados por menos del 10% de la muestra normativa original, elevaciones en esta escala pueden reflejar confusión o descuido al responder, incapacidad para comprender el instrumento o exageración del malestar psicológico (Lucio, 1995). Puntuaciones entre T70 y T90 pueden reflejar un estado emocional alterado, como el que se observa en la fase aguda de la psicosis; sin embargo, el razonamiento que subyace a la construcción de esta escala es que los reactivos incluyen síntomas tan variados que difícilmente se encontrarían juntos en un cuadro psicopatológico específico (Bagby, Marshall, Bury, Bachiochi & Miller, 2006), por ello, elevaciones mayores hacen dudosa la validez del instrumento y sugieren respuestas azarosas o quejas exageradas.

Los reactivos de la escala F se ubican entre las primeras 370 frases del instrumento, para evaluar si la actitud de respuesta del sujeto se mantuvo hasta el final de la prueba, se cuenta con la **escala Fp** (F posterior) que indica la validez de las respuestas en el último tercio y se interpreta de la misma manera que F. A diferencia de la escala F que incluye sintomatología psiquiátrica florida, la escala Fp refleja desesperanza, ideación suicida y problemas de relación (ídem). Una F elevada invalida el instrumento, pero una F aceptable y una Fp elevada, invalida únicamente las escalas suplementarias y de contenido (Graham, 2006).

La escala K (corrección) es un indicador de defensividad más sutil que la escala L (Sellbom & Ben-Porath, 2006). Puntajes elevados indican defensividad pero también pueden encontrarse en sujetos sanos, con elevado ajuste y particularmente en aquellos con mayor nivel educativo (Lim & Butcher, 1996). Puntajes bajos muestran franqueza inusual y actitudes autocríticas (Graham, 2006).

Las escalas INVER e INVAR se incluyeron a partir de la publicación del MMPI-2 y miden inconsistencia al contestar el inventario. Puntajes elevados en la escala INVAR (inconsistencia en las respuestas variables) reflejan respuestas al azar y elevaciones en la escala INVER reflejan un patrón fijo de respuestas en una misma dirección: asentimiento –responder indiscriminadamente verdadero, o no asentimiento –responder indiscriminadamente falso (Lucio, 1995). La calificación de ambas escalas se obtiene de comparar respuestas por pares de reactivos, elevaciones mayores a T79 en cualquiera de ellas invalidan el protocolo (Sellbom & Ben-Porath, 2006).

3.5 Escalas clínicas

Las diez escalas clínicas han permanecido casi sin cambios desde la creación del instrumento, sin embargo, para su interpretación se han propuesto diferentes rangos de elevación: en el MMPI se identificaban como significativas aquellas escalas con puntajes T70 o mayores, mientras que para el MMPI-2 un puntaje T65 o mayor se considera alto (Graham, 2006) y puntajes entre T60 y T64 sugieren alguna relación con el constructo evaluado (Butcher & Perry, 2008). Los puntajes promedio indican un ajuste o funcionamiento adecuado en las dimensiones conductuales relacionadas con tal escala; sin embargo, no hay un acuerdo unánime sobre la interpretación de los puntajes bajos, es decir, aquellos iguales o menores a T40 y existe menor volumen de investigación sobre sus correlatos clínicos. En general se acepta que es menor la información confiable que se puede obtener de la interpretación de los puntajes bajos (Lucio & Ampudia, 1996) y bajo una perspectiva conservadora, Graham (2006) recomienda que en escenarios clínicos no sean considerados, a excepción de las escalas 5 y 0.

Aunque existe una resistencia generalizada, Butcher & Perry (2008) insisten en evitar referirse a las escalas clínicas por su nombre original porque consideran que la nomenclatura arcaica genera confusión y recomiendan identificarlas por su número.

1. Hipocondriasis (Hs). Se trata de la más homogénea y unidimensional de las escalas clínicas, todos sus reactivos se refieren a preocupaciones somáticas y capacidad física general (Graham, 2006). Se relaciona con un énfasis exagerado en el propio cuerpo y sus dolencias, un enfoque pesimista ante la vida y bajos niveles de eficacia (Butcher & Perry, 2008). Los pacientes con problemas físicos reales y personas ancianas muestran elevaciones moderadas (alrededor de T60) en esta escala, pero

elevaciones significativas en estos grupos hacen sospechar que existe un importante componente psicológico en su enfermedad o déficit corporal (Graham, 2006).

2. **Depresión (D).** Los reactivos de esta escala reflejan el estado afectivo del sujeto e identifican síntomas clínicos de depresión como desesperanza, pesimismo y desesperación, pero también se relacionan con rasgos estables de personalidad como alto sentido de responsabilidad, tendencia a la culpa y elevada autoexigencia (Lucio & Ampudia, 1996). Esta escala es un indicador confiable del nivel de insatisfacción del sujeto con su situación de vida y las elevaciones moderadas pueden considerarse un signo de buen pronóstico para la intervención psicológica (Graham, 2006).

3. **Histeria (Hi).** Los reactivos de esta escala, por su contenido pueden dividirse en dos grupos: aquellos relacionados con problemas físicos y aquellos que reflejan baja ansiedad social (Butcher & Perry, 2008). Las personas que obtienen puntajes altos en esta escala muestran una pobre comprensión de sus motivaciones y sentimientos (Graham, 2006), son inmaduros y tienden a mostrarse egocéntricos y demandantes (Lucio & Ampudia, 1996).

4. **Desviación psicopática (Dp).** Se trata de una escala particularmente heterogénea en el contenido de sus reactivos, que se relacionan con comportamientos disruptivos en las esferas familiar e interpersonal, agresividad e impulsividad (Lucio & Ampudia, 1996). Graham (2006) conceptualiza esta escala como una medida de rebeldía, considera que puntajes altos se relacionan con conductas impulsivas y antisociales, mientras que elevaciones moderadas se observan en personas que expresan su rebeldía en formas socialmente aceptadas.

5. **Masculino-Femenino (Mf).** Se trata de la escala menos definida y más difícil de interpretar entre las clínicas, se correlaciona con el nivel educativo, intelectual y socioeconómico (Butcher & Perry, 2008). El contenido de los reactivos se refiere a intereses, actitudes y sentimientos hacia el

trabajo, los pasatiempos y la interacción social, en los que se observan diferencias entre hombres y mujeres (Lucio & Ampudia, 1996). Para Graham (2006), los puntajes altos tanto en hombres como en mujeres indican mayor distancia hacia los intereses culturalmente atribuidos al propio género.

6. Paranoia (Pa). Los reactivos de esta escala reflejan "susceptibilidad interpersonal marcada y tendencia a mal interpretar los motivos e intenciones de otros... estar centrado en sí mismo... inseguridad" (Lucio & Ampudia, 1996, p. 35). Los sujetos con puntajes altos tienden a la racionalización, sostienen opiniones y actitudes inflexibles, depositan en los demás el origen de sus dificultades, son suspicaces, hostiles y resentidos (Graham, 2006).

7. Psicastenia (Pt). Se trata de una escala homogénea cuyos reactivos hacen referencia a emociones negativas: ansiedad y angustia (Lucio & Ampudia, 1996). Elevaciones en esta escala indican características tales como indecisión, pobre valoración de sí mismo y miedos irracionales, rigidez y perseverancia. Pt es útil en la interpretación configuracional del perfil si se considera su relación con las otras escalas porque indica la intensidad del malestar (Butcher & Perry, 2008).

8. Esquizofrenia (Es). Esta escala incluye un variado grupo de alteraciones en afecto, pensamiento y conducta: interpretación incorrecta de la realidad, respuesta emocional pobre o ambivalente, aislamiento social y comportamiento excéntrico (Graham, 2006). Los puntajes mayores a T80 pueden mostrar confusión, desorganización y desorientación (Lucio & Ampudia, 1996), incluso delirios y/o alucinaciones, indicativos de un trastorno psicótico, pero que también podrían reflejar percepciones y experiencias inusuales provocadas por el consumo de sustancias tales como anfetaminas o presentes en pacientes con epilepsia y otros cuadros orgánicos (Graham, 2006).

9. Hipomanía (Ma). Los reactivos de esta escala reflejan expresividad afectiva, pensamiento y discurso acelerado, activación conductual y aspiraciones excesivas o poco realistas (Lucio & Ampudia, 1996). Elevaciones moderadas se encuentran en sujetos confiados, sociables y propositivos. Los jóvenes con frecuencia obtienen puntajes entre T50 y T60, mientras que puntajes menores a T50 se esperan en adultos mayores (Graham, 2006).

0. Introversión Social (Is). Esta escala indica el ajuste del sujeto en situaciones sociales, resulta útil para conocer su capacidad para inhibir la expresión de impulsos agresivos: elevaciones en esta escala se correlacionan con bajas tasas de delincuencia (Butcher & Perry, 2008). Para esta escala, se interpretan tanto elevaciones como puntajes bajos (Lucio & Ampudia, 1996). Las elevaciones se correlacionan con evitación social, timidez, reserva y tendencia a la sumisión en relaciones interpersonales, mientras que los sujetos con puntajes bajos tienden a ser extrovertidos, gregarios, participativos y suelen obtener lo que buscan de sus relaciones sociales (Butcher & Perry, 2008). En 1989, Hostetler, Ben-Porath, Butcher & Graham (Lucio & Ampudia, 1996) realizaron a esta escala un análisis factorial que arrojó tres subescalas: **Is1 (Timidez:** incomodidad en situaciones sociales), **Is2 (Evitación social:** Disgusto y evitación de las actividades en grupo) y **Is3 (Enajenación:** Pobre confianza en sí mismo, nerviosismo e indecisión), mismas que fueron incluidas en el perfil de escalas suplementarias (Lucio, 1995).

3.6 Escalas de contenido

Estas escalas fueron creadas empleando una combinación de procedimientos racionales y estadísticos con el objeto de afinar la información obtenida en el perfil de escalas clínicas (Graham, 2006), pero su utilidad va más allá: han demostrado "significado teórico y poder predictivo...

a través de ellas se puede obtener información sobre el funcionamiento de la personalidad que no está disponible en otras escalas clínicas” (Lucio & Ampudia, 1996, p. 38). Se trata de 15 escalas relativamente independientes, que poseen consistencia interna y representan dimensiones clínicamente relevantes en las cuatro siguientes áreas:

1. Síntomas:

ANS (Ansiedad). Esta escala refleja tensión, síntomas somáticos, problemas para dormir, preocupaciones y falta de concentración.

MIE (Miedos). Elevaciones en esta escala indican la presencia de miedos específicos.

OBS (Obsesividad). Incluye reactivos relacionados con lentitud y dificultad para tomar decisiones, además de conductas compulsivas.

DEP (Depresión). Puntajes altos señalan pensamientos depresivos: tristeza, culpa, incertidumbre, desinterés e infelicidad. Incluye reactivos relacionados con ideación suicida.

DEL (Pensamiento delirante). Esta escala evalúa la presencia de alteraciones psicóticas tanto en el contenido del pensamiento como en procesos perceptuales.

2. Tendencias externas:

ENJ (Enojo). Elevaciones en esta escala indican pérdida de control, impaciencia e irritabilidad.

CIN (Cinismo). Los reactivos de esta escala se relacionan con ideas y actitudes misantrópicas.

PAS (Prácticas antisociales). Los puntajes elevados en esta escala señalan problemas de conducta y comportamiento antisocial.

PTA (Conducta Tipo A). Personas activas y competitivas que llegan a mostrarse impacientes y tensas obtienen puntajes elevados en esta escala, se comunican en forma directa y brusca.

3. Autoconcepto negativo:

BAE (Baja auto-estima). Esta escala se relaciona con una pobre opinión de sí mismo, escasa auto confianza y agobio ante los propios defectos.

4. Problemas generales:

ISO (Incomodidad ante situaciones sociales). Las personas con puntuaciones elevadas prefieren la soledad debido a su dificultad para establecer relaciones interpersonales.

FAM (Problemas familiares). Las elevaciones en esta escala indican una actitud negativa hacia familiares, fricciones y conflictos constantes.

DTR (Dificultades en el trabajo). Esta escala refleja un rendimiento laboral deficiente, falta de concentración en el trabajo y dificultad para tomar decisiones en este entorno, además de actitudes negativas hacia compañeros.

RTR (Rechazo al tratamiento). Los reactivos de esta escala tratan sobre actitudes desfavorables hacia los médicos en general y la ayuda que se puede recibir en el tratamiento de salud mental.

Para la interpretación de las escalas de contenido, se recomienda considerar las elevaciones mayores a T65 y se sugiere que quienes obtienen puntajes menores a T40 en algunas de estas escalas tienen un mejor ajuste psicológico en tales áreas. Sin embargo, es indispensable tomar en cuenta la actitud del sujeto al responder al instrumento ya que este grupo de escalas contienen reactivos cuyo contenido es evidente y son vulnerables a la distorsión: "Las características reflejadas por puntajes altos en las escalas de contenido son aquellas que los sujetos quieren mostrar a los evaluadores" (Graham, 2006, p. 143).

La interpretación basada en contenido del MMPI-2 incluye, además de las 15 escalas antes descritas, el conjunto de subescalas Harris-Lingoes y el

grupo de frases significativas de Koss-Butcher y Lachar-Wrobel (Lucio, 1995).

Las 28 **subescalas Harris-Lingoes** reagrupan los reactivos de 6 escalas clínicas y permiten dar explicaciones más específicas a sus elevaciones. La interpretación de estas subescalas siempre debe estar ligada a sus escalas fuente y solo deben emplearse cuando existen elevaciones mayores a T65 en ellas (Graham, 2006). Aunque no se dispone de puntajes T normalizados para la población mexicana, el manual del MMPI-2 para México incluye las claves de calificación y una descripción de las mismas, con lo que se puede recurrir a ellas cuando se necesite dar explicación a las elevaciones en las escalas clínicas (Lucio, 1995).

Las subescalas Harris-Lingoes son:

Para la escala 2 (D),

- D1. Depresión subjetiva,
- D2. Retardo psicomotor,
- D3. Funcionamiento físico inapropiado,
- D4. Torpeza mental,
- D5. Ensimismamiento.

Para la escala 3 (Hi),

- Hi1. Negación de ansiedad social,
- Hi2. Necesidad de afecto,
- Hi3. Lasiitud depresiva,
- Hi4. Quejas somáticas,
- Hi5. Inhibición de la agresión.

Para la escala 4 (Dp),

- Dp1. Discordia familiar,
- Dp2. Problemas de autoridad,
- Dp3. Imperturbabilidad social,
- Dp4. Alienación social,
- Dp5. Autoalienación.

Para la escala 6 (Pa),

- Pa1. Ideas persecutorias,
- Pa2. Mordacidad,
- Pa3. Ingenuidad.

Para la escala 8 (Es),

- Es1. Alienación social,
- Es2. Alienación emocional,
- Es3. Falta de fuerza del yo, cognoscitiva,
- Es4. Falta de fuerza del yo, conativa,
- Es5. Falta de fuerza del yo, inhibición defectuosa,
- Es6. Experiencias sensoriales delirantes.

Para la escala 9 (Ma),

- Ma1, Amoralidad,
- Ma2, Aceleración psicomotora,
- Ma3, Imperturbabilidad,
- Ma4, Sobrevaloración del yo.

Las **frases significativas** son un grupo de reactivos críticos cuyo contenido se considera indicativo de psicopatología severa (Graham, 2006). En el MMPI-2 se incluyeron dos grupos de frases significativas: las 6 de **Koss-Butcher** (estado de ansiedad agudo, amenaza de ataque, confusión mental, ideación suicida depresiva, estrés ocasionado por alcoholismo e ideas de persecución) y las 7 de **Lachar-Wrobel** (ansiedad y tensión, alteraciones del sueño, experiencia y pensamiento desviado, actitud

antisocial, problemas de ira, síntomas somáticos y depresión y preocupación). Puesto que muchos de los reactivos incluidos en las frases significativas se puntúan cuando se responden como verdaderos y pertenecen a las escalas F y 8, pueden elevarse artificialmente en sujetos con tendencia a responder con asentimiento y entre quienes fingen o exageran sintomatología.

3.7 Escalas suplementarias

Las escalas suplementarias incluidas en el MMPI-2 fueron seleccionadas entre las más de 450 que fueron desarrolladas partiendo del conjunto de reactivos del MMPI (Graham, 2006). Diferentes autores conformaron escalas con fines específicos a través de procedimientos intuitivos y factoriales, algunas eran tan específicas que sólo las utilizaban quienes las habían construido. En la versión para México del MMPI-2 se incluyeron 11 escalas suplementarias (Lucio & Ampudia, 1996), para su interpretación se recomienda tomar como significativas aquellas elevaciones mayores a T65 y no hacer inferencias sobre puntuaciones bajas.

La escala **Ansiedad (A)** evalúa angustia, ansiedad, inconformidad y desajuste en general.

La escala **Represión (R)** identifica a personas cautas e introvertidas, que evitan los conflictos y mantienen estilos de vida convencionales.

La escala **Fuerza del Yo (Fyo)** fue diseñada para predecir las reacciones de pacientes neuróticos en la psicoterapia individual. Los reactivos de esta escala se relacionan con adaptación, recursos personales y funcionamiento eficaz. Entre sujetos con problemas emocionales, las

elevaciones en esta escala sugieren que los conflictos son situacionales y que se cuenta con recursos para afrontarlos.

La escala de **Alcoholismo de McAndrew Revisada (MAC-R)**. Los puntajes elevados en esta escala se relacionan con propensión general a la adicción, se encuentran en sujetos dispuestos a correr riesgos y sugieren la posibilidad de un problema de abuso de sustancias.

La escala de **Hostilidad Reprimida (Hr)** indica sobrecontrol y capacidad del sujeto para tolerar la frustración sin responder agresivamente, pero las personas con puntajes elevados eventualmente pueden generar reacciones hostiles sin causa evidente.

Dominancia (Do) es una escala que se eleva en sujetos que son vistos como ascendentes y controladores en relaciones interpersonales.

La escala **Responsabilidad social (Rs)** identifica a personas que son vistas como responsables, íntegras y comprometidas con su grupo social.

La escala **Desajuste profesional (Dpr)** fue desarrollada en estudiantes universitarios, puntajes elevados indican desajuste al entorno académico pero no puede predecir el nivel de adaptación que estos jóvenes tendrán en el futuro.

Género masculino y género femenino (GM y GF) son dos escalas diseñadas para aplicarse con sujetos de ambos sexos y reflejan un conjunto de cualidades socialmente aceptadas. Los reactivos incluidos en la escala GM eran aceptados por la mayoría de los hombres y menos del 10% de las mujeres de la muestra normativa del MMPI-2; los reactivos que conforman la escala GF fueron aceptados por la mayoría de las mujeres y menos del 10%

de los hombres de la misma muestra. Existe poca investigación sobre los correlatos clínicos de estas escalas, por ello Graham (2006) recomienda utilizarlas únicamente con fines de investigación.

Las **escalas de Estrés Postraumático** de Keane (EPK) y de Schlenger (EPS) incluyen reactivos que reflejan gran tensión emocional (ansiedad, preocupaciones, trastornos del sueño, culpa, depresión y pobre autocontrol). Los puntajes elevados indican un estado emocional displacentero pero no son suficientes para establecer el diagnóstico de Trastorno por Estrés Postraumático.

Las **subescalas sutil-obvio de Wiener-Harmon** fueron desarrolladas con base en el contenido de los reactivos de las escalas Depresión, Histeria, Desviación psicopática, Paranoia e Hipomanía, que se clasificaron en reactivos sutiles cuando se consideraba difícil detectar su relación con un estado emocional alterado y reactivos obvios cuando fácilmente podían ser identificados por el sujeto como indicadores de trastorno mental (Lucio, 1995). La clave de puntuación de estas subescalas se incluye en la versión para México de MMPI-2. En la actualidad, su utilidad clínica es limitada y no se considera una buena medida para diferenciar perfiles reales indicadores de psicopatología y perfiles de simuladores (Lim & Butcher, 1996; Graham, 2006).

3.8 Escalas inéditas en México

En 1995, Arbisi y Ben-Porath desarrollaron la escala **Infrecuencia-psicopatología** (F_{psic} : infrequency psychopathology), con el propósito de discriminar entre las dos posibles causas de elevación en la escala F: un estado genuino de tensión emocional o psicopatología elevada, contra el reporte exagerado o falso de síntomas. En esta escala se incluyeron 27

reactivos que difícilmente son aceptados aún por quienes experimentan sintomatología mental severa, los puntajes mayores a T99 indican un protocolo inválido (Graham, 2006). Las elevaciones en esta escala permiten identificar a quienes fingen síntomas psicológicos en contextos clínicos (Butcher & Perry, 2008)

La escala **Autopresentación superlativa (S: superlative self-presentation)**, fue desarrollada por Butcher y Han en 1995, para evaluar la tendencia de algunas personas a describirse con atributos positivos: responsables, virtuosos y libres de sintomatología psicológica (Lucio, en prensa). Las investigaciones muestran que la escala L es más efectiva para identificar a quienes se fingen bien entre la población general, pero que la escala S es mejor para detectar esta condición entre quienes recibieron entrenamiento u orientación sobre el instrumento con el fin de dar un falso aspecto de salud mental (Lim & Butcher, 1996). Esta escala está compuesta por 50 reactivos y se divide en 5 subescalas: confianza en la bondad humana, serenidad, conformidad con la propia vida, paciencia y negación de irritabilidad y enojo, y negación de fallas morales (Butcher & Perry, 2008).

En el mismo año, las **escalas PSY-5 (personality psychopathology five)** fueron desarrolladas por Harkness, McNulty & Ben-Porath para evaluar rasgos de personalidad relevantes tanto en sujetos normales como en aquellos con problemas clínicos (Graham, 2006). Su construcción se fundamentó en la perspectiva dimensional de la personalidad y en esta etapa no se emplearon los reactivos del MMPI o el MMPI-2 (Harkness & McNulty, 2006), pero una vez conformadas las 5 dimensiones continuas de la personalidad, se elaboraron escalas para su cuantificación a través de los reactivos del MMPI-2. Para estas cinco escalas se demostró confiabilidad y validez, su interpretación es similar a las otras escalas del MMPI-2: se consideran significativas las elevaciones mayores a T65, pero estas escalas

no deben ser utilizadas fuera del contexto del instrumento, las cinco dimensiones son:

Agresividad (AGGR), las elevaciones en esta escala indican que el sujeto emplea este recurso para obtener sus propósitos, excluye el uso de la agresión como medio de defensa.

Psicoticismo (PSYC), puntajes altos reflejan menor contacto con la realidad.

Desinhibición (DISC), puntajes altos indican tendencia a la impulsividad y puntajes bajos (T40 o menos) reflejan autocontrol.

Neuroticismo/ altas emociones negativas (NEGE), puntajes altos ocurren en sujetos propensos a la culpa y a la autocrítica.

Introversión/bajas emociones positivas (INTR), los puntajes altos indican pobre capacidad para experimentar emociones positivas y desinterés por las interacciones sociales, mientras que puntajes bajos sugieren facilidad para disfrutar y búsqueda de relaciones interpersonales.

La propuesta más reciente son las escalas **Clínicas Reestructuradas (CR)** publicadas por Tellegen et al en 2003, "para preservar las importantes propiedades descriptivas de las escalas clínicas del MMPI-2 incrementando las diferencias entre ellas" (Graham, 2006, p. 154). En estas escalas se eliminó la correlación que se observa entre las escalas clínicas originales y que se debe a los reactivos compartidos pero también a la presencia común de un factor general que refleja tensión emocional (*demoralization*, Sellbom & Ben-Porath, 2006, p.21). El grupo de escalas CR incluyen 192 reactivos que no se sobreponen y puntúan para las siguientes escalas, cuya nomenclatura refleja las concepciones más recientes en psicopatología:

CRd (*demoralization*), que es un indicador de incomodidad emocional en general, refleja el grado de displacer que el sujeto experimenta. Los puntajes altos en esta escala (mayores a T65) indican desánimo y agobio.

- CR1, quejas somáticas
- CR2, bajas emociones positivas
- CR3, cinismo
- CR4, conducta antisocial
- CR6, ideas de persecución
- CR7, emociones negativas disfuncionales
- CR8, experiencias aberrantes
- CR9, activación hipomaniaca

3.9 El MMPI-2 en la detección de la simulación

Existen varias situaciones en las que el psicólogo debe evaluar a sujetos con algún nivel de motivación para distorsionar la información que proporcionan. Se ha demostrado que a través del MMPI-2 es más difícil identificar a quienes se fingen bien, es decir, sobrerreportan atributos positivos (Lucio & Valencia, 1997), mientras que se han generado múltiples indicadores del escenario contrario: fingirse mal, es decir, exagerar el nivel de sintomatología psicológica o reportar alteraciones inexistentes. Entre las causas de esta actitud al someterse a evaluación psicológica se encuentra la "súplica de ayuda": ocurre en sujetos que suponen recibirán mayor o más expedita atención si enfatizan o exageran la intensidad de los síntomas que realmente experimentan. Otra posibilidad es el intento en algunas personas de evadir responsabilidad por su conducta simulando alteraciones mentales, conseguir compensaciones económicas, a través de la obtención de pensiones por invalidez o daño, o beneficios tales como evitar ser seleccionados para alguna actividad que no desean realizar (Graham, 2006).

En 1950, Gough propuso considerar la diferencia entre los puntajes crudos de las escalas F y K para identificar a quienes intentaban aparentar psicopatología severa (Graham, 2006). Gough y Meehl propusieron

considerar un puntaje positivo e igual o mayor a 9 en este índice como indicativos de esta condición, aunque en 1969 Carson (en Graham, 2006) sugirió que +11 producía un diagnóstico más preciso de los perfiles fingirse-mal. Investigaciones recientes (Bachiochi, 2005) demuestran que la eficacia de este indicador depende del nivel de elevación de la escala F y que el índice F-K no mejora el valor predictivo de esta escala.

En la misma década de los 50's, Gough publicó la escala Disimulo (dissimulation), conformada por reactivos cuyo contenido reflejaba psicopatología pero que no eran aceptados por pacientes psiquiátricos (Graham, 2006). En el MMPI-2 se incluyó una versión modificada de esta escala, pero su efectividad es menor a las escalas F y F_{psic} para detectar la simulación.

Del grupo original de frases significativas de Lachar y Wrobel, publicadas en 1979 para cuantificar 14 condiciones psicopatológicas específicas (Bachiochi, 2005), 11 se mantuvieron en el MMPI-2 (Lucio, 1995) y la aceptación desproporcionada de estos reactivos ha probado efectividad para detectar simulación (Bachiochi, 2005).

Con base en las subescalas sutil-obvio de Wiener-Harmon, en 1991 Greene estableció el índice O-S (Bachiochi, 2005) y propuso que quienes fingen psicopatología mostrarían la tendencia a aceptar mayor cantidad reactivos obvios y menos reactivos sutiles (Graham, 2006), al igual que con el índice de Gough (F-K), una mayor diferencia positiva indicaría simulación. Este indicador ha obtenido poco apoyo en las investigaciones realizadas (Bachiochi, 2005). Graham (2006) plantea que calcular la diferencia en las respuestas a estos dos grupos de reactivos es poco útil para discriminar entre perfiles válidos de sujetos con psicopatología severa y simuladores. Curiosamente, la escala Obvio (Ob), que se puntúa con el total de los

reactivos obvios de Wiener & Harmon ha resultado un buen indicador de simulación en estudios controlados con sujetos sanos a quienes se instruye para fingirse mal (Bagby et al, 2006).

La escala Fingirse-Mal (fake-bad) de Lees-Haley fue publicada en 1991 y para conformarla fueron seleccionaron por su contenido aquellos reactivos aceptados por simuladores que buscaban compensación económica por daño (Butcher et al, 2003), sin embargo, resultó ineficaz para detectar simulación de psicopatología (Bachiochi, 2005) y su elevada tasa de falsos positivos desacreditó su uso en entornos clínicos (Butcher, Arbisi, Atlis & McNulty, 2003).

Dannebaum & Lanyon publicaron en 1993 la escala Engaño-sutil (DS: deceptive subtle scale) (Bachiochi, 2005). Para su construcción tomaron como base 100 reactivos sutiles del MMPI-2 y los dividieron en dos grupos: Tipo I (aquellos reactivos sutiles que poseen validez predictiva pero no validez aparente y conformaron la escala OS) y Tipo II (aquellos que demostraron validez aparente pero no predictiva y conformaron la escala DS). Setenta y tres reactivos fueron incluidos en la escala DS, en ellos, la dirección de respuesta que indica psicopatología es la contraria a la que "aparenta" alteración emocional. Quienes se fingían mal mostraban un patrón de respuesta a los reactivos de la escala DS incorrectamente sesgado de acuerdo al contenido de los reactivos: quienes simulaban puntuaban más alto en DS que los pacientes psiquiátricos. Esta escala ha mostrado resultados prometedores para discriminar simulación en entornos clínicos.

Graham (2006) propuso una serie ordenada de pasos para identificar perfiles del MMPI-2 que han sido contestados con el fin de simular niveles de psicopatología irreales. Este estilo de respuesta ha sido tradicionalmente denominado fingirse-mal (faking bad) o más recientemente: simulación

(malingering). La escala F parece ser la más efectiva para identificar la simulación, al igual que el índice F-K y la escala Disimulo, aunque esta última no fue incluida dentro del perfil de la edición original en inglés ni en la adaptación para México.

Cuando se pide a personas normales que respondan al MMPI-2 como si sufrieran psicopatología severa, tienden a sobre aceptar reactivos y producen puntajes mucho más altos que los pacientes psiquiátricos. Un perfil simulado se caracteriza por un puntaje elevado en la escala F (generalmente sobre T100) y en las escalas Fp y F_{psic} , pero valores normales para las escalas INVER e INVAR. Por lo general, las mayores elevaciones se obtienen en las escalas clínicas 6 y 8, mientras que las escalas 5 y 0 suelen ser las menores. Aunque la configuración del perfil simulado es parecida a la que se encuentra en pacientes psiquiátricos, las elevaciones de F en este último grupo se ubican entre T70 y T90. En estudios con poblaciones clínicas, la escala F_{psic} resultó ser un mejor predictor de simulación, comparada con la escala F (Bagby et al, 2006). Diversos estudios han sugerido el rango T75 a T120 en la escala F_{psic} para identificar perfiles simulados, sin embargo, se sugiere que al detectar puntajes T80 o mayores en la escala F se recurra a verificar la elevación en F_{psic} con los siguientes niveles de confianza (Graham, 2006):

- T100 o mayor. La simulación es probable y el perfil no debe ser interpretado.
- Puntajes entre T80 y T99, la simulación es posible y el perfil debe ser interpretado con extremo cuidado y complementado con información externa.
- Puntajes entre T70 y T79, no se puede determinar la validez del perfil, se debe fundamentar el diagnóstico con información externa.
- Puntajes menores a T70, el perfil es válido e interpretable.

En nuestro país las evaluaciones psicológicas con propósitos clínicos y/o legales todavía son poco frecuentes y el común de las personas carece de información técnica sobre instrumentos de medición psicológica. Sin embargo, en EE.UU. su uso extendido y las implicaciones de sus resultados en litigios laborales y civiles han creado una situación delicada puesto que quienes se someterán a este tipo de evaluaciones tienen acceso a datos técnicos e incluso llegan a recibir entrenamiento con el fin de alterar sus resultados e incluso burlar las escalas de validez. Ben-Porath (1994, en Huskey, 2005) advierte de los riesgos éticos en los que se incurre al realizar estudios experimentales donde se brinda a los sujetos de investigación, información y estrategias para alterar sus resultados en instrumentos psicológicos, considera que estos datos al ser publicados constituyen una herramienta nociva en poder de simuladores reales y decrementan la validez de los instrumentos.

Capítulo 4. Metodología

4.1 Planteamiento del problema

Al otorgar atención profesional en el ámbito de la psicología clínica bajo el esquema de consulta privada dirigida a población abierta y a personas que cuentan con cobertura amplia de servicio médico como prestación laboral (los honorarios son cubiertos por su empresa), en una ciudad del centro del país con aproximadamente un millón de habitantes (INEGI, 2005), se observó la presencia de engaño en la información que algunos pacientes aportaban durante el proceso de diagnóstico e intervención psicológica. Se detectaron casos en los que se sospechaba la formulación facticia de síntomas físicos y psicológicos, es decir, que no eran comprobables ni congruentes con las circunstancias observables del paciente. Esta situación llevó a profundizar sobre las características y presentación de aquellos cuadros psicopatológicos donde existe discrepancia entre la información reportada y la situación real del paciente.

El proceso de intervención psicológica inicia con el establecimiento del diagnóstico del paciente, mismo que sirve de base para decidir la modalidad de psicoterapia que se ofrecerá y los objetivos de la misma. En ocasiones, además de la entrevista clínica, en la etapa de diagnóstico psicológico se emplean otras técnicas para obtener información del paciente: las pruebas psicológicas (Phares y Thull, 1999). En la atención de sujetos adultos, destaca por su utilidad el MMPI-2, que permite obtener amplia información sobre rasgos de personalidad, funcionamiento mental y actitud hacia la intervención (Butcher, 2005). Al valorar pacientes adultos en quienes se sospecha la producción intencional de signos de enfermedad física o el reporte de síntomas físicos y psicológicos inexistentes, este instrumento

puede tener utilidad para confirmar el engaño, a través del análisis de la configuración de las escalas de validez (L, F, K, Fp, INVAR e INVER), de las cuales ya fue demostrada su capacidad para identificar un perfil específico en aquellos sujetos que conscientemente se “fingen mal”, con independencia de los motivos que los animan (Graham, 2006), y con una superioridad probada sobre otros instrumentos de personalidad (Randle, 2007). Adicionalmente, durante el establecimiento del contrato terapéutico, analizar con estos pacientes algunos aspectos de la información proporcionada por el MMPI-2, puede dar la oportunidad de discutir esta evidencia objetiva de su participación en la producción o simulación de sintomatología, valorar su reacción y en función de ella, establecer objetivos de trabajo congruentes con sus recursos y necesidades (Finn, 1996; Butcher y Perry, 2008).

4.2 Justificación

La evolución de la psicología clínica como área de especialización dentro del amplio campo de aplicación de la psicología como ciencia, demanda de sus profesionales la habilidad para identificar, comprender y proponer opciones resolutivas a los problemas de salud mental, trabajando por el uso óptimo de los recursos humanos y financieros (Jurado, 2003). La intervención psicológica resulta limitada si quienes la desempeñan pasan por alto manifestaciones clínicas inusuales y/o restringen sus herramientas de abordaje a la entrevista (en cualquiera de sus modalidades dentro del rango estructurada-semiestructurada-abierta), evadiendo el compromiso de planear su intervención teniendo como eje “diagnósticos psicológicos... (*que*) se basan estrictamente en... ***técnicas suficientes y actuales*** para proporcionar sustento a sus interpretaciones y recomendaciones” [Artículo 16 del Código Ético del Psicólogo, cursivas añadidas] (SMP, 2002, p.51). Ejemplo de esta limitación, es la carencia en México de investigación psicológica sobre el engaño, en general, y sobre los trastornos facticios, en

particular. Lo anterior pudo originarse en la baja incidencia de ellos, en la pobre vinculación entre el trabajo clínico y la labor de investigación, o en la necesidad que tienen los psicoterapeutas de “confiar” en la información que el paciente les proporciona (Piper, 2005), como una condición indispensable para el buen pronóstico de esta relación de trabajo. Al encuestar a 96 psicoterapeutas norteamericanos con distintas formaciones y de diversos modelos teóricos, Piper (ídem) encontró que un 78% de ellos consideran la distorsión de alguna información por parte de los pacientes como un fenómeno esperado y 84% de ellos podía tolerar esta situación realizando unilateralmente algunos ajustes para acercarla a la realidad.

El presente trabajo de investigación se centró sobre un cuadro psicopatológico poco explorado por los psicólogos clínicos, de tan baja prevalencia que para su comprensión se recurrió a tres procedimientos ordenados de lo general a lo particular: La revisión de casos de trastorno facticio reportados en la literatura (4.6.1) se empleó para conformar una muestra amplia de sujetos provenientes de distintos entornos geográficos, conocer sus características socioeconómicas y las manifestaciones generales de esta patología. La investigación enfocada sobre una muestra clínica limitada y no-representativa de casos atendidos por la autora buscó en una primera etapa conocer la prevalencia del engaño y los diagnósticos a los que se asociaba, además de los métodos utilizados para detectarlo (4.6.2). Finalmente, habiendo identificado los casos de trastornos facticios y patologías asociadas (trastornos somatomorfos y simulación), se eligió el estudio de casos para profundizar sobre las características del trastorno facticio, su relación con los trastornos somatomorfos y la simulación, además de evaluar la utilidad del MMPI-2 como una herramienta diagnóstica actualizada y suficiente que complementa la información obtenida a través de la entrevista clínica (4.6.3).

4.3 Preguntas de investigación

Para el análisis de los casos de trastorno facticio reportados en la literatura, se plantearon las siguientes preguntas:

4.3.1 ¿Existió un patrón distintivo en las características sociodemográficas de los sujetos con trastorno facticio (sexo, edad, estado civil, escolaridad, ocupación)?.

4.3.2 ¿Con qué frecuencia se recurrió a fuentes de información distintas al abordaje clínico para llegar al diagnóstico de trastorno facticio y cuáles son éstas?

4.3.3 ¿Cuál fue frecuencia de presentación de los siguientes factores relacionados con el curso del trastorno: a) peregrinaje entre instituciones de salud, b) canalización a los servicios de salud mental, c) acatamiento por parte del paciente de esta canalización, d) confrontación con la elaboración intencional de los síntomas, y e) reacción ante la misma?

Para el análisis de los casos evaluados por la autora, se plantearon las siguientes preguntas:

4.3.4 ¿En cuántos casos se detectaron imprecisiones o contradicciones, datos improbables, de magnitud suficiente para considerar fundamentada la presencia de engaño?

4.3.5 ¿Cuáles fueron los indicadores de engaño y el contenido del mismo?

4.3.6 ¿Cuál fue el diagnóstico de los pacientes en los que se detectó engaño?

4.3.7 ¿Cuál fue la prevalencia de: trastorno facticio, trastornos somatomorfos y simulación?

4.3.8 ¿Cuáles fueron las diferencias en la historia clínica de los pacientes con diagnóstico de trastornos facticios, trastornos somatomorfos y simulación?

4.3.9 ¿Cuáles son las características relevantes en el perfil de personalidad de los pacientes con trastorno facticio, medido a través del MMPI-2?

4.4 Hipótesis de trabajo

4.4.1 El engaño se encuentra presente en la información que el paciente aporta al psicólogo dentro del proceso de diagnóstico e intervención.

4.4.2 En los casos de trastorno facticio detectados en esta muestra, se observan características sociodemográficas y psicodinámicas concordantes con los casos reportados en la literatura y con las particularidades de este cuadro que fueron descritas en el marco teórico.

4.4.3. Existen similitudes en las características psicodinámicas entre los pacientes con trastornos facticios, trastornos somatomorfos y los simuladores.

4.4.4. El MMPI-2 es un instrumento útil para identificar o confirmar el engaño (distorsión voluntaria de la sintomatología) durante el proceso de diagnóstico previo a la intervención psicológica.

4.5 Tipo de investigación

Se realizó una investigación descriptiva, de tipo retrospectivo, en tres etapas: análisis de la serie de casos reportados en la literatura, análisis de la serie de pacientes evaluados por la autora y estudio de casos (Montero & León, 2002).

Para profundizar en la comprensión del trastorno facticio y debido a su baja prevalencia, lo elusivo de su diagnóstico y la limitada confianza que se puede conceder al reporte aislado del paciente, se eligió el estudio de casos: análisis minucioso de un proceso individual que explica la dinámica de una patología y tiene sus orígenes en la tradición médica y psicológica (Arzaluz, 2005). Este tipo de investigación se basa en el razonamiento inductivo, se recomienda para abordar fenómenos nuevos o poco frecuentes (Huston & Squires, 1996) porque permite profundizar en aspectos inaccesibles para otros métodos (Rowan & Huston, 1997) y, a diferencia de la investigación tradicional, se nutre de la participación del lector, quien con su interpretación y análisis confirma o descarta su aplicación a otras poblaciones (Merriam, 1998). Se incluyeron los casos detectados en una muestra limitada y no representativa, lo que imposibilita la generalización de resultados y conlleva el riesgo de realizar interpretaciones inadecuadas (Kerlinger & Lee, 2002). Para incrementar la validez externa de esta investigación, se siguieron los lineamientos propuestos por Yin (1994, citado en Tellis, 1997): a) se emplearon múltiples fuentes de evidencia, b) se hizo una concatenación lógica de las mismas y c) los casos fueron revisados por informantes claves (profesionales del área de la salud que tuvieron contacto con los pacientes estudiados y sobre esta base aportaron información adicional y una opinión diagnóstica, además de pronunciarse sobre la exactitud de las observaciones del investigador). La investigación se centró sobre el caso de trastorno facticio más completo y representativo, que se describe en extenso en el capítulo 5, y para los casos restantes de la misma patología y de los cuadros relacionados (trastornos somatomorfos y simulación) se resaltan las diferencias que aportan nueva información sobre las características del trastorno y el diagnóstico diferencial (Huston & Squires, 1996).

4.6 Objetivos

4.6.1 Análisis de la serie de casos reportados en la literatura:

Objetivo: Identificar las características socioeconómicas de los casos reportados en la literatura, los métodos de detección de la formulación facticia de síntomas y el curso del trastorno.

4.6.2 Análisis de la serie de casos clínicos:

Objetivo: Establecer la prevalencia del engaño en una muestra clínica, identificar los métodos utilizados para su detección, el contenido del engaño y los cuadros psicopatológicos donde éste aparece.

4.6.3 Estudio de casos clínicos:

Objetivo: Aportar evidencia clínica a través del estudio de los casos que cubrían los criterios diagnósticos del DSM-IV (1995) para trastornos facticios, trastornos somatomorfos y simulación, con el fin de establecer su prevalencia, resaltar los aspectos relevantes del diagnóstico diferencial y valorar la utilidad del MMPI-2 en este proceso.

4.7 Sujetos

Los sujetos que conformaron la serie de casos clínicos provinieron de los expedientes de pacientes que fueron atendidos en la consulta psicológica privada de la autora en 56 meses consecutivos, desde mayo del 2005 hasta el mes de diciembre del 2009.

En el estudio de casos se incluyeron los adultos que cubrieron los criterios clínicos del DSM-IV (APA, 1995, p. 456) para los siguientes cuadros:

- Trastornos facticios, trastornos mentales que se codifican en el Eje I que se caracterizan por el reporte de “síntomas físicos o psicológicos fingidos o producidos intencionalmente, con el fin de asumir el papel de enfermo. La apreciación de que el síntoma se ha producido de manera intencionada es posible tanto por comprobación directa como por la exclusión de otras causas... en el trastorno facticio existe una necesidad psicológica de asumir el papel de enfermo, tal como se pone de manifiesto por la ausencia de incentivos externos para este comportamiento” (ídem).
- Trastornos somatomorfos, subgrupo de trastornos mentales que se codifican en el Eje I del DSM-IV y se caracterizan por la “presencia de síntomas físicos que sugieren una enfermedad médica y que no pueden explicarse completamente por la presencia de una enfermedad, por los efectos directos de una sustancia o por otro trastorno mental”(ídem); entre ellos, se incluyeron en esta investigación el trastorno de somatización, el trastorno somatomorfo indiferenciado, el trastorno de conversión, el trastorno por dolor, la hipocondría y el trastorno dismórfico corporal, y se omitió el trastorno somatomorfo no especificado (por ser una categoría de exclusión).
 - ✓ “Trastorno de somatización (anteriormente histeria o síndrome de Briquet) es un trastorno polisintomático que se inicia antes de los 30 años, persiste durante varios años y se caracteriza por una combinación de síntomas gastrointestinales, sexuales, pseudoneurológicos y dolor.
 - ✓ El trastorno somatomorfo indiferenciado se caracteriza por síntomas físicos no explicados que persisten al menos 6 meses y que son insuficientes para establecer el diagnóstico de trastorno por somatización.

- ✓ Trastorno de conversión consiste en síntomas o disfunciones no explicadas de las funciones motoras voluntarias o sensoriales, que sugieren un trastorno neurológico o médico.
 - ✓ Trastorno por dolor consiste en la presencia de dolor como objeto predominante de atención clínica. Además, se considera que los factores psicológicos desempeñan un papel importante en su inicio, gravedad, exacerbación o persistencia.
 - ✓ Hipocondría es la preocupación y el miedo de tener, o la idea de padecer, una enfermedad grave a partir de la mala interpretación de los síntomas o funciones corporales.
 - ✓ El trastorno dismórfico corporal es la preocupación por algún defecto imaginario o exagerado en el aspecto físico" (ídem).
- Simulación, circunstancia clasificada en el DSM-IV como una condición que puede ser objeto de atención clínica, pero que no constituye un trastorno mental. Se trata de "la producción intencionada de síntomas físicos o psicológicos desproporcionados o falsos, motivados por incentivos externos como... obtener una compensación económica, escapar de una condena criminal u obtener drogas. Se sospecha simulación si existe alguna de las combinaciones presentes:
 - ✓ Presentación de un contexto médico-legal" (ídem): en estos escenarios forenses, la simulación está presente en 20 a 50% de los casos (Randle, 2007).
 - ✓ "Discrepancia acusada entre el estrés o la alteración explicados por la persona y los datos objetivos de la exploración médica.
 - ✓ Falta de cooperación durante la valoración diagnóstica e incumplimiento del régimen de tratamiento prescrito.
 - ✓ Presentación de un trastorno antisocial de la personalidad" (APA, 1995, p. 699).

4.8 Instrumentos

4.8.1 Expediente clínico: Es “el conjunto ordenado de registros de los elementos técnicos esenciales para el estudio racional y la solución de los problemas de salud del usuario... y que se constituye como una herramienta de obligatoriedad para los sectores público, social y privado del Sistema Nacional de Salud” (SSA, 1999, p.3).

Se siguió la Norma Oficial Mexicana publicada en 1999, cuyas disposiciones son de observancia general en el sector privado, incluyendo los consultorios de psicología clínica. Para cada usuario, el psicólogo clínico debe contar con un documento escrito donde organiza los registros correspondientes a su intervención.

El expediente clínico de consulta externa cuenta con:

1. Historia clínica, que brinda un marco amplio de información sobre los antecedentes y contexto actual del paciente y su problemática (Phares y Trull, 1999). Se incluye tanto la infancia como la etapa vital actual del sujeto y se organiza la información dentro de los siguientes apartados: ficha de identificación, historia familiar, antecedentes personales, motivo de consulta, examen mental y resultados de pruebas psicológicas aplicadas, diagnóstico y plan de intervención.

2. Notas de evolución, donde se consigna la información relevante sobre los temas analizados en cada sesión, además del estado mental del paciente durante la misma y en el período entre sesiones.

4.8.2 MMPI-2: El MMPI-2 es un inventario autodescriptivo de personalidad, consta de 567 reactivos con opción de respuesta dicotómica (verdadero –la mayor parte del tiempo o falso-la mayor parte del tiempo), puede aplicarse tanto en forma individual como colectiva y está destinado a

evaluar sujetos de 18 años y mayores (Graham, 2006). Para menores de 18 años se recomienda emplear el MMPI-A y el clínico debe decidir entre estas dos versiones del inventario en sujetos de 18 años: en general, se sugiere optar por el MMPI-A cuando aún cursan preparatoria (Graham, 2006). El contenido de los reactivos requiere que los sujetos cuenten con nivel de comprensión de lectura equivalente al segundo grado de secundaria, pero es recomendable verificar el nivel de comprensión lectora cuando existan dudas sobre la capacidad del sujeto (Lucio, 1995, p. 1). Aunque no es necesario registrar con precisión el tiempo de reacción, el común de los sujetos mexicanos completan la prueba en alrededor de 120 minutos (ídem). La aplicación siempre debe realizarse en un ambiente controlado y bajo supervisión (Graham, 2006), es responsabilidad del examinador favorecer la disposición del evaluado explicándole el objetivo de la aplicación, la confidencialidad de los resultados y los beneficios que obtendrá, además de asegurarse de que haya leído y comprendido las instrucciones (ídem). No se debe aplicar el MMPI-2 en sujetos confusos o durante la fase aguda de una psicosis (Sellbom & Ben-Porath, 2006) y se deben controlar otras condiciones como agudeza visual limitada o retardo/agitación psicomotora en pacientes con trastornos afectivos (Lucio, 1995). La calificación del MMPI-2 se realizó manualmente a través de plantillas; para su interpretación, los puntajes crudos fueron transformados a puntajes T normalizados, cuya media es T50, con una desviación estándar de 15 puntos (Lucio & Ampudia, 1996).

Aunque la administración del MMPI-2 puede realizarla cualquier persona con un mínimo de entrenamiento para garantizar las condiciones estándar de aplicación, la decisión sobre su uso y particularmente su interpretación se restringe a profesionales de la psicología, con capacitación psicométrica y conocimientos, preferentemente de posgrado, en personalidad y psicopatología (Lucio, 1995, p.15). En la presente investigación, el

instrumento fue aplicado individualmente bajo la supervisión de la autora, quien realizó la calificación e interpretación de los perfiles.

4.9 Procedimiento

El análisis de la serie de casos reportados en la literatura se realizó mediante la revisión sistemática de los trabajos de acceso libre publicados desde la segunda mitad del siglo pasado en las siguientes bases de datos PsycINFO, ProQuest, Ovid, PubMed, Artemisa y TESIUNAM. Se incluyeron tesis, artículos de revisión y reportes de casos de trastorno facticio y trastorno facticio no especificado (por poderes) en sus tres modalidades (a. con síntomas físicos, b. con síntomas psicológicos y c. con síntomas físicos y psicológicos). Se registraron sus características sociodemográficas, el método de detección del engaño y factores relacionados con el curso del trastorno (peregrinaje entre instituciones de salud, canalización a los servicios de salud mental, acatamiento por parte del paciente de esta canalización, confrontación con la elaboración intencional de los síntomas y reacción ante la misma).

Para el análisis de la serie de casos atendidos por la autora, se hizo una revisión retrospectiva de expedientes y fueron seleccionados aquellos casos donde existía evidencia de engaño. Para la detección del engaño se consideró la presencia de los indicadores descritos en el capítulo 1 de este trabajo. Se registró la edad y el diagnóstico, además del método de detección del engaño y el contenido del mismo.

En el estudio de casos fueron incluidos los pacientes adultos con diagnóstico de trastorno facticio (en sus tres modalidades: físico, psicológico y mixto, se excluyó el trastorno facticio por poderes) y patologías relacionadas: trastornos somatomorfos y simulación. Se estableció la

prevalencia para estas tres condiciones. Con base en el expediente clínico y perfil de personalidad, se identificaron y describieron las diferencias y rasgos comunes que resultaban relevantes en su historia y situación psicológica presente.

Siendo la mentira una característica central del trastorno facticio, se pensó que los pacientes mostrarían desconfianza y el temor real que se descubriera su participación en la elaboración de la sintomatología (Fehnel & Brewer, 2006), por ello no se intentó obtener el consentimiento bajo información de los pacientes, sin embargo, su reconocimiento es altamente improbable puesto que no se utilizaron imágenes (Huston & Squires, 1996), se omitieron datos innecesarios y se modificaron aquellos datos que pondrían en riesgo su derecho a la privacidad (Ary, Jacobs & Razavieh, 1989). De acuerdo con los lineamientos de la APA (2003), se alteraron algunas características específicas de los casos y se limitó la descripción de rasgos particulares.

De acuerdo con Kerlinger & Lee (2002), siendo esta una investigación de riesgo mínimo para el sujeto, no se requiere obtener el consentimiento informado.

4.10 Manejo de datos

Para la presentación y análisis de los datos se utilizaron métodos de estadística descriptiva acordes al nivel de medición correspondiente a cada indicador evaluado y para la presentación de los datos se emplearon técnicas de organización de información (cuadros, gráficas, tablas), de acuerdo con las recomendaciones de la APA (2002).

Los recursos utilizados para conducir esta investigación fueron cubiertos por la autora, quien no solicitó ni recibió apoyo económico externo. Se contó con el apoyo del coordinador de los servicios médicos de los pacientes que contaban con cobertura amplia de servicio médico como prestación laboral (consulta subrogada) y este consistió en la autorización para tener acceso al expediente médico completo y utilizar la información obtenida exclusivamente para los fines de esta investigación.

Capítulo 5

Resultados

Este capítulo se divide en tres secciones, en la primera se presentan los resultados del análisis retrospectivo de la serie de 39 casos de trastorno facticio reportados en la literatura, de los cuales se describen sus características sociodemográficas, la modalidad de presentación (físico, psicológico, mixto, por poderes), el método de detección del engaño y el curso del trastorno (peregrinaje entre instituciones de salud, confrontación, canalización y seguimiento).

En las dos siguientes secciones se presentan los resultados del análisis retrospectivo de los casos atendidos por la autora:

En el apartado 5.2 se describen las características de los sujetos en quienes se presentó engaño (distorsión significativa de la información, negación de hechos o el reporte de datos inexistentes): su edad, el método de detección del engaño, el contenido del mismo y el diagnóstico.

El estudio de casos (apartado 5.3) se centra en 4 casos identificados de trastorno facticio, 7 de simulación y 7 con trastornos somatomorfos. Se presenta la prevalencia de tales patologías en esta muestra clínica y se analiza a profundidad el caso clínico más completo y representativo de trastorno facticio.

5.1 Serie de casos reportados en la literatura

La revisión de casos reportados en la literatura incluyó trabajos de acceso libre con fecha de publicación entre 1951 y 2009, localizados en las bases de datos PsycINFO, Ovid, ProQuest, PubMed, Artemisa y TESIUNAM bajo los descriptores: facticio, ficticio, pseudo, "Munchausen", "malingering", "fake bad", "lies", "like". Se incluyeron todos los casos de trastorno facticio y trastorno facticio no especificado (por poderes) en sus tres modalidades (a. con síntomas psicológicos, b. con síntomas físicos y c. con síntomas físicos y psicológicos). Se excluyeron las investigaciones que presentaban series de casos originales donde no se precisaban las características individuales de los pacientes que conformaban la muestra (Pope, Jonas & Jones, 1982; Cohen & Vardy, 2006; Sheshia, Phillips & von Baeyer, 2008) y series de casos tomados de la literatura (Mehta & Khan, 2002), además de aquellos reportes cuyo análisis despertaba dudas sobre la exactitud del diagnóstico (Savvidou, Bozikas & Karavatos, 2002), Vg. Abrol, Heck, Gleckel & Rosner (1988), quienes pasaron por alto la simulación e incorrectamente diagnosticaron como trastorno facticio el caso de un paciente adicto a un analgésico opiáceo (incentivo externo inequívoco) que argumentaba dolor costal para solicitar el medicamento.

Se analizaron 34 trabajos de investigación en los cuales fueron descritos 39 casos. El 69% ellos fueron publicados después del 2000. La mayor parte de los casos reportados presentaban trastorno facticio con síntomas físicos (82.06%), seguido por la categoría facticio no-especificado (por poderes) con un 10.25% de los casos (Tabla 1). No se reportaron casos donde la sintomatología fuera exclusivamente psicológica. Cuatro pacientes mostraron una combinación de síntomas físicos y psicológicos (10.25%).

DIAGNOSTICO		N=39	PORCENTAJE
Con síntomas físicos		32	82.06%
Con síntomas psicológicos		-	-
Con síntomas mixtos		3	7.69%
Por poderes (10.25%)	Síntomas mixtos	1	2.56%
	Síntomas físicos	3	7.69%

Tabla 1. Casos reportados en la literatura: Frecuencia de presentación por categoría diagnóstica

El 58.97% de los casos correspondían a mujeres. La media de edad fue de 33.16 años (desviación estándar: 11.39). Dos pacientes eran menores de 18 años (14 y 16 años) y el resto adultos. En 35.8% de los reportes se especificó el estado civil (Tabla 2), de ellos el 28.58% estaba casado, 1 era viuda y el resto solteros (64.28%). La escolaridad se registró en menos del 25% de los casos, mientras que la ocupación (Tabla 3) se indicó en el 35.8% de los reportes, destacaron las actividades básicas (manejo de la casa y empleos no calificados) y el desempleo (64.28%).

ESTADO CIVIL	NO. DE CASOS	PORCENTAJE
Soltero	9	64.28%
Viudo	1	7.14%
Casado	4	28.58%

Tabla 2. Casos reportados en la literatura: Estado civil

OCUPACION	NO. DE CASOS	PORCENTAJE
Sin ocupación (en edad productiva)	4	28.57%
Actividades básicas (obrero, intendencia, ama de casa)	5	35.71
Actividades técnicas	4	28.57
Actividad profesional	1	7.14

Tabla 3. Casos reportados en la literatura: Ocupación

El método por el cual se identificó la producción facticia de sintomatología, se mencionó en 69.23% de los trabajos y en 25.9% de estos casos fueron varios los procedimientos empleados. En 4 de los 27 casos analizados, la información que condujo al descubrimiento de la elaboración facticia de los síntomas se obtuvo de manera fortuita (14.82%), mientras que en 85.18% las características de evolución clínica del paciente a lo largo de la hospitalización motivó que se recurriera propositivamente a métodos que confirmaron el engaño (Tabla 4). Entre estos esfuerzos dirigidos a confirmar o descartar el engaño, destacó la solicitud de registros médicos de otras instituciones o profesionales (34.29% de los casos), el análisis lógico del estado del paciente, su evolución y el resultado de los estudios que realizaron (17.14%) y la entrevista con personas significativas de su entorno (14.28%). En 11.43% de los pacientes se emplearon recursos intrusivos como revisar sus pertenencias o su basura, video grabar su estancia hospitalaria, incluso buscar en Internet reportes médicos compatibles con los presentados por una paciente (quien de ese mismo modo había plagiado y presentado como propios los datos de un enfermo real).

METODOS DE DETECCION DE FORMULACION FACTICIA DE SINTOMATOLOGÍA		NO. DE CASOS	PORCENTAJE
Detección fortuita (14.82%)	Se encontraron artefactos/sustancias relacionados con el engaño	2	5.72%
	Personal de salud reconoció pacientes que peregrinaban entre instituciones	3	8.58%
Métodos de detección del engaño en el curso de la intervención clínica (85.18%)	Solicitaron registros de otros hospitales	12	34.29%
	Analizaron la evolución (ilógica) y los estudios de laboratorio e imagen	6	17.14%
	Recibieron la información por parte de familiares del paciente	5	14.28%
	Buscaron datos, artefactos o sustancias relacionados con el engaño	4	11.43%
	Separaron al paciente de su entorno o limitaron movilidad (casos de autolesión)	3	8.57%

Tabla 4. Casos reportados en la literatura:
Métodos por los cuales se conoció la formulación facticia de síntomas

Veinticinco pacientes (64.10%) de los reportados habían acudido a más de dos centros de atención médica, es decir, “peregrinaron” entre instituciones. En 31 reportes se especificó el manejo del paciente una vez que se estableció el diagnóstico: 53.84% de los casos fueron canalizados al

servicio de salud mental, pero sólo el 38.09% accedió a la interconsulta y en ninguno hubo seguimiento. Los autores confrontaron al paciente con la evidencia de producción facticia de la sintomatología en el 93.54% de los casos y 27.58% la reconocieron.

5.2 Serie de casos clínicos

Se analizaron retrospectivamente 347 expedientes de pacientes que fueron atendidos en la consulta psicológica privada de la autora a lo largo de 56 meses consecutivos, desde mayo del 2005 hasta el mes de diciembre del 2009. Se recibieron en promedio seis casos nuevos por mes, con una proporción 1:1 de pacientes que cubrían directamente los honorarios en un esquema de consulta privada tradicional y derechohabientes de servicio médico subrogado (la empresa canalizaba a los pacientes –empleados y sus familias- y cubría los honorarios correspondientes). Se detectaron 37 casos donde se comprobó engaño, consistente en la distorsión significativa de la información, negación de hechos o el reporte de datos inexistentes.

Entre los indicadores de engaño que se presentaron en este grupo de pacientes, estuvieron:

- Descripciones de manifestaciones clínicas que se contraponían con los resultados de las pruebas psicométricas (Vg. exageración voluntaria de la sintomatología reportada en el MMPI-2, por detección de un patrón “fingirse mal”).
- Reconocimiento espontáneo del engaño, por parte del paciente.
- Información que no era confirmada por otros observadores externos (Vg. familiares, docentes y médicos que tenían contacto con el paciente), o que era refutada por ellos.

- Versiones distintas del mismo suceso, cuando era descrito por el paciente en diferentes sesiones.
- Información ilógica/improbable o discrepancias notables en fechas o datos (no debidas a confusión) mismas que se corregían al ser señaladas pero alteraban la coherencia global de lo relatado.
- El estado físico y/o mental observado durante las entrevistas, era incompatible con lo que se relataba (vg. el paciente reportaba sintomatología depresiva grave y mostraba un arreglo personal cuidadoso y elaborado, o refería la presencia constante de dolor de magnitud considerable, a la par que realizaba trabajo físico intenso).

También se registraron los siguientes indicadores de engaño, aún cuando por sí mismos no fueron considerados evidencia suficiente del fenómeno:

- Presencia constante de indicadores observables de engaño: físicos (menor cantidad de movimientos corporales) y principalmente verbales, tales como descripciones parcas (limitadas en detalles), mayor tiempo de reacción al responder las preguntas del examinador, pausas durante el discurso, pocas referencias a la situación afectiva durante los sucesos narrados y escasa resonancia al relatarlos.
- El paciente evadía el diálogo y expresaba un discurso autodirigido y salpicado de exageraciones, que sugería el uso de la fantasía con el fin de adornar y conseguir que sucesos comunes resultaran más interesantes.

La prevalencia de engaño en esta muestra clínica fue del 10.7%, con una proporción similar entre los diferentes grupos de edad (Tabla 5, N=347).

GRUPO DE EDAD	NO. DE PACIENTES	EVIDENCIA DE ENGAÑO	PORCENTAJE
Menor de 12 años	34	4	11.7%
12 a 17 años	50	5	10%
18 a 59 años	245	27	11.02%
60 años o mayor	18	1	5.5%

Tabla 5. Análisis de casos clínicos: Prevalencia de engaño

El contenido del engaño se relacionaba con ocultación o exageración de sintomatología en la mayoría de los casos (75.7%), mientras que el 24.3% alteraba información no relacionada con manifestaciones clínicas (Figura 1).

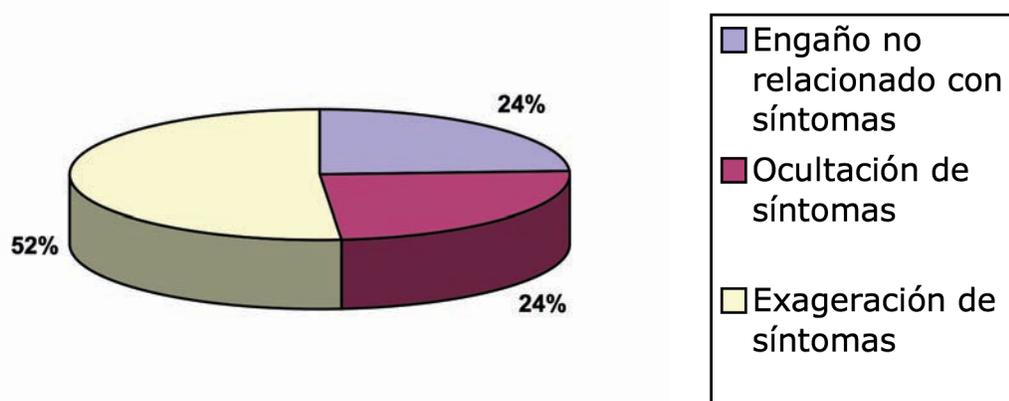


Figura 1. Tipo de engaño

En 62.16% de estos casos se recurrió a fuentes de información adicionales a la entrevista durante el proceso de diagnóstico: en 24.33% se emplearon pruebas psicométricas, en 8.1% las pruebas fueron complementadas con datos solicitados a informantes externos y en 29.73% únicamente se recurrió a la aportación de estos últimos (padres, maestros y médicos tratantes).

En todos los pacientes, fueron dos o más los métodos por los que se detectó la distorsión de la información; entre los indicadores de engaño observables durante la entrevista, destacó la presencia de datos ilógicos y discrepancias intrarelato no debidas a confusión (en 48.64% de los pacientes), seguida por una marcada incompatibilidad entre lo reportado por el paciente y lo observado por el clínico (45.94%) (Figura 2).

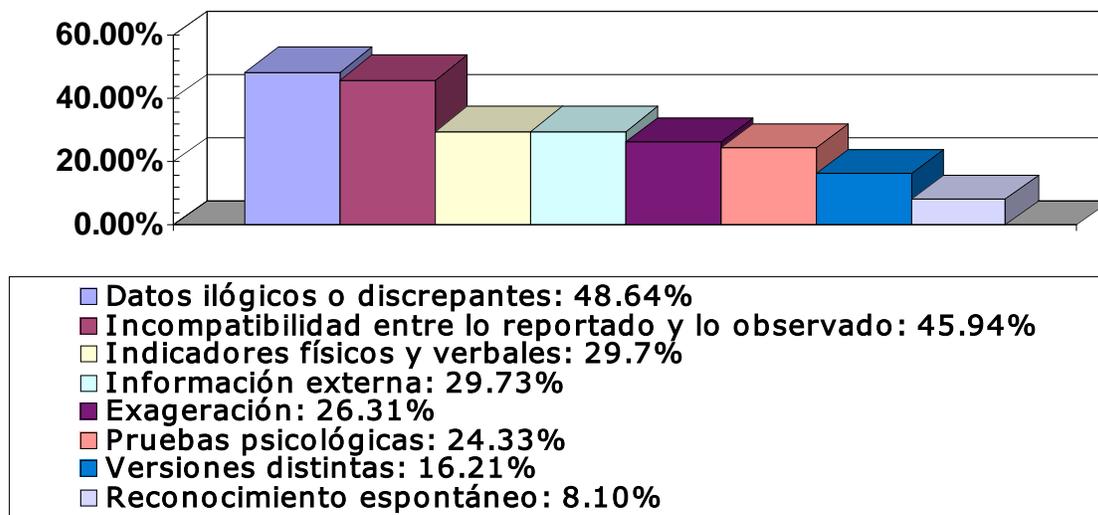


Figura 2. Indicadores de engaño durante entrevistas

Las categorías diagnósticas para los 37 pacientes donde se detectó engaño se presentan en la Tabla 6. Una tercera parte de estos pacientes tuvieron dos o más diagnósticos (35.14%). En la columna tres de la Tabla 6 se indica el diagnóstico principal, es decir, aquel que motivó la atención clínica y la columna 4 corresponde al o los diagnósticos adicionales. La mayor parte de estos pacientes recibió algún diagnóstico dentro del grupo de los trastornos de personalidad (67.5%), predominando el trastorno límite (50%). Se registraron con cursivas 4 casos de pacientes menores de 12 años donde hubo sobrerreporte de sintomatología psicológica, estos niños no mostraron alteración mental o distorsión de la información y el diagnóstico de trastorno facticio por poderes sería aplicable a sus madres, de haber sido ellas las pacientes identificadas (los menores se considerarían víctimas de

esta manifestación y su diagnóstico habría sido abuso físico del menor). Por lo anterior, estos casos fueron excluidos del cálculo de la prevalencia de trastorno facticio (apartado 5.3), pero el lector interesado en este fenómeno encontrará el detalle de sus características en el Anexo A.

CATEGORIAS	DIAGNOSTICO	N=37	CO-MOR_BILIDAD	PORCENTAJE GLOBAL
T. relacionados con sustancias	Abuso de alcohol		3	8.1%
T. del estado de ánimo	Distimia	1		2.7%
Trastornos de Ansiedad	Ansiedad generalizada	1		2.7%
Trastornos de la alimentación	Anorexia nerviosa	4	2	16.2%
Trastornos de personalidad	Esquizoide	2		5.4%
	Paranoide	1		2.7%
	Límite (L)	13	4	50%
	Antisocial (A)	1		2.7%
	Histriónico	1		2.7%
	Mixto (L + A)	2		5.4%
	Dependencia			1
Trastornos adaptativos	Mixto (ansiedad y depresión)		1	2.7%
Trastornos facticios	Por poderes	(4)		10.8%
	S. psicológicos		1	2.7%
	Síntomas físicos			
	Síntomas mixtos		3	8.1%
	Simulación	7		20.5%

Tabla 6. Análisis de casos clínicos: Diagnóstico en los casos de engaño

5.3 Estudio de casos clínicos

Se identificaron 4 casos de trastorno facticio, pero en ninguno de ellos se trató de la patología principal. Hubo 7 pacientes con diagnóstico dentro del grupo de los trastornos somatomorfos (4 cubrieron criterios para trastorno indiferenciado, 2 para trastorno por dolor y uno para trastorno por conversión) y 7 casos de simulación (Tabla 7, N=18).

La evidencia clínica se respaldó con el perfil de personalidad medido con el MMPI-2 en 11 de estos 18 pacientes (el resumen clínico para cada uno de ellos se presenta en el Anexo B).

CATEGORÍA		DIAGNOSTICO PRINCIPAL	DIAGNOSTICO ASOCIADO	PREVALENCIA EN MUESTRA CLÍNICA
Trastornos somatomorfos	Por dolor	2		2.85%
	Conversión	1		
	Indiferenciado	4		
Trastornos facticios	Mixto		3	1.63%
	Psicológico		1	
Simulación		7		2.85%

Tabla 7. Prevalencia de trastornos somatomorfos, facticios y simulación

La mayoría de los casos fueron mujeres, con una mayor desproporción entre géneros en el grupo de trastornos somatomorfos (6:1) y facticios (3:1), en comparación con los sujetos donde se identificó simulación (4:3).

La edad de los pacientes se distribuyó en el rango entre 24 y 55 años, con una frecuencia mayor de sujetos en la quinta década de la vida (41 a 50 años). Al clasificarlos por grupo diagnóstico, los sujetos con simulación tuvieron una mediana de edad de 40 años, aquellos con trastornos facticios de 38 años y los pacientes con trastornos somatomorfos de 49 años.

La escolaridad de los pacientes fue predominantemente media superior en el grupo de trastorno facticio, superior entre los pacientes con trastornos somatomorfos y media básica para aquellos con simulación.

Entre los pacientes con trastornos facticios y somatomorfos, el manejo de casa fue la actividad preponderante (7 de 11 pacientes). En el grupo de sujetos con simulación, 5 de los 7 pacientes eran empleados con incapacidad laboral (4 de 7 en nivel técnico y 1 de 7 a nivel profesional) y el resto colaboraba de manera informal con un negocio familiar.

La mayor proporción pacientes en los grupos con trastornos facticios y somatomorfos vivían en pareja (9:2), mientras que el estado civil se distribuyó proporcionalmente entre los casos de simulación. No se detectaron diferencias en estructura y funcionamiento familiar (familia de origen y familia actual) entre los tres grupos de pacientes.

Tres cuartas partes de los pacientes estaban en tratamiento psiquiátrico o lo habían estado en el pasado. En los grupos con diagnóstico de trastorno facticio y somatomorfos se observó uso irregular y crónico (13 años en promedio) de fármacos antidepresivos y ansiolíticos. Entre los sujetos que presentaron simulación, también se detectó el empleo irregular de fármacos psicotrópicos (5 de 7 pacientes), por menores períodos de tiempo.

Los perfiles de los MMPI-2 de los pacientes con trastornos facticios se muestran en las figuras 3, 4 y 5.

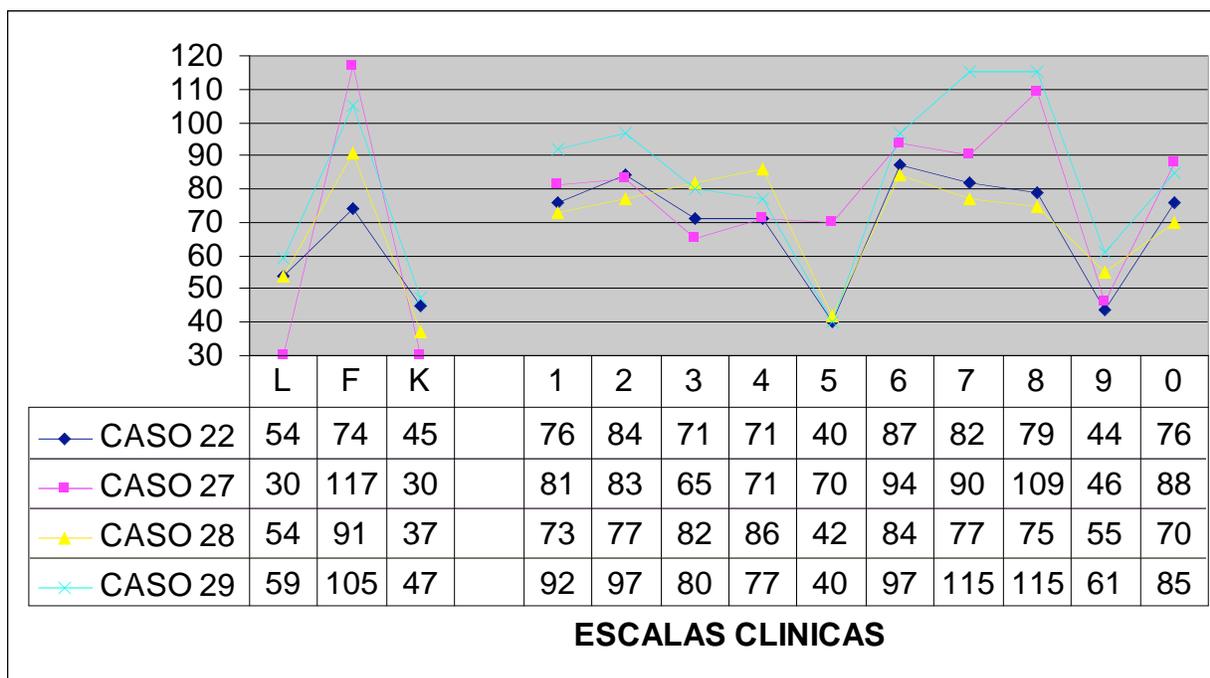


Figura 3. Perfiles de escalas clínicas MMPI-2, trastornos facticios

En los cuatro casos la configuración de las escalas de validez fue de V invertida, propia del estilo “fingirse-mal”, mismo que fue corroborado por otros indicadores (puntuaciones F_{psic}). Se detectaron puntajes T menores a 50 en la escala K. Los mayores niveles sintomáticos se concentraron en las escalas 7 y 2 (superiores a T77), sin embargo, hubo gran dispersión en los puntajes (diferencias hasta de 40 puntos T) y por ello no pudieron considerarse representativas de este grupo de pacientes. Las únicas dos escalas con comportamiento homogéneo (la dispersión de los puntajes fue menor a una desviación estándar) fueron 4 y 6, y en los cuatro casos estuvieron por arriba de T70. La combinación de estas dos escalas (4 6), se ha relacionado con sujetos inmaduros y autoindulgentes, centrados en sí mismos (Graham, 2006), con tendencia a la dependencia pasiva y a la represión de la ira y la hostilidad. Se les ha considerado resistentes a la intervención psicológica, por lo general se trata de sujetos que son evaluados

en los servicios de salud mental por insistencia de un tercero (Butcher & Perry, 2008) y suelen atribuir el origen de sus problemas a factores externos. Lo anterior configura un pronóstico desfavorable para la intervención psicológica.

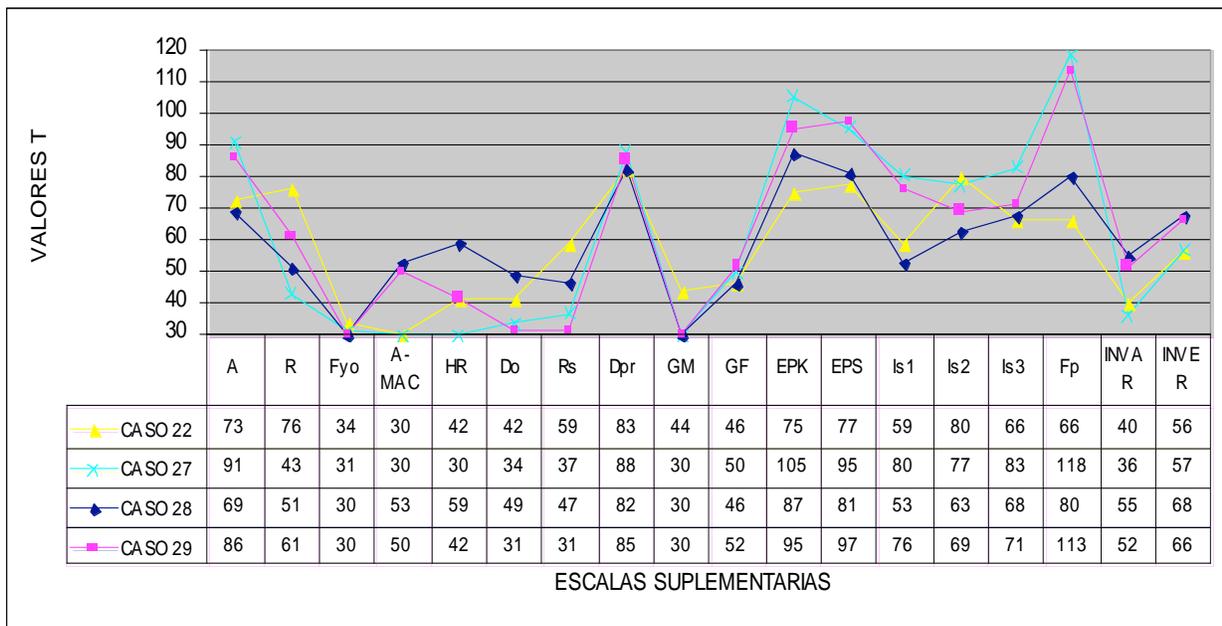


Figura 4: Perfiles de escalas suplementarias, trastornos facticios

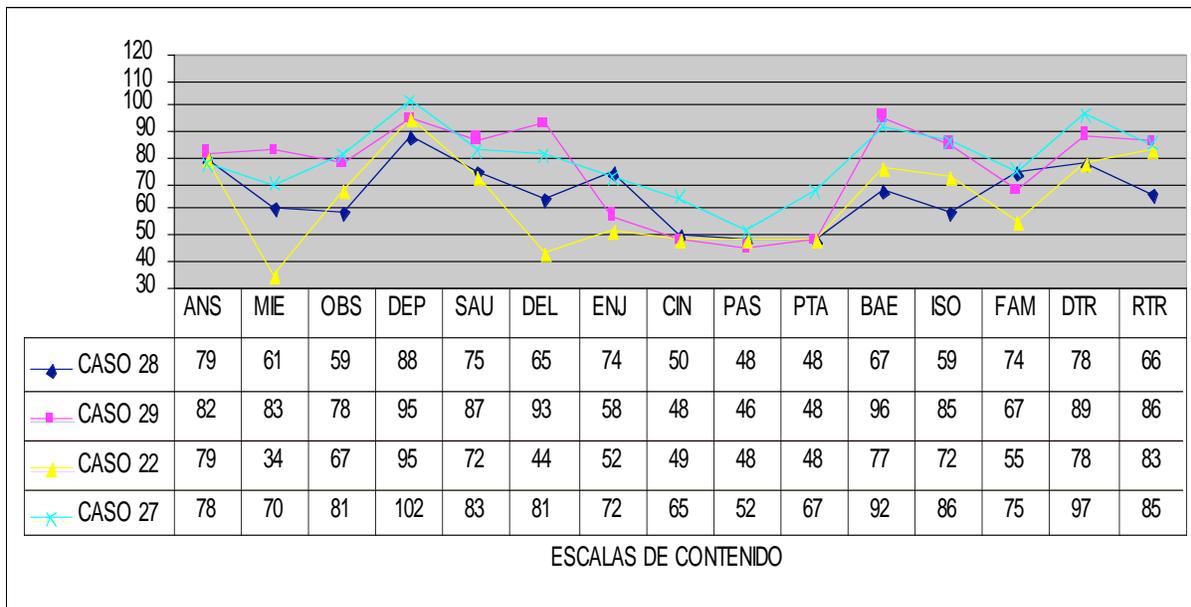


Figura 5: Perfiles de escalas de contenido, trastornos facticios

Entre las escalas suplementarias se observaron puntajes sistemáticamente bajos en la escala Fyo y elevaciones en la escala Dpr: una combinación de escasa confianza en sus recursos emocionales e insatisfacción con sus circunstancias de vida. Hubo elevaciones homogéneas en las escalas de contenido que reflejan afectos displacenteros y malestar general: ANS, DEP Y SAU.

Sólo uno de los siete expedientes de trastornos somatomorfos contó con MMPI-2 (caso 38), por ello, no fue posible establecer un perfil para este grupo diagnóstico. El perfil de escalas clínicas del MMPI-2 para el grupo de pacientes con simulación se presenta en la figura 6. Al igual que con el grupo de trastornos facticios, en LFK se detectó la configuración “fingirse-mal”.

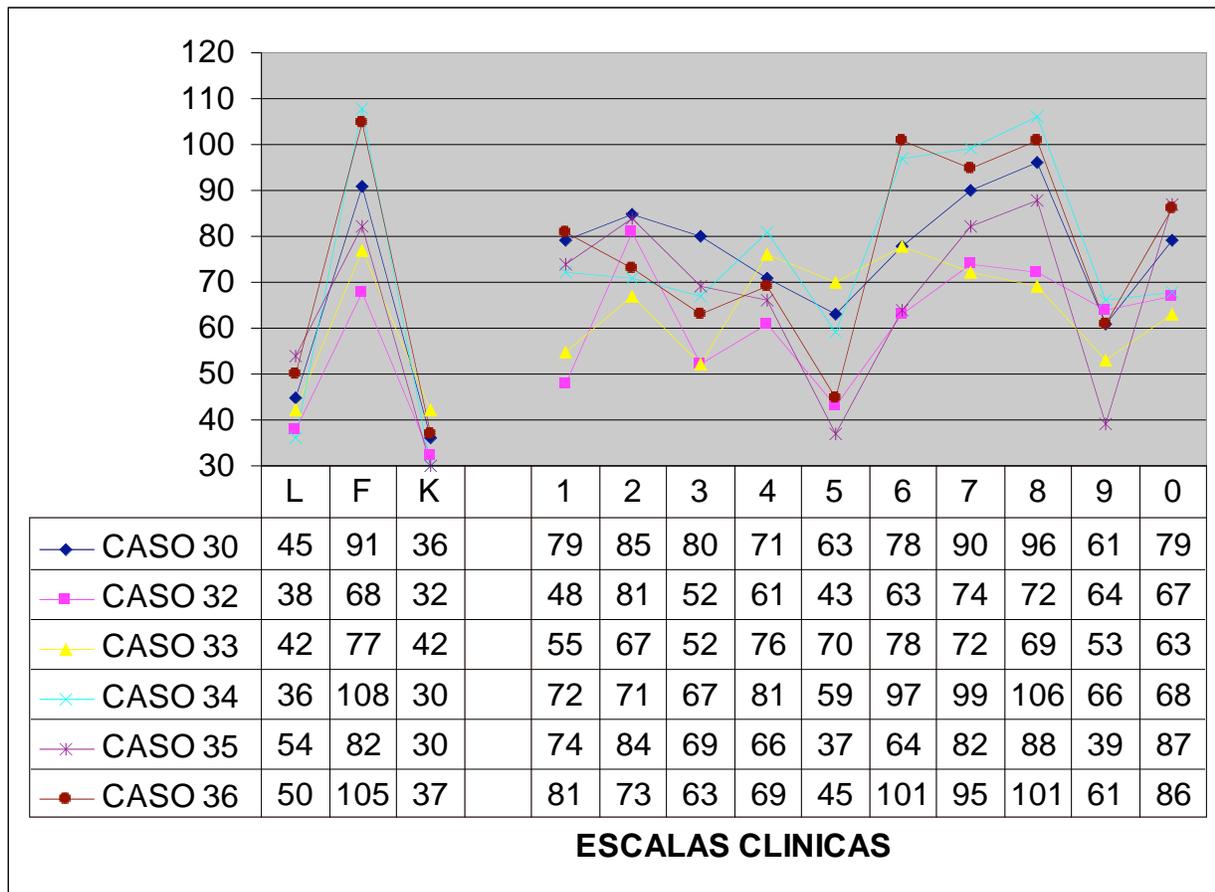


Figura 6: Perfil de escalas clínicas MMPI-2, simulación

A diferencia del grupo con trastornos facticios, entre quienes recibieron diagnóstico de simulación no hubo escalas con comportamiento homogéneo y por tanto no pudo establecerse un perfil de personalidad característico para las escalas clínicas.

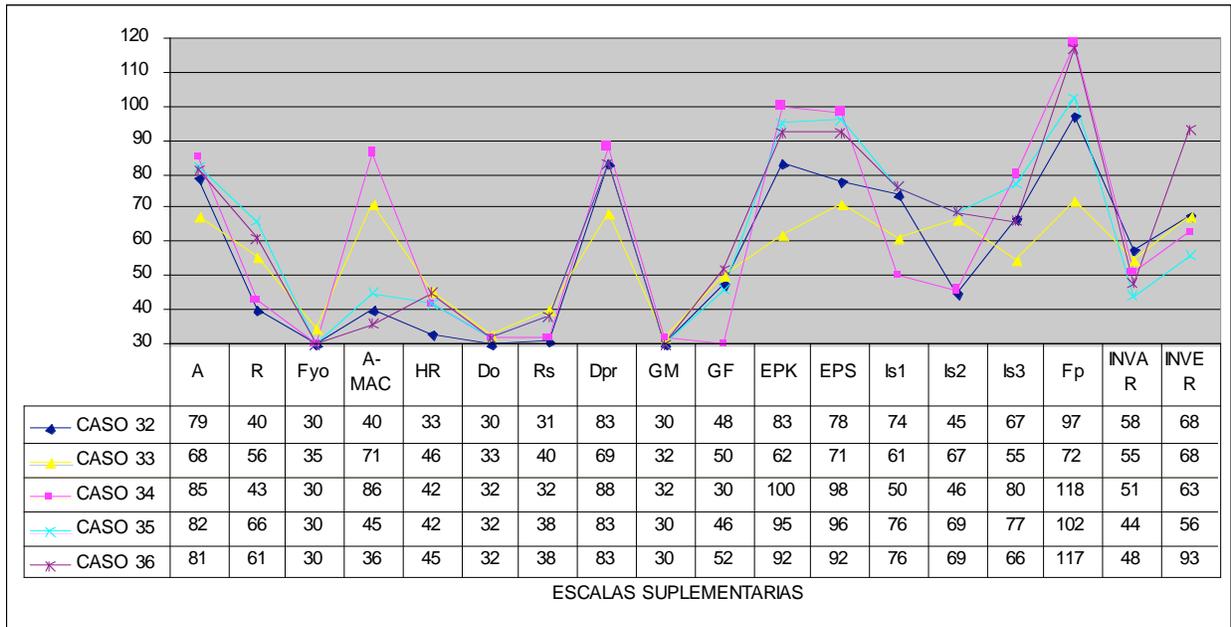


Figura 7. Perfil de escalas suplementarias, simulación

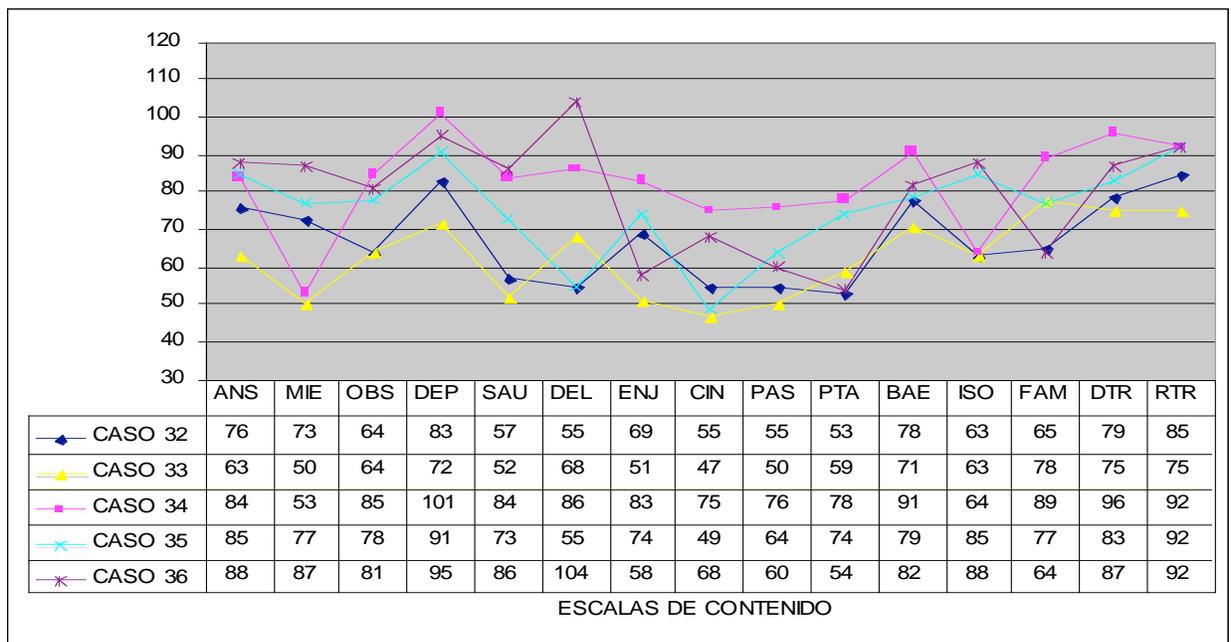


Figura 8. Perfil de escalas de contenido, simulación

Tampoco entre las escalas de contenido se pudieron identificar puntajes destacados (figura 8), pero hubo un comportamiento homogéneo en cuatro escalas suplementarias (figura 7): quienes simularon obtuvieron puntajes significativamente bajos en Rs (menores a T40), Fyo, Do y GM (menores a T35).

Las características de la intervención clínica fueron similares entre los pacientes con trastorno facticio y somatomorfos: todos concluyeron la etapa de diagnóstico. En el grupo con trastorno facticio, 3 de 4 pacientes iniciaron tratamiento: uno lo abandonó y no hubo seguimiento mientras que los dos restantes tuvieron una asistencia razonablemente regular (con períodos de interrupción) y fueron dados de alta cuando el proceso terapéutico ya no generaba cambios favorables para el paciente (aunque se obtuvo ligera mejoría sintomática, los objetivos terapéuticos no fueron alcanzados). En el grupo con trastornos somatomorfos, 4 de 7 pacientes iniciaron tratamiento, uno lo abandonó y los tres restantes concluyeron el proceso: dos de ellos fueron dados de alta cuando la intervención ya no producía mayor beneficio al paciente (no se alcanzaron los objetivos terapéuticos) y el restante tuvo alta con mejoría (por autoreporte y retest de MMPI-2). En los casos de simulación, todos completaron la etapa de diagnóstico y ninguno de los pacientes aceptó la intervención.

Entre los cuatro casos con diagnóstico dentro del grupo de trastornos facticios, se seleccionó para su estudio aquel con mayor cantidad de fuentes de evidencia: entrevistas de diagnóstico e intervención, evaluación psicométrica de personalidad, período de seguimiento de 18 meses y acceso al expediente clínico completo (registro de las observaciones, exámenes y opiniones de varios observadores externos: médico general y otros especialistas).

5.3.1 Caso clínico:

Una mujer de 30 años de edad fue canalizada a valoración psicológica por su médico psiquiatra, quien recientemente la había dado de alta con diagnóstico de egreso de trastorno disociativo. Estuvo en tratamiento con medicación antidepresiva, antipsicótica y ansiolíticos, por aproximadamente 9 años; al momento de la evaluación ya no seguía un esquema farmacológico. Era originaria y radicaba en una ciudad del centro de la República Mexicana, con una población aproximada de un millón de habitantes. Cursó educación media superior e inició la licenciatura en finanzas sin concluir el primer semestre. Se dedicaba al hogar y desde hacía 5 años estaba casada con un hombre de 60 años, jubilado, con ingresos estables y que manejaba un negocio particular modesto; pertenecían a la clase media y vivían en casa propia. Habían iniciado su relación de pareja hacía 8 años, cuando él aún estaba casado (enviudó al año siguiente). Su esposo tenía 2 hijas de su primer matrimonio, de 28 y 20 años. La mayor estaba casada, dedicada a la crianza de dos hijos en etapa preescolar y vivía de manera independiente, la menor era soltera, sin ocupación y vivía con la paciente y su marido.

Historia familiar: La paciente era la mayor de 8 hijos de una familia nuclear disfuncional por alcoholismo del padre y problemas cardíacos crónicos de la madre. Describió a su padre como un hombre de 58 años, abusivo e irresponsable. Su madre murió a los 46 años, cuando la paciente tenía 22, la describió como una mujer sumisa y "buena persona". Vivió con sus abuelos maternos hasta la muerte de su madre, los consideraba sus figuras parentales (se encargaron de la manutención y cuidado de la paciente y sus hermanos), su abuelo trabajaba en un taller de su propiedad anexo a la casa, lo describió como "trabajador", poco expresivo y distante.

De su abuela materna relató: “estaba siempre haciendo algo, era callada y nunca se quejaba”. Durante la infancia de la paciente, su madre solía guardar reposo y casi no salía de casa, se involucraba poco en el cuidado de sus hijos.

Antecedentes personales: Describió su infancia, niñez y adolescencia como etapas de carencias económicas y afectivas, inició escolaridad a los 6 años, cursó primaria, secundaria y carrera comercial en escuelas públicas con buen aprovechamiento y escasa vida social. No recibía supervisión o motivación familiar para las tareas y logros escolares. Tuvo su primer empleo en una institución bancaria a los 18 años, como asistente, con buen desempeño, esto la motivó a ingresar dos años después a la licenciatura en contabilidad en una pequeña universidad privada. Combinó estudio y trabajo por unos meses, hasta que un problema laboral grave (incidente donde se perdió documentación importante que estaba bajo su responsabilidad) ocasionó su despido y le provocó una “crisis nerviosa” que ameritó dos períodos consecutivos de hospitalización psiquiátrica. La paciente recuerda que tuvo varios intentos de suicidio (sin lograr especificar el número y las características de los mismos) y amnesia posterior a las hospitalizaciones. Entre los 22 y los 28 años vivió alternadamente bajo el cuidado de su padre y hermanos, y su esposo, con fricciones constantes y sin reincorporarse a una rutina productiva (dentro o fuera de casa).

Tuvo varios tratamientos psiquiátricos con apego irregular y resultados parciales. Al momento de la evaluación psicológica contaba con servicio médico privado subrogado que su esposo tenía como prestación laboral y estaba en tratamiento para herpes, gastritis erosiva crónica, enfermedad pélvica inflamatoria.

Historia médica: Se realizó una revisión analítica del expediente médico de la paciente para los siete años comprendidos entre 2002 y 2009. En esta etapa, asistió con elevada frecuencia a consultas de medicina general y diversas especialidades (neurocirugía, medicina interna, ginecología, gastroenterología, cirugía general, oftalmología, dermatología, rehabilitación, nutrición), refería síntomas inespecíficos: "náusea, mareo, debilidad, dolor lumbar, cefalea, cansancio, fatiga". En esos siete años había sido sometida a 8 intervenciones quirúrgicas (5 de ellas en la misma región, por reaparición de síntomas), 4 endoscopias e incontables estudios de laboratorio e imagenología (principalmente ultrasonidos). No fue posible cuantificar las hospitalizaciones no relacionadas con procedimientos quirúrgicos. Los especialistas médicos consultados coincidían en una evolución crónica, mejorías parciales que no se sostenían, reaparición de los mismos síntomas que no remitían a pesar de diversos esquemas terapéuticos, uno de ellos consignó en el expediente, para referirse a los resultados de una tomografía: "no hay evidencia... que coteje con la clínica"), sin embargo, continuaban programando citas y realizando procedimientos diagnósticos.

Adendum: Una nueva revisión del expediente arrojó que en 10 meses consecutivos del año 2010, la paciente asistió a 19 consultas de medicina general, 8 de ginecología y 3 de cirugía, fue sometida a una intervención quirúrgica con fines diagnósticos y estuvo hospitalizada por lo menos en dos ocasiones, con las quejas ya referidas en la historia médica. No reinició tratamiento psiquiátrico ni psicológico.

Historia psiquiátrica: A los 26 años recibió el diagnóstico de trastorno depresivo mayor con ansiedad y trastorno disociativo; en la valoración inicial el médico psiquiatra señaló que las manifestaciones psicopatológicas iniciaron cuando la paciente tenía 23 años de edad (sin especificar sus características) y consignó la presencia de baja autoestima, ideación suicida e "impulsos autolíticos que impresionan de (¿tipo?)

manipulaciones". Entre 2002 y 2009 fue tratada con gran variedad de fármacos psicotrópicos (v.g. en abril de 2003 simultáneamente recibía dos antidepresivos, un antipsicótico, una benzodiacepina y un anticolinérgico). En el expediente se reportaba apego parcial al tratamiento, períodos de mejoría leve y frecuentes cambios al esquema psicofarmacológico.

Motivo de consulta: Al encontrarse en remisión y alta del último tratamiento psiquiátrico, la paciente presentaba períodos de insomnio medio, somnolencia diurna, desánimo y conflictos familiares (entre otros temas, por la negativa del marido ante su propuesta de tener un hijo), además de fricciones leves pero constantes con la hija menor de su esposo por desacuerdos en rutinas cotidianas. Refirió insatisfacción hacia sus funciones como ama de casa, mal desempeño de las mismas e inquietud por trabajar fuera, acompañada de inseguridad sobre su capacidad para hacerlo.

Examen mental: La paciente representaba físicamente su edad cronológica, su estatura y complexión eran medias, utilizaba anteojos y no tenía alteraciones en su conformación física. Vestía de acuerdo a edad y género, con un estilo conservador y cuidadoso aliño (maquillaje y peinado). Se encontraba orientada y se comunicaba con claridad, en lenguaje de tono y velocidad media, con buen repertorio (inteligencia impresionaba dentro del rango normal). La expresión afectiva era restringida pero congruente con el contenido del relato. Su capacidad de juicio, concentración y atención estaban conservadas, no se detectaron alteraciones en la sensopercepción, ni en el curso o contenido del pensamiento. La memoria reciente y de largo plazo no mostraban fallas, pero la paciente no lograba recordar con exactitud los sucesos alrededor de sus dos hospitalizaciones psiquiátricas.

Resultados de pruebas psicológicas: La paciente resolvió el MMPI-2 en una sesión de 1 hora con 25 minutos. Los perfiles se presentan en las

figuras 9, 10 y 11. Omitió responder 2 reactivos, el índice de Gough fue de 10 puntos y las escalas INVAR (T49) e INVER indicaron que comprendió el instrumento y respondió de manera consistente. El puntaje crudo de INVER (2) indicó una tendencia a dar respuestas de F (no-asentimiento).

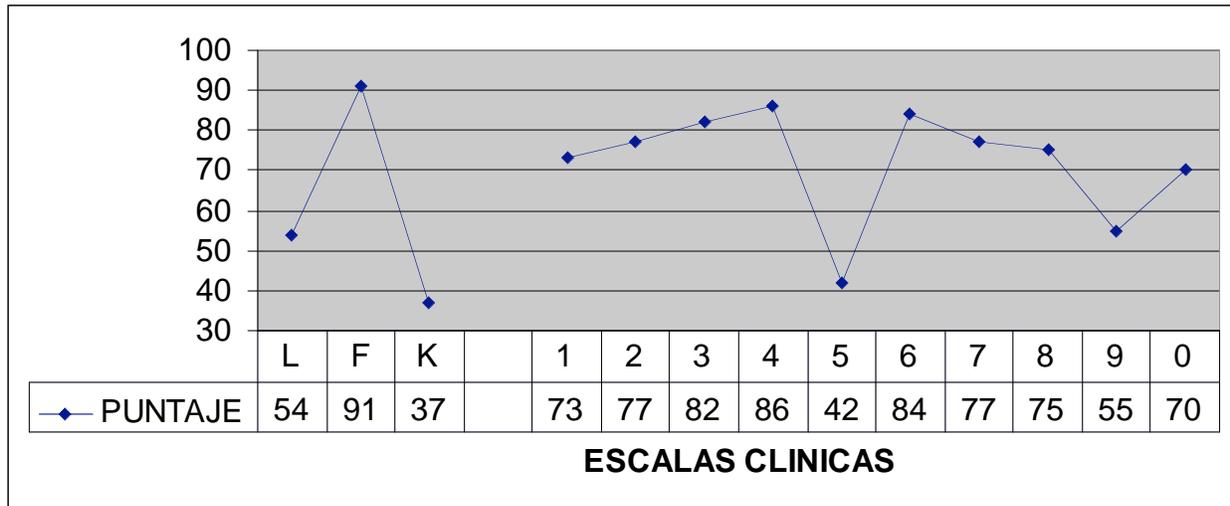


Figura 9. Perfil de escalas clínicas (caso clínico)

Ante la elevación de la escala F (T71), se calculó el puntaje para la escala F_{psic} , que correspondió a T89, indicativo de que la simulación (faking-bad) era posible y el perfil debía ser interpretado con extremo cuidado y complementado con información externa. La interpretación del perfil de escalas básicas se realizó de acuerdo a las puntualizaciones de Butcher y Perry (2008): se consideró el grupo de procedencia (en este caso, los antecedentes de trastorno mental crónico y diversas enfermedades médicas), se utilizaron los números de las escalas y no sus nombres originales, la interpretación se realizó en forma configuracional (no se hizo un análisis individual de las escalas) y se garantizó la significancia clínica, con el énfasis en las elevaciones superiores a T65.

El perfil de escalas clínicas correspondió a un código de tres puntos definido y elevado (Graham, 2006): 4 6 3, de acuerdo con esto, las

características destacables en la paciente eran la ira, el resentimiento, la desconfianza, la irritabilidad y la proyección de la culpa. Friedman, Lewak, Nichols & Webb (2001) caracterizaron esta configuración con un buen manejo de la fachada social, sobrecontrol e hipersensibilidad ante la crítica o el rechazo. De acuerdo con estos autores, el perfil indicaba pobre capacidad de insight y la tendencia a orquestar conflictos interpersonales (en particular con familiares cercanos), además de proclividad a mentir para cubrir sus necesidades, pasividad y dependencia férrea. Sobre el tratamiento, recomendaban un enfoque reeducativo, advertían sobre la inhibición afectos negativos característica de estos pacientes, señalaban que el origen de este estilo se encontraba en figuras parentales restrictivas y proponían un ambiente terapéutico tolerante, donde se aceptara la verbalización de impulsos agresivos (la ira, el enojo), se favoreciera la catarsis y la expresión de los estados afectivos, independientemente de su valencia.

La relación entre las escalas 3 y 4 corroboró el patrón de manejo de la ira: la mayor parte del tiempo la paciente no la reconocía ni la expresaba abiertamente, pero podía presentar exabruptos periódicos (Graham, 2006) de agresión auto o heterodirigida.

La escala 5 indicó apego a intereses culturalmente atribuidos al género femenino (T42) y la escala 0, aunque significativa (T70), no destacó en cuanto a elevación en comparación con el resto de las escalas clínicas; el análisis de las subescalas Is permitió identificar su principal componente: baja confianza en sí misma, nerviosismo e indecisión (Is3= T68).

Acorde con la recomendación de Graham (2006), no fueron cuantificadas los grupos de frases significativas de Koss-Butcher y Lachar-Wrobel, porque tienden a elevarse artificialmente en sujetos que exageran sintomatología y carecerían de significación diagnóstica. En la Tabla 8 se

presentan los puntajes correspondientes a las subescalas Harris-Lingoes, su interpretación se fundamentó en las elevaciones significativas (mayores a T65) de las escalas clínicas que las sustentan (Graham, 2006).

	SUBESCALA	PUNTAJE CRUDO	PUNTAJE T
Hi	Hi1 Negación de ansiedad social	4	51
	Hi2 Necesidad de afecto	5	42
	Hi3 Lasitud-malestar	13	91
	Hi4 Quejas somáticas	11	81
	Hi5 Inhibición de la agresión	3	46
Dp	Dp1 Discordia familiar	7	80
	Dp2 Problemas de autoridad	2	46
	Dp3 Imperturbabilidad social	4	52
	Dp4 Alienación social	12	91
	Dp5 Autoalienación	8	72
Pa	Pa1 Ideas persecutorias	8	87
	Pa2 Mordacidad -poignancy-	6	72
	Pa3 Ingenuidad	5	50

Tabla 8. Subescalas Harris-Lingoes para las escalas 3, 4 y 6 (caso clínico)

La elevación en la escala 4 se relacionó con la alienación (social y autoalienación), propia de personas que se consideran aisladas y distantes, incomprendidas, solitarias, infelices y poco amadas, piensan que han sido tratadas injustamente por la vida y responsabilizan a los demás por sus problemas y fracasos. Son sujetos que refieren dificultades para concentrarse, no encuentran interés o reforzadores positivos en su vida diaria, en la que se sienten incómodos, y tienen dificultad para establecerse en una actividad productiva. Las respuestas de la paciente coinciden con

quienes consideran su hogar y situación familiar desfavorables: carentes de amor, comprensión y apoyo, por lo que expresan deseos de alejarse de sus familiares (los consideran críticos, propensos a pelear e intrusivos).

La elevación de la escala 6 se explicó por la manifestación de ideas persecutorias y mordacidad, presentes en sujetos que consideran al mundo como un lugar amenazador, injusto, son susceptibles, sospechan intenciones ocultas y desconfían de los demás, quienes no los comprenden.

La elevación de la escala 2 no estuvo relacionada con mayor sensibilidad o expresividad afectiva, necesidad de apego o actitud receptiva hacia los demás, en cambio, se debió exclusivamente a la manifestación de múltiples quejas físicas poco específicas (debilidad, fatiga, baja de apetito, dificultades de sueño, dolores, náusea, mareos, etc.).

Entre las escalas suplementarias, resaltó la díada de estrés postraumático (EPK Y EPS, con puntajes T87 y 81, respectivamente), que reflejaban gran tensión emocional y displacer. El bajo puntaje en Fyo (T30) se ha identificado como un factor de mal pronóstico para la psicoterapia (Butcher & Perry, 2008), porque se relaciona con baja autoestima y pobre concepto de sí mismo. Graham (2006) señaló que sujetos con bajos puntajes en Fyo solían experimentar frecuentes crisis y aunque externaban motivación hacia el tratamiento, tenían dificultad para enfocarse en la solución de sus problemas.

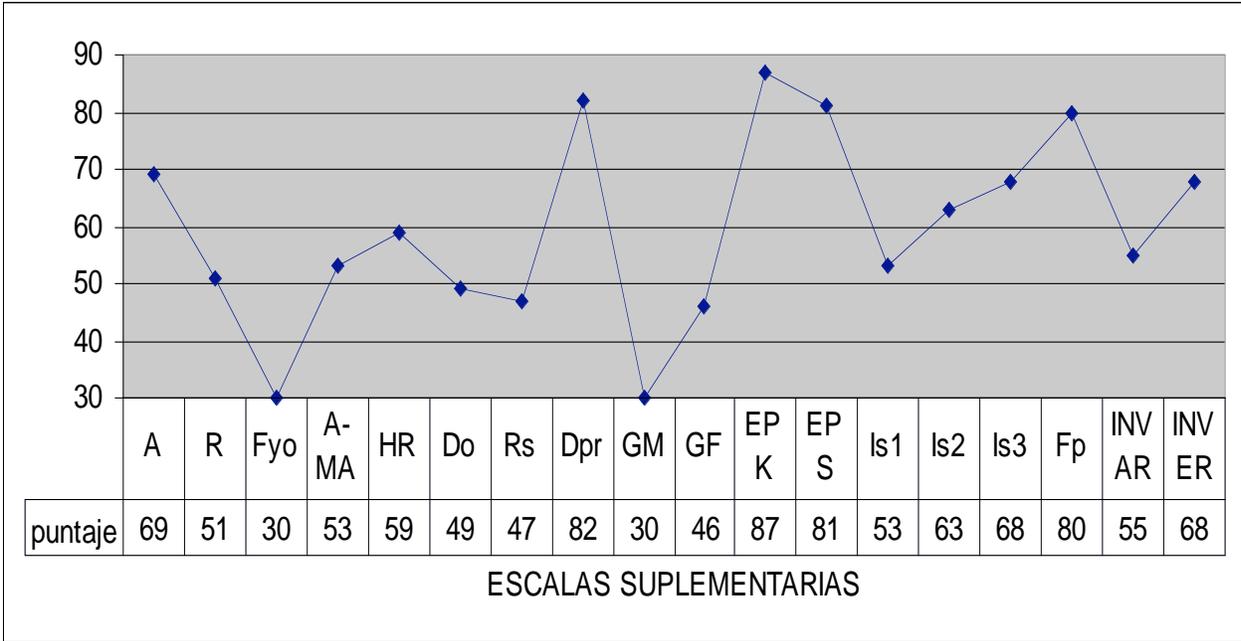


Figura 10. Perfil de escalas suplementarias (caso clínico)

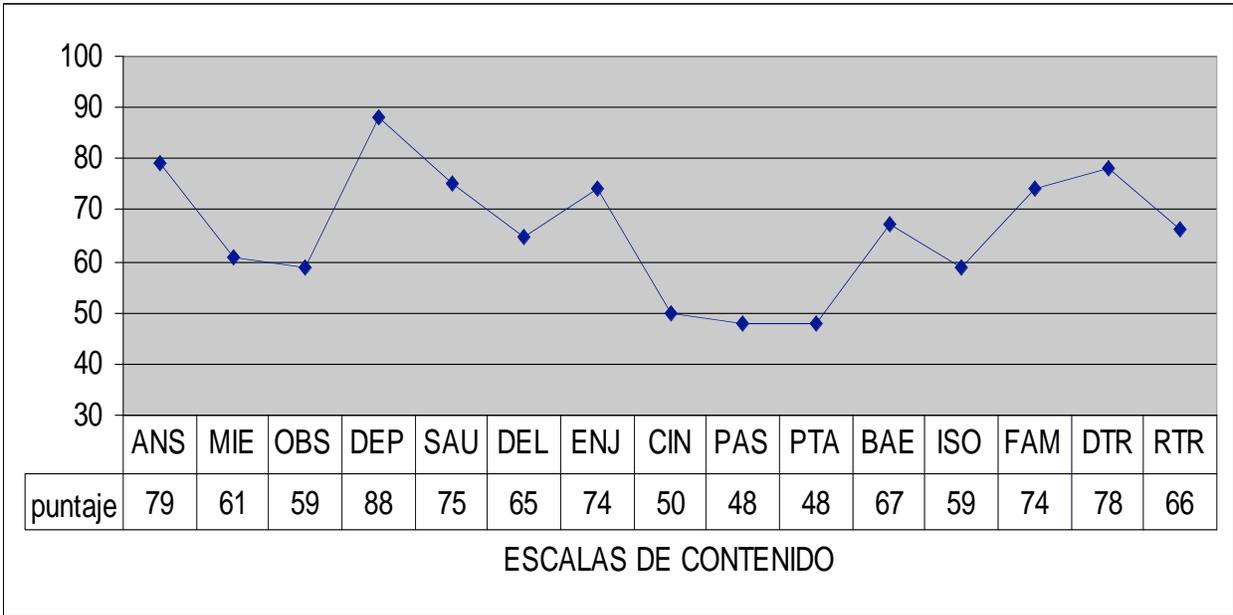


Figura 11. Perfil de escalas de contenido (caso clínico)

En las escalas de contenido se encontró el puntaje más elevado de las escalas sintomáticas del protocolo: T88 para DEP, seguido por ANS (T79) y DTR (T78: falta de concentración, dificultades para tomar decisiones y actitudes negativas hacia pares).

Diagnóstico: Se empleó el sistema multiaxial del DSM-IV, con base en la información proporcionada por la paciente y observada durante entrevistas (excluyendo los datos de pruebas, por ser éste un sistema fenomenológico).

Eje 1. *Distimia* (criterios 1 al 6 del apartado B). Estado de ánimo crónicamente deprimido la mayor parte del día de la mayoría de los días, manifestado por el sujeto durante al menos dos años, en los que no ha habido un periodo libre de síntomas mayor a dos meses, ni un episodio depresivo mayor en los últimos 2 años. Presencia de alteraciones del apetito, del sueño, fatiga, baja autoestima, dificultades de concentración y sentimientos de desesperanza.

Trastorno facticio mixto: Fingimiento (o exageración, nota del autor) de síntomas físicos y psicológicos, búsqueda de asumir el papel de enfermo y ausencia de incentivos externos para este comportamiento.

Eje 2: *Trastorno límite de la personalidad* (criterios 1, 2, 3, 5, 6 y 7). Un patrón general de inestabilidad en las relaciones interpersonales: esfuerzos para evitar el abandono, relaciones interpersonales intensas e inestables (alternancia entre idealización y devaluación), sentido de sí misma persistentemente inestable, comportamientos o amenazas suicidas recurrentes, inestabilidad afectiva por notable reactividad del estado de ánimo, sentimientos crónicos de vacío.

Eje 3. Enfermedades del aparato digestivo, enfermedades del sistema genitourinario y enfermedades infecciosas y parasitarias.

Eje 4. Problemas psicosociales y ambientales. ***Problemas relacionados al grupo primario de apoyo.***

Eje 5. Escala de evaluación de la actividad global (actual). *EEAG= 55* (síntomas y dificultades moderadas de la actividad social).

Plan de intervención: En la tercera sesión se discutieron con la paciente los resultados de la evaluación (por entrevista y pruebas). La paciente no solicitó ni fue informada del diagnóstico, le fueron explicadas como áreas de conflicto la insatisfacción con su situación personal actual, fallas en la relación con su cuerpo (quejas somáticas y contacto excesivo con los servicios de salud), conflictos de pareja y relaciones familiares disfuncionales. Se acordó iniciar psicoterapia de apoyo, directiva, con periodicidad quincenal y la propuesta fue trabajar las dos primeras áreas de conflicto, teniendo como objetivos terapéuticos iniciales definir una postura sobre su actividad preponderante (trabajo dentro o fuera de casa), mantener un desempeño estable por al menos seis meses y espaciar su contacto con los servicios de salud (consultas mensuales de seguimiento con su médico general). Con autorización expresa de la paciente, se contactó a su médico general, quien conoció y estuvo de acuerdo con los detalles del diagnóstico y el esquema de trabajo propuesto, se comprometió a programar consultas médicas mensuales de seguimiento, independientes del estado sintomático, además de restringir la realización de procedimientos diagnósticos opcionales y canalizaciones a especialistas (adaptado de McCarron, Han & Motosue-Brennan , 2006).

Notas de evaluación: La paciente asistió a 5 sesiones de intervención, hubo en promedio 14 días entre ellas, a todas acudió puntualmente y no se observaron cambios significativos del estado mental. Durante este período reportó que se espaciaron sus consultas médicas, lo cual fue corroborado por su médico general; sin embargo, dejó de asistir a sesiones. Después de una interrupción de 13 meses, solicitó consulta y se retomaron los objetivos iniciales, a partir de esta sesión, sólo asistió a tres

consultas más (sustancialmente similares a las anteriores) y concluyó el tratamiento psicológico, con mínima mejoría sintomática. En las 8 sesiones de intervención la paciente era participativa, describía detalladamente las ofensas y daños a las que era sometida por parte de sus familiares cercanos (esposo, hijastra, hermanos y cuñados), toleraba los señalamientos de su participación en los conflictos pero no asumía responsabilidad sobre los mismos. Describía lo que para ella eran grandes complejidades de la convivencia familiar cotidiana y expresaba planes de reiniciar vida laboral, sin embargo, se desanimaba ante obstáculos mínimos (sueldo, horarios de trabajo, distancia de traslado, etc.) y con frecuencia atribuía su desistimiento a las actitudes y verbalizaciones de su esposo (quien a decir de la paciente se oponía al trabajo fuera de casa). A lo largo de las sesiones se puso de manifiesto la importancia que tenían los diferentes tratamientos médicos que la paciente solicitaba y su disposición para dedicarles una buena parte de su tiempo (Krahn, Hongzhe y O'Connor, 2003), especialmente a las consultas y estudios, a los que prefería asistir sin la compañía de su esposo. Otro tema recurrente en las sesiones fue la envidia no reconocida hacia la maternidad (de su hijastra, de una hermana y una cuñada), sin embargo, más que el anhelo de un hijo, la paciente evidenciaba un deseo poco elaborado de apropiarse de aquello que el otro poseía, con independencia del objeto y desestimando la situación de vida de su esposo, quien con el argumento de su edad tenía una postura adversa reiterada y firme. A lo largo de las sesiones de intervención se buscó infructuosamente desarrollar alianza de trabajo, se brindó un espacio de escucha atenta y únicamente se realizaron señalamientos de aquellas conductas desadaptativas más evidentes y obvias para la paciente, quien los toleraba pero no los incorporaba a su esquema mental. No se realizaron confrontación ni interpretaciones.

Capítulo 6

Discusión

La labor de investigación retrospectiva realizada en este trabajo, giró alrededor de tres temas: el engaño en el trabajo clínico, los trastornos facticios y el MMPI-2 como una herramienta en el proceso de intervención psicológica.

6.1 El engaño en el trabajo clínico

El engaño es un concepto central en el estudio de los trastornos facticios, sin embargo, no es exclusivo de este fenómeno. Está presente en casi todas las formas de interacción humana y el proceso de intervención psicológica no es la excepción. En 2005, Piper reportó que un alto porcentaje de psicólogos reconocía y toleraba cierta distorsión de la información por parte de sus pacientes, sin que esto afectara la labor clínica. En esta investigación retrospectiva, el foco de interés fueron los usuarios y cuando se evaluaron sus expedientes con los métodos de detección de engaño descritos en el capítulo 1, se encontró que uno de cada diez pacientes aportó datos inexactos o falsos, de magnitud suficiente para ameritar ajustes técnicos por parte del psicólogo durante el proceso de diagnóstico y/o intervención. La principal herramienta para identificar el engaño fue mantener una observación atenta y analítica durante las entrevistas, acompañada del registro preciso por medio de notas en el expediente clínico (Hall et al, 2007), ya que la detección de datos ilógicos/inconsistentes en el relato del paciente y la discrepancia entre lo reportado por él y lo observado por el clínico, fueron los dos indicadores de engaño más prevalentes. En concordancia con Masip (2005), se observó que más allá de la especulación con indicios no verbales, el análisis lógico del contenido del discurso del paciente es un método más eficaz para la

detección del engaño. Las pruebas psicológicas y la información que provenía de fuentes externas se emplearon en una proporción baja (alrededor del 25% de los casos), pero la utilidad que mostraron justificaría recurrir a ellas con mayor frecuencia. Las manifestaciones sintomáticas fueron el área donde predominantemente ocurrió el engaño (75%), por encima de otros temas en el relato de los pacientes.

A pesar del papel central de la mentira en el trastorno facticio, no fue éste el diagnóstico que resaltó en de casos clínicos con evidencia de engaño. Entre los pacientes que distorsionaban información, destacaron aquellos con diagnóstico dentro del conjunto de trastornos de personalidad (67.5%), predominantemente del grupo B, con el trastorno límite a la cabeza. Este cuadro se caracteriza por la búsqueda de control sobre el entorno a través de la manipulación, dramatismo, emotividad y tendencia a la mentira (Bohn & Steller, 2008). En estos pacientes, el engaño no tuvo por objeto estrechar o prolongar la relación con el clínico, por el contrario, su objetivo fue preservar las manifestaciones sintomáticas fuera de su alcance (v.gr. conductas purgativas en el caso de pacientes con anorexia) y mantener el status quo. Bajo esta situación, la confrontación sería poco productiva, pero el clínico podría emplear los señalamientos para mantener la atención de ambas partes sobre manifestaciones potencialmente dañinas para el paciente.

Otro hallazgo significativo en el análisis de casos clínicos con evidencia de engaño fue la detección de simulación, con una prevalencia de 2.85%. Con independencia de dos casos en los que el objetivo de la valoración fue forense, los cinco restantes se presentaron con una demanda asistencial, sin embargo, el resultado del proceso diagnóstico y su negativa a continuar en la etapa de intervención confirmaron que su motivación era obtener una justificación clínica para mantener los beneficios laborales (Eisendrath &

McNiel (2004) y, no menos importante, conservar la indulgencia o sometimiento familiar hacia sus deseos, como se ejemplifica en el caso 34 (Anexo B), donde la simulación de un cuadro de depresión mayor representaba para una mujer de 32 años, con dificultades maritales por infidelidad del esposo, conservar su matrimonio para garantizar la estabilidad económica de su familia (tenía 5 hijos en edad escolar, instrucción básica y nula experiencia laboral) y obtener beneficios personales. Se trató de sujetos que reportaron sintomatología psicológica (principalmente depresión) y/o dolor físico localizado, tal como lo reportó Murdach (2006), a diferencia de los pacientes con trastorno facticio, cuyas quejas somáticas eran variadas e inespecíficas, con descripciones más elaboradas.

6.2 Los trastornos facticios

En los reportes de caso de trastornos facticios publicados entre 1951 y 2009 se encontró un mayor interés por esta patología en la década pasada y predominaron los reportes médicos. La mayor frecuencia de presentación fue en mujeres, con una la proporción por género de 6:1, superior a la obtenida en nuestra muestra clínica: 3:1, que coincide con la que reportaron Ehrlich et al (2008) y Eisendrath & Guillermo (2001). En 15% de los casos reportados en la literatura, la detección del engaño fue fortuita, mientras que el uso propositivo de métodos para confirmarlo frecuentemente ocurrió por iniciativa del personal auxiliar (enfermeras y médicos residentes) quienes tenían mayor interacción con los pacientes y se interesaron por la evolución inusual o ilógica de sus manifestaciones, yendo más allá al investigar en el historial de atención médica o entrevistar a los familiares del paciente. En estos reportes, llegar al diagnóstico fue la culminación de la intervención médica y no el inicio de un abordaje clínico, pero descubrir la formulación facticia carece de utilidad terapéutica (Callegari, Bortolaso & Vender, 2006). No habiendo un seguimiento, los clínicos que reportaron estos casos “resolvieron el misterio” pero desatendieron la enfermedad mental. De

acuerdo con lo propuesto por Fisher (2006a), este trastorno despierta reacciones afectivas incómodas en el personal de salud, que se canalizan reasumiendo el poder al imponer un diagnóstico y fallan en reconocer que, en alguna medida, la inatención del clínico contribuyó con un escenario propicio para el desarrollo de la sintomatología facticia (Stephenson & Prince, 2006).

A pesar de que no existen limitaciones o contraindicaciones éticas para profundizar sobre las circunstancias de vida del paciente cuando se sospecha la exageración o producción facticia de síntomas, y complementar sus reportes con otras fuentes de información (siempre y cuando se hubiera explicitado en el encuadre diagnóstico y/o terapéutico), en los reportes de casos se encontraron resistencias en el personal clínico, ya planteadas desde 1996 por Wright, Bhugra & Booth. El riesgo de esta limitación auto impuesta, fue advertido por Piper en 2005: que los profesionistas de la salud desestimen el engaño y con frecuencia su intervención refuerce síntomas (García-Losa, 2009). Con base en los cuatro principios bioéticos de Beauchamp y Childress (Siurana, 2010), completar una abordaje diagnóstico a profundidad en los casos donde se sospecha la formulación facticia de síntomas, se apega a las normas de **no-maleficencia** (al evitar la realización de procedimientos diagnósticos invasivos que conllevan riesgo de daño o incapacidad), **beneficencia** (búsqueda del bienestar del paciente) y **justicia** (en tanto que se evita el desperdicio de recursos humanos y físicos al restringir acciones diagnósticas o terapéuticas innecesarias), mientras que el principio de **autonomía** se preserva al mantener un diálogo permanente a lo largo de la intervención y obtener el consentimiento informado del paciente para cada una de las etapas del proceso clínico.

El uso de la Internet fue considerado en varios de los reportes de caso como un instrumento del engaño (Feldman, 2000, Hall et al, 2007), pero

podría también ser aprovechada para la detección de autodescripciones facticias en pacientes poco sofisticados, quienes copiarían sin mayor elaboración los datos así obtenidos, o harían una representación burda de cuadros clínicos puestos de moda en los medios electrónicos. No se detectó el uso de estos recursos en nuestra muestra de casos, pero convendría considerar que debido a modificaciones en la legislación sanitaria, en años recientes nuestro país ha experimentado la invasión publicitaria de las compañías farmacéuticas y sus frecuentes inserciones pagadas en medios masivos de comunicación (bajo el argumento de campañas preventivas) podrían producir el sobrerreporte de manifestaciones afectivas (depresión y trastorno bipolar) en la población general.

El común denominador entre los casos reportados en la literatura fue el pobre interés alrededor de las circunstancias de vida de los pacientes: la información sociodemográfica se consignó en menos del 40% de los reportes. Vale la pena resaltar dos características que no recibieron atención en los reportes de caso, pero podrían estar relacionadas con la etiología y evolución del trastorno facticio: un 71.42% de los sujetos no vivían en pareja y el 64.28% no tenía ocupación o se dedicaba a actividades básicas. La restricción de gratificaciones sociales que estas dos condiciones suponen, pudieran ser motivadores más potentes que la expresión de agresión y el deseo de control sobre el personal de salud que había sido propuesto por Feldman (2000), siendo más probable la intención de recibir atención y simpatía en el presente, que la de proyectar por medio de la transferencia, el enojo hacia figuras significativas del pasado. El análisis de estos casos despertó una interrogante: ¿existe la producción o exageración intencional de sintomatología física o psicológica en ausencia absoluta una motivación distinta de asumir el papel de enfermo? Estos reportes, a pesar de ser escuetos y centrados en información médica, dejaban ver demandas de analgésicos o incapacidad laboral, incluso se revisaron dos casos donde

los pacientes argumentaban caídas o atropellamientos, sin que hubiera seguimiento sobre posteriores procedimientos de compensación económica o se realizara diagnóstico diferencial con la simulación. Lo anterior refuerza el cuestionamiento sobre la utilidad de los reportes de caso para la comprensión del trastorno facticio (Kocalevent et al, 2005), quizá esta metodología sirva para alertar a médicos de diferentes especialidades sobre su existencia, como un recordatorio que eventualmente les lleve a tomar una postura más analítica en el abordaje de sus pacientes cuando se enfrenten a una evolución clínica atípica, sin embargo, poco aporta a la comprensión del fenómeno o al tratamiento de ellos.

En contraste con los reportes de caso, el estudio retrospectivo de casos con base en el expediente clínico, a pesar de carecer de rigor experimental, fue de utilidad para ampliar la comprensión del trastorno facticio, cuadro de muy baja presentación (Huston & Squires, 1996) y poco accesible a otras metodologías de investigación (Greene, 2004). La prevalencia de trastorno facticio en nuestra muestra de casos clínicos fue de 1.6%, similar a la estimada por Fliege et al (2007) por medio de la encuesta y la calculada por Kocalevent et al a través de un metaanálisis (2005), de 1.3 y 0.9%, respectivamente.

El nivel de sofisticación en la elaboración de sintomatología facticia en nuestra muestra de casos clínicos fue bajo, se trató de descripciones improbables pero convencionales, compatibles con la exageración de alteraciones conocidas (Eisendrath y Guillermo, 2001) y el reporte de síntomas vagos (cansancio, fallas de concentración, ansiedad, dificultades para conciliar el sueño, irritabilidad, parestesias, dolor no incapacitante en diferentes regiones corporales), pero no se identificaron conductas que agravaran una enfermedad médica preexistente ni daño físico autoinfligido (Krahn, Hongzhe & O'Connor, 2003), quizá las aventuras del Barón de

Munchausen no son muy conocidas en nuestro país, quizá el siglo XXI es una época menos favorable para la fantasía. De ser así, los casos floridos que tanto éxito han tenido en las revistas médicas serían amenas excepciones, pero lo común (exageración de sintomatología preexistente y quejas poco específicas) aún pasaría inadvertido.

El análisis de la estructura y funcionamiento familiar durante la infancia de estos pacientes adultos con trastorno facticio, no apoyó la hipótesis del aprendizaje temprano de una forma de conducta "enferma" (Campo & Fritz, 2001): no todos provenían de núcleos disfuncionales ni habían convivido durante su desarrollo con padecimientos médicos graves o prolongados, en ellos mismos o en una figura significativa. Dos de cuatro pacientes con trastorno facticio describieron a sus figuras parentales como emocionalmente distantes, pero este relato es común en otros tipos de patologías mentales y podría tratarse de una generalización hacia el pasado de la inconformidad e insatisfacción que el total de los pacientes expresaron sobre sus relaciones afectivas actuales. En sus historias de vida, no se detectaron sucesos que correlacionaran con el antecedente de privación de gratificaciones emocionales en la infancia, niñez y adolescencia (Savino y Fordtran, 2006).

Callegari, Bortolaso & Vender (2006) explicaron la paradoja diagnóstica del trastorno facticio como la necesidad de tomar partido entre conceptualizarlos como sujetos inseguros que pasivamente demandan atención o transgresores con rasgos sociopáticos. El estudio de casos clínicos corroboró que ambas características pueden coexistir: en esta muestra de pacientes los puntajes para la escala 4 del MMPI-2 estuvieron por encima de T70, al igual que los de la escala 0, es decir, se trató de personas introvertidas, inseguras y con muy pobre confianza en sus recursos emocionales (escalas 0 y Fyo), pero también centradas en sí mismas y autoindulgentes (código 4 6 en las escalas clínicas), que con la manifestación

de sintomatología facticia, "deshonestamente" construyen el entorno necesario para recibir el cuidado que "honestamente" consideran merecer y que no han recibido de las figuras significativas de su vida (Krahn, Bostwick & Stonnington, 2008).

Las características intrapsíquicas no bastaron para explicar las manifestaciones facticias: la transgresión ética señalada por Nicholson & Martinelli (2004), pudo estar presente en los casos de trastorno facticio donde se tuvo acceso al expediente médico. La mayoría de los especialistas consultados pasaban por alto las circunstancias psicosociales de los pacientes y ante la demanda repetitiva (mismos síntomas vagos, misma pobre respuesta ante los fármacos), continuaban programando estudios (algunos de ellos invasivos) y prescribiendo nuevos medicamentos; es decir, se apegaron al ritual de interacción médico paciente, cumplieron su papel y recibieron una compensación bajo la forma de honorarios por sus servicios profesionales, pero no identificaron ni resolvieron el problema de salud. Algunos clínicos intentaron un abordaje más profundo y consignaron en los expedientes las inconsistencias entre lo observado (por exploración física y por estudios) y lo reportado por los pacientes, incluso sugirieron la atención mental, pero los administradores del sistema de salud tomaron una postura tolerante ante la resistencia de los pacientes al abordaje psicoterapéutico y su asiduidad al papel de enfermo, con más de una consulta médica programada cada semana, sin contar con las visitas al servicio de urgencias (caso 22).

En nuestra muestra de pacientes con trastorno facticio, ninguno obtuvo beneficios laborales o económicos, pero al asumir el papel de enfermo recibieron indulgencia ante un funcionamiento deficiente dentro de su sistema familiar: escasa convivencia, poco interés por las necesidades de los demás e incumplimiento de responsabilidades cotidianas (Eisendrath &

McNiel, 2004), situación que también se detectó entre los pacientes con trastornos somatomorfos. Lo anterior apoyó la propuesta de Rogers et al (1989), quienes consideraban que las manifestaciones clínicas del trastorno facticio se relacionaban con necesidades generales de dependencia, con la búsqueda de estructura y atención de una persona que se consideraba inhábil para contender exitosamente con las presiones cotidianas más elementales.

Los hallazgos de este estudio de casos concordaron con la postura de Tausche et al (2004), quienes vieron en las manifestaciones facticias un intento por escapar de una situación personal insatisfactoria, que en los pacientes de nuestra muestra había alcanzado cronicidad y comprendía la mayor parte de las esferas: personal, familiar, social, ocupacional, incluyendo el funcionamiento sexual. También se observó la participación del entorno (familia, personal de salud), como un requisito que ya había sido propuesto por diversos autores para que apareciera y se instaurara la mecánica del trastorno facticio (Kocalevent et al, 2005, Kinsella, 2001, Rogers, Bagby & Rector, 1989). A diferencia de lo propuesto por Hamilton, Deemer & Janata (2003), las pocas personas que tenían vínculos con los pacientes de nuestra muestra clínica, ante su problemática médica no reaccionaron con admiración ni mejoraron el concepto que tenían de ellos, fueron tolerantes pero básicamente indiferentes ante sus quejas y frecuentes contactos con los servicios de salud. Sólo los pacientes, aislados, centrados en sí mismos, poco permeables a la opinión externa (perfil de escalas clínicas MMPI-2, figura 3), agregaban un eslabón más a la cadena de autoengaño: incrementaban su valía al representar cuadros de difícil diagnóstico y manejo. Los dos elementos anteriores, completaron el sistema de interacción multifactorial que se propone para la comprensión del fenómeno facticio (Figura 12).

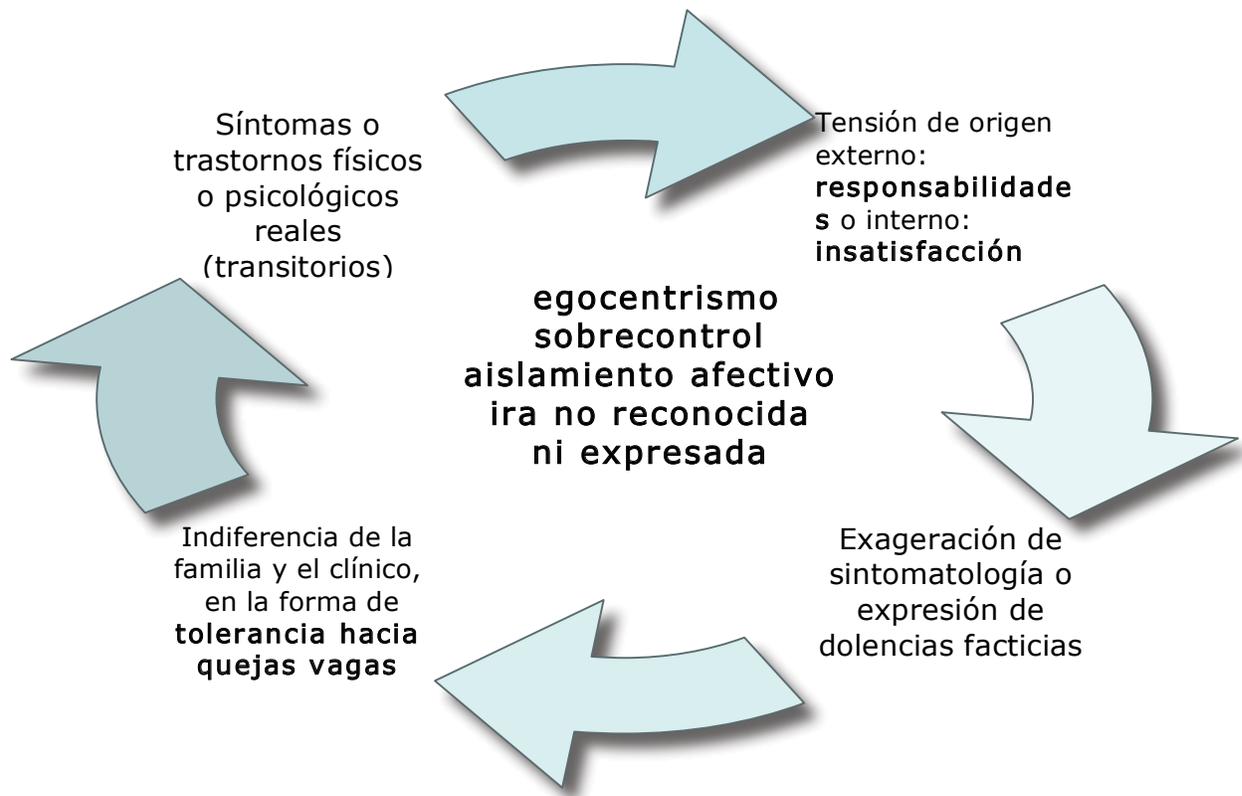


Figura 12. Interacción dinámica de factores en el trastorno facticio

El manejo de los pacientes de esta muestra clínica discrepó con los casos reportados en la literatura, donde la confrontación fue el manejo predominante (93.54%), con baja efectividad porque menos de una tercera parte de los sujetos reconocieron su participación en la fabricación de síntomas. Entre los casos reportados en la literatura, la mitad de los pacientes fueron canalizados a algún servicio de salud mental y casi el 40% aceptó la recomendación, sin embargo, la ausencia de seguimiento hizo imposible corroborar el resultado. Por la naturaleza y curso del trastorno facticio se considera improbable que los pacientes hubieran asistido al servicio de salud mental (Campo & Fritz, 2001; Bochino, 2005). Bhargava

et al (2007) reportaron confrontaciones con resultados favorables, pero reconocieron que al trabajar en un país musulmán, el éxito podría haberse debido a ciertos factores culturales y familiares (v.gr. la autoridad que sobre los pacientes tenía la figura del médico y el patriarca de la familia).

De acuerdo con lo propuesto por Stephenson & Price (2006), en nuestra muestra de pacientes el manejo fue diferencial, acorde con las características individuales. Sin adoptar la postura artificialmente tolerante de Eisendrath (1993, 1994, 1995; Eisenrdrath & Guillermo, 2001), pero respetando la realidad interna (Campo & Fritz, 2001), se brindó contención y se planteó a los pacientes la contribución del estado psicológico (insatisfacción), sobre la aparición y mantenimiento de sus quejas físicas. El análisis de la intervención psicológica y sus resultados en esta muestra de pacientes, aunque limitados, orientan hacia un manejo psicoterapéutico de apoyo, con sesiones espaciadas (por aproximadamente 14 días), que no busquen desarrollar una fuerte alianza de trabajo, impensable dentro del esquema de relaciones afectivas de este tipo de pacientes. Se sugiere la construcción de un espacio de diálogo semi-directivo con base en tres principios:

1. Brindar escaso reforzamiento (atención) a la sintomatología facticia.
2. Favorecer y reforzar el reconocimiento y la verbalización de las expresiones de enojo e ira hacia sus figuras significativas.
3. Poner el mayor énfasis en el ensayo de nuevas conductas en escenarios alternos (fuera del ámbito del hogar), con el propósito de obtener satisfactores emocionales básicos –no necesariamente interpersonales-, sin que éstos provengan de sus desgastadas relaciones familiares.

El resultado de esta intervención fue reservado: los pacientes mostraron progresos modestos, dependientes de una comunicación constante con los otros consultantes de los servicios de salud, para garantizar el manejo médico conservador de las quejas físicas que eventualmente aparezcan.

Diversos autores (Hamilton, Feldman & Janata, 2009, Ehrlich, Pfeiffer, Salbach, Lenz & Lehmkuhl, 2008; McCarron, Han & Motosue-Brennan, 2006), sostuvieron la existencia de una diferenciación clara entre el trastorno facticio y los cuadros somatomorfos. Otros teóricos (Savino & Fordtran, 2006; Kocalevent et al, 2005; Phillips, 2001, citado en Gregory, 2003) consideraron difícil establecer un límite entre ambas patologías.

Los resultados de esta investigación no permitieron asumir una postura fundamentada porque no se contó con información suficiente para establecer el perfil de personalidad del grupo con diagnóstico de trastornos somatomorfos. Sin embargo, el análisis del material clínico (Anexo B), mostró mayor concordancia con la visión de Krahn, Bostwick & Stonnington (2008), quienes advirtieron que el límite entre mentir y deliberadamente aumentar la intensidad de las manifestaciones físicas experimentadas no es fácil de establecer y la cualidad consciente-inconsciente (o voluntario-involuntario) con frecuencia permanece como una hipótesis diagnóstica, no siempre comprobable. Según su propuesta, los pacientes con trastornos facticios compartían con los somatomorfos los siguientes seis criterios: reportaban síntomas somáticos, tenían dificultad para lidiar con ellos, convicción de enfermedad médica y habían la habían incorporado a su vida diaria, por lo que usaban desadaptativamente los servicios médicos y se mostraban refractarios al tratamiento sintomático. Por lo anterior, propusieron incorporar las manifestaciones facticias como un subtipo dentro

de trastornos somatomorfos (**trastorno somatomorfo con conducta facticia**).

6.3 El MMPI-2 en la intervención psicológica

En el análisis de casos clínicos se observó que el MMPI-2 no fue el método más utilizado para la detección del engaño, a pesar del consenso sobre su eficacia (Halguin & Krauss, 2004; Greene, 2004), sin embargo, la precisión de la información que en tan corto tiempo produjo fue decisiva para el diagnóstico diferencial en los casos de trastornos facticios, trastornos somatomorfos y simulación.

El estudio de casos confirmó que el MMPI-2, además de proporcionar un panorama confiable y amplio de la estructura y funcionamiento de la personalidad, es un criterio útil para cuantificar e identificar los cambios alcanzados a través del proceso terapéutico, como se mostró en el caso de una paciente con diagnóstico de trastorno conversivo (caso 38, Anexo B), quien después de un tratamiento reeducativo de 14 meses, fue dada de alta con mejoría: auto reportada, observada por el clínico y corroborada en el perfil de personalidad.

Capítulo 7

Conclusiones

- Se detectó engaño en 10.7% de los pacientes que solicitaron atención psicológica privada y consistió en ocultación o exageración de sintomatología en 75% de estos casos (hipótesis 4.4.1.). Entre los pacientes que recurrieron al engaño, la mayoría recibieron algún diagnóstico dentro del grupo B de los trastornos de personalidad (predominantemente trastorno límite de la personalidad), seguidos por los diagnósticos de simulación y trastornos somatomorfos, y finalmente trastornos facticios.

El engaño ocurrió en una proporción significativa de pacientes que solicitaron intervención psicológica y no fue privativo de los cuadros facticios.

- Se detectaron 4 casos de trastornos facticios, por lo que la prevalencia del cuadro en los pacientes adultos de esta muestra fue de 1.63%. Al igual que en los casos reportados en la literatura predominaron las mujeres, en la cuarta década de la vida, dedicadas a actividades básicas, pero a diferencia de éstos, en su mayoría vivían en pareja (hipótesis 4.4.2). No se encontró sustento a las hipótesis que relacionan el trastorno facticio con la proyección de impulsos hostiles hacia el personal de salud ni con el antecedente de privación de gratificaciones emocionales en la infancia, niñez y adolescencia. En cambio, se propuso un esquema de interacción dinámica con los factores internos y externos señalados en la literatura y que se corroboraron en nuestra muestra clínica (Figura 12).

- Se detectaron similitudes en las manifestaciones clínicas de los pacientes con diagnóstico de trastornos facticios y somatomorfos, no así con los simuladores. En estos últimos destacó un menor nivel escolar y se identificaron a través del MMPI-2 las siguientes características: son socialmente percibidos con un bajo nivel de responsabilidad, expresan una pobre imagen de si mismos, muestran baja tendencia al dominio y carencia de atributos asociados al genero masculino, rasgos que en conjunto podrían reflejar un estilo de elusivo ante las dificultades (hipótesis 4.4.3).

- El MMPI-2 permitió la detección de exageración o fingimiento de sintomatología psicológica en 81.8% de los casos de trastorno facticio y simulación (hipótesis 4.4.4). No se contó con esta herramienta en la mayor parte de los expedientes de pacientes con diagnóstico de trastornos somatomorfos, lo que impidió profundizar en la comprensión de la relación entre estos trastornos y los facticios, que parecen ubicarse dentro de un continuo donde la operatividad de una división entre inconsciente y producido a voluntad parece desdibujarse.

Referencias

- Abrol, R.P., Heck, A., Gleckel, L. & Rosner, F. (1988). Self-induced hematuria. *Journal of the Internac medical association*, 82, 127-128. Recuperado el 13 de febrero de 2009 de la base de datos ProQuest Medical Library.
- Aguilar, C.R. & Viazcan, C.G. (1998). *Criterios de invalidez en el mmpi-2 en una muestra de selección a puestos de responsabilidad*. Tesis de Licenciatura, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Atlis, M.M., Hahn, J. & Butcher, J.N. (2006). Computer-based assessment with the MMPI-2. En J.N. Butcher (Ed) *MMPI-2: A practitioners guide*. Washington: American Psychological Association.
- Amador, F. (2003). *Maltrato infantil: Un manual como propuesta de prevención*. Tesis de Licenciatura, Universidad Nacional Autónoma de México.
- American Psychiatric Association. (1995). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (4ª. Ed.) Barcelona: Masson.
- American Psychological Association. (2002). *Manual de estilo de publicaciones* (2ª. Ed. en español, adaptada de la 5a. Ed. en inglés) México: Manual Moderno.
- Appelbaum, P.S. (2007). The new lie detectors: Neurosciencie, deception and the courts. *Psychiatric services*, 58, 460-462. Recuperado el 13 de febrero rde 2009 de: www.psychiatryonline.org.
- Arce, R. & Fariña, F. (2005). Peritación psicológica de la credibilidad del testimonio, la huella psíquica y la simulación: El sistema de evaluación global. *Papeles del psicólogo*, 26, 59-77. Recuperado el 3 de noviembre de 2009 de: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/778/77809202.pdf>
- Arce, R. (2006). Evaluación del daño moral en accidentes de tráfico: desarrollo y validación de un protocolo para la detección de la simulación. *Psicothema*, 18, 278-283. Recuperado el 13 de febrero de 2009 de la base de datos ProQuest Medical Library.
- Archer, R., Vauter, R. & Zoby, M. (2006). Introduction. En: Archer, R. (Editor). *Forensic uses of clinical assessment instruments*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Ary, D., Jacobs, L. & Razavieh, A. (1989). *Introducción a la investigación pedagógica*. México: McGrawHill.
- Arzaluz, S. (2005). Utilización del estudio de caso. *Región y sociedad*. 17, 107-144. Recuperado el 15 de marzo de 2009 de: <http://lanic.utexas.edu/project/etext/colson/32/4araluz.pdf>

- Aydin, E., Gokoglu, O., Ozcurumez, G. & Aydin, H. (2008). Factitious cheilitis: A case report. *Jornal of medical case reports*, 2, 1-4. Recuperado el 13 de febrero de 2009 de la base de datos ProQuest Medical Library.
- Bacchiochi, J.R. (2005). *Development and validation of the malingering discriminant function index (M-DFI) for the Minnesota Multiphasic Personality inventory-2 (mmpi-2)*. Tesis de doctorado, Universidad de Toronto. Recuperado el 13 de febrero de 2009 de la base de datos ProQuest Medical Library.
- Bagby, R.M., Marshall, M.B., Bury, A.S., Bacchiochi, J.R. & Miller, L.S. (2006). Assessing underreporting and overreporting response styles on the MMPI-2. En J.N. Butcher (Ed) *MMPI-2: A practitioners guide*. Washington: American Psychological Association.
- Bandura, A. (1982). Self-efficacy mechanism in human agency. *American psychologist*, 37, 122-147. Recuperado el 25 de marzo de 2009 de: <http://www.des.emory.edu/mfp/Bandura1982AP.pdf>
- Bandura, A. (1989). Social cognitive theory. *Annals of child development*, 6, 1-60. Recuperado el 25 de marzo de 2009 de: <http://www.des.emory.edu/mfp/Bandura1989ACD.pdf>
- Baron, J. (2008). History of psychology at Penn. Recuperado el 23 de marzo de 2009 de: <http://www.psych.upenn.edu/history/history.htm>
- Benavides, J. & Di Castro, F. (1984). *Técnicas de evaluación de la personalidad*. (Material de apoyo a la materia Técnicas de evaluación de la personalidad). México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Ben-Porath, Y. (1994). The ethical dilema of coached malingering research. *Psychological assessment*, 6, 14-15. En Huskey, M. (2005). *The experience of malingering: test performance, coaching, personal knowledge, strategies and face validity*. Tesis de doctorado: Universidad de Montana. Recuperado el 13 de febrero de 2009 de la base de datos ProQuest Medical Library.
- Ben-Porath, Y., Graham, J., Hall, G., Hirschman, R.& Zaragoza, M. (editores) (2006). *Forensic applications of the MMPI-2*. Thousand Oaks: Sage publications.
- Bhargava, D., Al-Abri, R., Rivzi, S.F., Al-Okbi, M.H., Bhargava, K. & Al-Adawi, S. (2007). Phenomenology and outcome of factitious disorder in otolaryngology clinic in Oman. *Internacional journal of psychiatry in medicine*, 37, 229-240. Recuperado el 13 de febrero de 2009 de la base de datos ProQuest Medical Library.
- Bocchino, S. (2005). Trastornos facticios. *Revista de psiquiatría de Uruguay*, 69, 92-101. Recuperado el 15 de noviembre de 2008 de: <http://ovidsp.tx.ovid.com/spb/ovidweb.cgi>
- Bohm, C. & Steller, M. (2008). Testimonio y trastorno límite de la personalidad. En: Rodríguez, F.J., Bringas, C., Fariña, R., Arce, R. &

- Bernardo, A. (Eds). Colección psicología y ley #5 Sociedad Española de psicología jurídica y forense. Recuperado el 8 de enero de 2011 de: <http://gip.uniovi.es/S5EJD.pdf>
- Bond, C.F. & Uysal, A. (2007). On lie detection "wizards". *Law and human behavior*, 31, 109-115. Recuperado el 13 de febrero de 2009 de la base de datos ProQuest Medical Library.
- Bolaños, I. (2002). El síndrome de alienación parental. Descripción y abordajes psicolegales. *Psicopatología clínica, legal y forense*, 2, 25-45. Recuperado el 11 de noviembre de 2009 de: <http://www.masterforense.com/pdf/2002/2002art15.pdf>
- Burns, K., Duffett, M., Kho, M., Meade, M., Adhikari, N., Sinuff, T. & Cook, D. (2008). A guide for the design and conduct of self-administered surveys of clinicians. *Canadian Medical Association Journal*, 179, 245-252. Recuperado el 15 de noviembre de 2008 de: <http://ovidsp.tx.ovid.com/spb/ovidweb.cgi>
- Butcher, J. N. (2006). Pathways to MMPI-2 use: A practitioner's guide to test usage in diverse settings. En J.N. Butcher (Ed) *MMPI-2: A practitioners guide*. Washington: American Psychological Association.
- Butcher, J.N., Arbisi, P.A., Atlis, M.M. & McNulty, J.L. (2003). The construct validity of the Lees-Haley Fake Bad Scale. Does this scale measure somatic malingering and feigned emotional distress?. *Archives of clinical neuropsychology*, 18, p. 473-485.
- Butcher, J.N. & Perry, J.N. (2008). *Personality assessment in treatment planning. Use of MMPI-2 and BTPI*. New York: Oxford University Press.
- Callegari, C., Bortolaso, P. & Vender, S. (2006). A single case report of recurrent surgery for chronic back pain and its implications concerning a diagnosis of Münchhausen síndrome. *Functional Neurology*, 21(2), 103-108. Recuperado el 9 de diciembre de 2008, de la base de datos ProQuest Medical Library.
- Campo, J. & Fritz, G. (2001). A management model for pediatric somatization. *Psychosomatics*, 42, 467-476. Recuperado el 13 de febrero de 2009 de la base de datos ProQuest Medical Library.
- Colegio Oficial de Psicólogos (1998). Perfiles profesionales del psicólogo: Psicología clínica y de la salud. Recuperado el 23 de marzo de 2009 de: <http://www.cop.es/perfiles/contenido/clinica.htm>
- Comas, J.R. y Vazquez, V. (2005). Síndrome de Munchausen: cuadro clínico, diagnóstico diferencial y una propuesta de tratamiento. *Revista de la Facultad de Medicina*, 48,5-9. Recuperado el 15 de marzo de 2009 de: <http://www.medigraphic.com/espanol/e-htms/e-facmed/e-un2005/e-un05-1/em-un051b.htm>
- Cohen, L. & Chang, K. (2004). Comorbid factitious and conversion disorders. *Psychosomatics*, 45, 243-246. Recuperado el 13 de febrero de 2009 de la base de datos ProQuest Medical Library.

- Churchill, D.R., DeCock, K.M. & Miller, R.F. (1994). Feigned HIV infection/AIDS: Malingering and Munchausen Syndrome. *Genitourinary Medicine*, 70, 314-316. Recuperado el 14 de septiembre de 2009 de: <http://sti.bmj.com/cgi/reprint/70/5/314>
- Chambers, E., Yager, J. Apfeldorf, W. & Campa-Romero, E. (2007). Factitious aortic dissection leading to thoracotomy in a 20-year old man. *Psychosomatics*, 48, 355-358. Recuperado el 13 de febrero de 2009 de la base de datos ProQuest Medical Library.
- Davis, D., Barone, J., Blackwood, M. & Michelle, M. (1997). Munchausen syndrome presenting as trauma. *Journal of trauma*, 42, 1179-1181. Recuperado el 3 de enero de 2009, de: <http://ovidsp.tx.ovid.com/spb/ovidweb.cgi>
- DeFontaine, S., VanGeertruyden, J., Preudhomme, X. & Goldschmidt, D. (2001). Munchausen Syndrome. *Annals of plastic surgery*, 46, 153-158. Recuperado el 13 de febrero de 2009 de la base de datos ProQuest Medical Library.
- Dyer, C. (2005). Professor Roy Meadow stuck off. *British Medical Journal*, 331, 177. Recuperado el 11 de noviembre de 2009 de: <http://www.bmj.com/cgi/reprint/3331/7510/177.pdf>
- Dwyer, J. & Reid, S. (2004). Ganser's síndrome. *The Lancet*, 364, 471-473. Recuperado el 13 de febrero de 2009 de la base de datos ProQuest Medical Library.
- Cohen, A.D. & Vardy, D.A. (2006). Dermatitis artefacta in soldiers. *Military medicine*, 171, 497-499. Recuperado el 13 de febrero de 2009 de la base de datos ProQuest Medical Library.
- Connell, K.E. (2004). *Detecting simulated vs genuine posttraumatic stress disorder*. Tesis de doctorado, Alliant University, California. Recuperado el 13 de febrero de 2009 de la base de datos ProQuest Medical Library.
- Ehrlich, S., Pfeiffer, E., Salbach, H., Lenz, K. & Lehmkuhl, U. (2008). Factitious disorder in children and adolescents: a retrospective study. *Psychosomatics*, 49, 392-398. Recuperado el 13 de febrero de 2009 de la base de datos ProQuest Medical Library.
- Eisendrath, S.J. (1993). Brief psychotherapy in medical practice. Keys to success. *Western Journal of Medicine*, 158, 376-378. Recuperado el 16 de agosto de 2009, de: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/picrender.fcgi?artid=1022064&blobtype=pdf>
- Eisendrath, S.J. (1994). Factitious physical disorders. *Western Journal of Medicine*, 160, 177-179. Recuperado el 13 de febrero de 2009 de la base de datos ProQuest Medical Library.

- Eisendrath, S.J. (1995). Psychiatric aspects of chronic pain. *Neurology*, 45, 526-534. Recuperado el 3 de enero de 2009, de: <http://ovidsp.tx.ovid.com/spb/ovidweb.cgi>
- Eisendrath, S.J. & Guillermo, G. G. (2001). Trastornos Facticios. En Goldman, H. (Ed). *Psiquiatría General*. México: Mc Graw Hill.
- Eisendrath, S.J. & McNeil, D. (2004). Factitious physical disorders, litigation and mortality. *Psychosomatics*, 45, 350-353. Recuperado el 13 de febrero de 2009 de la base de datos ProQuest Medical Library.
- Elsbeth, C.R. (2000). Book review: Clinical assessment of malingering and deception of Rogers, R., Guilford Press. *Psychiatry*, 63, 214-217. Recuperado el 13 de febrero de 2009 de la base de datos ProQuest Medical Library.
- Espina J.A. & Cáceres, J.L. (1998). Una psicoterapia breve basada en soluciones. *Originales y construcciones*, 23-38. Recuperado el 30 de abril de 2009 de: <http://www.dinarte.es/salud-mental/pdfs/orig2-69.pdf>
- Evans, D. (1995). The investigation of life-threatening child abuse and Munchausen syndrome by Proxy. *Journal of medical ethics*, 21, 9-13. Recuperado el 11 de noviembre de 2009 de: <http://jme.bmj.com/cgi/reprint/21/1/9>,
- Flaherty, M., Infante, M., Tinsley, J. & Black, J. (2001). Factitious hypertension by pseudoephedrine. *Psychosomatics*, 42, 150-152. Recuperado el 13 de febrero de 2009 de la base de datos ProQuest Medical Library.
- Fehnel, C. & Brewer, E. (2006). Munchausen's Syndrome with 20-year follow-up. [carta al editor] *The american journal of psychiatry*, 163,547. Recuperado el 3 de enero de 2009, de: <http://ovidsp.tx.ovid.com/spb/ovidweb.cgi>
- Feldman, M. (1997). Canine variant of factitious disorder by proxy. [Carta al editor]. *The american journal of psychiatry*, 154, 1316-1317. Recuperado el 3 de enero de 2009, de: <http://ovidsp.tx.ovid.com/spb/ovidweb.cgi>
- Feldman, M. (2000). Munchausen by internet: Detecting factitious illness and crisis by the internet. *Southern Medical Journal*, 93, 669-672. Recuperado el 15 de noviembre de 2008 de: <http://ovidsp.tx.ovid.com/spb/ovidweb.cgi>
- Feldman, M. (2004). Munchausen by proxy and malingering by proxy. *Psychosomatics*, 45, 365-366. Recuperado el 13 de febrero de 2009 de la base de datos ProQuest Medical Library.
- Feldman, M. (2007). Mastectomy resulting from factitious disorder. [Carta al editor]. *Psychosomatics*, 48, 361. Recuperado el 15 de noviembre de 2008 de: <http://ovidsp.tx.ovid.com/spb/ovidweb.cgi>

- Feldman, M. & Ford, C.V. (1994). Liejacking. [Carta al editor] *The journal of the american medical association JAMA*, 271, 1574. Recuperado el 3 de enero de 2009, de: <http://ovidsp.tx.ovid.com/spb/ovidweb.cgi>
- Feldman, M. & Peychers, M. E. (2007). Legal issues surrounding the exposure of "Munchausen by internet". *Psychosomatics*, 48, 451-452. Recuperado el 9 de diciembre de 2008, de la base de datos ProQuest Medical Library.
- Feldman, M. & Miner, I. (2008). Factitious Usher syndrome: A new type of factitious disorder. *The medscape journal of medicine*. Recuperado el 23 de febrero de 2009 de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2491673/?tool=pmcentrez>
- Finkel, H. (2004). *The effects of deceptive self-report (fake good and fake bad) on selected mmpi-2 Scales: a within subjects instruccional set design*. Tesis de doctorado: Alliant Internacional University, California. Recuperado el 13 de febrero de 2009 de la base de datos ProQuest Medical Library.
- Finn, S. (1996). *Manual for Using the MMPI-2 as a Therapeutic intervention*. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Fisher, J.A. (2006a). Playing patient, playing doctor: Munchausen Syndrome, clinical s/m, and ruptures of medical power. *J Med Humanit*, 27, 135-149. Recuperado el 13 de febrero de 2009 de la base de datos ProQuest Medical Library.
- Fisher, J.A. (2006b). Investigating the Barons: narrative and nomenclatura in Munchausen Syndrome. *Internaciona in biology and medicine*, 49, 250-262. Recuperado el 16 de agosto de 2009 de: <http://www.jillfisher.net/papers/perspectives.pdf>
- Fliege, H., Grimm, A., Eckhardt-Henn, A., Gieler, U., Martin, K. & Klapp, B. (2007). Frequency of ICD-10 Factitious Disorder: Survey of Señor Hospital Consultants and Physicians in Private Practice. *Psychosomatics*, 48, 60-64. Recuperado el 15 de noviembre de 2008 de: <http://ovidsp.tx.ovid.com/spb/ovidweb.cgi>
- Frankl, V. (2000). *En el principio era el sentido*. Barcelona: Paidós.
- Friedman, A.F., Wewak, R., Nichols, D.S. & Webb, J.T. (2001) *Psychological assessment with the MMPI-2*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Ass Publisher. Recuperado el 7 de enero de 2011 de: <http://books.google.com.mx>
- Galanos, J., Perera, S., Smith, H., O'Neal, D., Sheorey, H. & Waters, MJ. (2003). Bacteremia due to three Bacillus species in a case of Munchausen's syndrome. *Journal of clinical microbiology*, 41, 2247-2248. Recuperado el 13 de febrero de 2009 de la base de datos ProQuest Medical Library.

- García-Alcaraz, A. (1997). Los trastornos somatoformes y la comorbilidad: un estudio sobre los pacientes que solicitan atención sin tener un diagnóstico médico. *Salud Mental*, 2, *supp*, 1-7. Recuperado el 15 de noviembre de 2008 de: http://www.inprf-cd.org.mx/revista_sm/simple_search.php?mots=García-Alcaraz
- García, A. E. (1999). *Registro de las reacciones fisiológicas del mentir*. Tesis de licenciatura. Universidad Pedregal del Sur.
- García, E., Domínguez-Trejo, B., Varela, O. & Tapias, A. (2008). Psiquiatría y psicología forense en México, precisiones acerca del supuesto intrusismo. *Psicología en América Latina*, 13, 0-0. Recuperado el 3 de noviembre de 2009 de: http://scielo.bvs-psi.org.br/inter.php?pid=S1870-350X2008000200013&script=sci_arttext
- Gitlin, D.F., Caplan, J.P., Rogers, M.P., Avni-Barron, O., Braun, I. & Barsky, A.J. (2007). Foreign-body ingestion in patients with personality disorders. *Psychosomatics*, 48, 162-166. Recuperado el 13 de febrero de 2009 de la base de datos ProQuest Medical Library.
- Gojer, J. & Berman, T. (2000). Postpartum depression and factitious disorder: A new presentation. *Internacional journal of psychiatry in medicine*. 30, 287-293. Recuperado el 13 de febrero de 2009 de la base de datos ProQuest Medical Library.
- Gordon, G. & Chrys, R. (1985). Factitious hematuria and self-induced *Candida albicans* fungemia. *The western journal of medicine*, 143, 246-249. Recuperado el 13 de febrero de 2009 de la base de datos ProQuest Medical Library.
- Graham, J. (2006). *MMPI-2 Assessing personality and psychopathology* (4a. ed). New York: Oxford University Press.
- Greene, C. (2004). *A direct comparison of the mmpi-2 and the PAI in the detection of malingering*. Tesis de doctorado, New School University. Recuperado el 13 de febrero de 2009 de la base de datos ProQuest Medical Library.
- Gregory, R. (2003). Somatoform and factitious disorders (Review of psychiatry series. Phillips, K., Ed). Book review, *Psychosomatics*, 44, 444-445. Recuperado el 13 de febrero de 2009 de la base de datos ProQuest Medical Library.
- Griffith, J., Polles, A. & Griffith, M. (1998). Pseudoseizures, families and unspeakable dilemmas. *Psychosomatics*, 98, 144-153. Recuperado el 13 de febrero de 2009 de la base de datos ProQuest Medical Library.
- Groth-Marnat, G. (1990). *Handbook of psychological assessment*. New York: J. Wiley.
- Halguin, R. & Krauss, S. (2004). *Psicología de la anormalidad. Perspectivas clínicas sobre desórdenes psicológicos* (4ª. Edición). México: McGraw Hill.

- Hall, H.V., Thompson, J.S. & Poirier, J.G. (2007). Detecting deception in neuropsychological cases: toward an applied model. *Forensic examiner*, 16, 7-15. Recuperado el 13 de febrero de 2009 de la base de datos ProQuest Medical Library.
- Hamilton, H., Deemer, H.N. & Janata, J.W. (2003). Feeling bad but looking good: sick role features that led to favorable interpersonal judgments. *Journal of social and clinical psychology*, 22, 253-274. Recuperado el 13 de febrero de 2009 de la base de datos ProQuest Medical Library.
- Harkness, A.R. & McNulty, J.L. (2006). An overview of personality: The MMPI-2 personality psychopathology five (PSY-5) scales. En J.N. Butcher (Ed) *MMPI-2: A practitioners guide*. Washington: American Psychological Association.
- Henderson, L., Bell, B. & Miller, J. (1983). A neurosurgical Munchausen tale. *J. of neurology, neurosurgery and psychiatry*, 46, 437-439. Recuperado el 13 de febrero de 2009 de la base de datos ProQuest Medical Library.
- Herrera, R. (2008). Medición de la personalidad en epilepsia y pseudocrisis usando MMPI y MMPI-2., *Boletín informativo de la Asociación Mexicana de Neuropsiquiatría*, 9, 6-7.
- Huskey, M. (2005). *The experience of malingering: test performance, coaching, personal knowledge, strategies and face validity*. Tesis de doctorado: Universidad de Montana. Recuperado el 13 de febrero de 2009 de la base de datos ProQuest Medical Library.
- Huson, P. & Squires, B. (1996). Case reports: informations for authors and peer reviewers. *Canadian Medical Association Journal*, 154, 43-44. Recuperado el 15 de noviembre de 2008 de: <http://ovidsp.tx.ovid.com/spb/ovidweb.cgi>
- Inda, M., Lemos, S., López, A.M. & Alonso, J.L. (2005). La simulación de enfermedad física o trastorno mental. *Papeles del psicólogo*, 26, p. 99-108. Recuperado el 2 de abril de 2009 de: <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/778/77809205.pdf>
- INEGI (2005). Censo de población y vivienda 2005. Recuperado el 15 de marzo de 2009 en: <http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/interna/sistemas/centeo2005/localidad/iter/default.asp?s=est&c=10395>
- Jurado, S. (2003, junio). *Perfil del psicólogo clínico*. Documento presentado en la Primera reunión nacional sobre psicología, servicio social y salud. México.
- Kalivas, J. (1996). Malingering vs factitious disease (carta al editor). *The American journal of psychiatry*, 153, 1108. Recuperado el 13 de febrero de 2009 de la base de datos ProQuest Medical Library.
- Kerlinger, F. & Lee, H. (2002). *Investigación del comportamiento*. México: McGrawHill.

- Kinuya, S., Michigeshi, T., Nakajima, K., Kinuya, K., Seto, A., Kuji, I., Yokohama, K. & Tonami, N. (2004). Failure of radioiodine treatment in Graves's disease intentionally caused by a patient: Suspected Munchausen syndrome. *Annals of nuclear medicine*, *18*, 631-632.
- Kinsella, P. (2001). Factitious disorder: a cognitive behavioural perspective. *Behavioural and clinical psychotherapy*, *29*, 195-202. Recuperado el 13 de febrero de 2009 de la base de datos ProQuest Medical Library.
- Knight, J. (2004). The truth about lying. *Nature*: *428*. 692-694. Recuperado el 13 de febrero de 2009 de la base de datos ProQuest Medical Library.
- Kocalevent, R-D., Fliege, H., Rose, M., Walter, M., Danzer, G. & Klapp, B. (2005). Autodestructive \square Internaci: A \square Internacio review. *Psychotherapy and psychosomatics*, *74*, 202-211. Recuperado el 13 de febrero de 2009 de la base de datos ProQuest Medical Library.
- Krahn, L., Hongzhe, L. & O'Connor, M. (2003). Patients who strive to be ill: Factitious Disorder with physical symptoms. *American Journal of Psychiatry*, *160*, 1163-1168. Recuperado el 15 de noviembre de 2008 de: <http://ovidsp.tx.ovid.com/spb/ovidweb.cgi>
- Krahn, L., Bostwick, J.M. & Stonnington, C.M. (2008). Looking toward DSM-V: Should Factitious Disorder become a subtype of somatoform disorder?. *Psychosomatics*, *49*, 277-282. Recuperado el 13 de febrero de 2009 de la base de datos ProQuest Medical Library.
- Krauss, A. & Pérez-Tamayo, R. (2007). *Diccionario incompleto de bioética*. México: Taurus.
- Kubota, S., Fukata, S., Matsuzuka, R. Kuma, K. & Miyauchi, A. (2003). Successful management of a patient with pseudomalabsorption of levothyroxine. *International journal of psychiatry in medicine*, *33*, 183-188. Recuperado el 13 de febrero de 2009 de la base de datos ProQuest Medical Library.
- Kwan, P., Lynch, S. & Davy, A. (1997). Munchausen's syndrome with concurrent neurological and psychiatric presentations. *Journal of the royal society of medicine*, *90*, 83-85. Recuperado el 13 de febrero de 2009 de la base de datos ProQuest Medical Library.
- Lall, R., Mailis, A. & Rapoport, A. (1997). Hematuria-Loin Pain Syndrome: It's existence as a discrete clinicopathological entity cannot be supported. *The clinical journal of pain*, *13*, 171-177. Recuperado el 3 de enero de 2009, de: <http://ovidsp.tx.ovid.com/spb/ovidweb.cgi>
- Lemos, S. (2005). Simulación, engaño y mentira. *Papeles del psicólogo*, *26*, 57-58. Recuperado el 23 de marzo de 2009 de: <http://www.papelesdelpsicologo.es/pdf/1246.pdf>
- Levenson, J., Chafe, W. & Flanagan, P. (2007). Factitious ovarian cancer: feigning via resources on the internet. *Psychosomatics*, *48*, 71-73. Recuperado el 13 de febrero de 2009 de la base de datos ProQuest Medical Library.

- Levenson, J., Valverde, R. & Olbrisch, E. (2008). Factitious wound infections in an altruistic living liver donor. *Progress in transplantation*, 18, 22-24. Recuperado el 13 de febrero de 2009 de la base de datos ProQuest Medical Library.
- Lim, J. & Butcher, J.N. (1996). Detection of faking on the MMPI-2: Differentiation among faking-bad, denial and claiming extreme virtue. *Journal of personality assessment*, 67, 1-25.
- Lucio, E. (1995). *Inventario multifásico de la personalidad Minnesota-2: Manual para aplicación y calificación*. México: El Manual Moderno.
- Lucio, E. (en prensa). El uso forense del MMPI-2.
- Lucio, E. & Ampudia, A. (1996). *Introducción al uso de la nueva versión del Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota-2*. (Material de apoyo a la materia Clave 140). México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Lucio, E. & Valencia, R. (1997). Detección del perfil de los sujetos simuladores y de los sujetos honestos por medio de las escalas del MMPI-2. *Salud mental*, 20, p. 23-33. Recuperado el 12 de abril de 2009 de: <http://www.inprf-cd.org.mx/pdf/1997/sm2004/sm200423rfr.pdf>
- Martínez, J.M. (2005). *La psicología de la mentira*. México: Paidós.
- Masip, J. (2005). ¿Se pilla antes a un mentiroso que a un cojo?. Sabiduría popular frente a conocimiento científico sobre la detección no verbal del engaño. *Papeles del psicólogo*, 92, p. 78-91. Recuperado el 2 de abril de 2009 de: <http://www.papelesdel psicologo.es/pdf/1248.pdf>
- Masip, J., Garrido, E. & Herrera, C. (2004). Defining deception. *Anales de psicología*, 20, p. 147-171. Recuperado el 2 de abril de 2009 de: http://www.um.es/analesps/v20/v20_1/12-20_1.pdf
- McCann, J. (1998). *Malingering and deception in adolescents: Assessing credibility in clinical and forensic settings*. Washington: American Psychological Association.
- McCarron, R.M., Han, J. & Motosue-Brennan, J. (2006). Somatization- an overview for neurologists. *Continuum*, 12, 87-99. Recuperado el 15 de noviembre de 2008 de: <http://ovidsp.tx.ovid.com/spb/ovidweb.cgi>
- Meadow, R. (1993). False allegations of abuse and Munchausen syndrome by proxy. *Archives of disease in childhood*. 68, 444-447. Recuperado el 8 de noviembre de 2009 de: <http://adc.bmj.com/cgi/reprint/68/4/444.pdf>
- Meadow, R. (1995). What is and what is not Munchausen syndrome by Proxy? *Archives of disease in childhood*, 538-542. Recuperado el 11 de noviembre de 2009 de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1511135/pdf/archdisch00624-0074.pdf>

- Meadow, R. & Mitchels, B. (1989). Medical reports. *British Medical Journal*, 299, 616-617. Recuperado el 11 de noviembre de 2009 de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC18837447/pdf/bmj00248-0042.pdf>
- Meek, S., Kendall, J., Cornelius, P. & Younge, P. (1996). Munchausen syndrome presenting as mayor trauma. *Journal of accident and emergency medicine*, 13, 137-138. Recuperado el 13 de febrero de 2009 de la base de datos ProQuest Medical Library.
- Mehta, N.J. & Khan, I.A. (2002). Cardiac Munchausen syndrome. *Chest*, 122,1649-1653. Recuperado el 13 de febrero de 2009 de la base de datos ProQuest Medical Library.
- Merriam, S.B. (1998). *Qualitative research and case study applications in education*. San Francisco: Jossey-Bass Inc.
- Miller, F., Weiden, P., Sacks, M. & Wozniak, J. (1986). Two cases of factitious acquired immune deficiency syndrome. *American Journal of Psychiatry*, 143, 1483. Recuperado el 14 de septiembre de 2009 de: <http://ajp.psychiatryonline.org/cgi/reprint/143/11/1483?maxtoshow=&HITS=10&hits=10&RESULTFORMAT=&fulltext=factitious+acquired+immune&searchid=1&FIRSTINDEX=0&resourcetype=HWCIT>
- Mohino, S., Dolado, J., Arimany, J., Ortega-Monasterio, L., Cuquerella, A., Vilardell, J. & Planchat, L.M. (2004). Perfiles psicométricos fingidos en relación con estilos de personalidad en reclusos. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 32, 264-268. Recuperado el 9 de noviembre de 2009 de: http://www.arsixxi.com/pfw_files/cma/ArticulosR/ActasEspañolasPsiquiatría/2004/05/111050402640268.pdf
- Montero, I. & León, O. (2002). Clasificación y descripción de las metodologías de investigación en psicología. *Internacional Journal of Clinical and Health Psychology*, 2, 503-508. Recuperado el 15 de noviembre de 2008 de: <http://ovidsp.tx.ovid.com/spb/ovidweb.cgi>
- Moore, K. (1995). Social work's role with patients with Munchausen síndrome. *Social work*, 40 (6), 823. Recuperado el 9 de diciembre de 2008, de la base de datos ProQuest Medical Library.
- Mountz, J., Parker, P., Liu, H-G, Bentley, T., Lill, D. & Deutsch, G. (1996). Tc-99m HMPAO brain spect scanning in Munchausen syndrome. *Journal of psychiatry and neuroscience*, 21, 49-52. Recuperado el 13 de febrero de 2009 de la base de datos ProQuest Medical Library.
- Mullen, P.E. (1999). "The spectrum of factitious disorders" of Feldman, M.D. & Eisendrath, S.J. (1996): Book review. *Criminal behaviour and mental health*, 9, 372-374. Recuperado el 13 de febrero de 2009 de la base de datos ProQuest Medical Library.
- Murdach, A.D. (2006). Social work and malingering. *Health and social work*, 31, 155-158. Recuperado el 13 de febrero de 2009 de la base de datos ProQuest Medical Library.

- Murray, J.B. (1997). Munchausen syndrome/Munchausen syndrome by proxy. *The journal of psychology*, 131, 343-352. Recuperado el 9 de diciembre de 2008, de la base de datos ABI/INFORM.
- Nardella, D., Sohawon, M. & Hermans, O. (2007). Munchausen's Syndrome in plastic surgery practice: A bewildering situation. *Indian journal of plastic surgery*, 2, 194-198. Recuperado el 13 de febrero de 2009 de la base de datos ProQuest Medical Library.
- Nicholson, K. & Martelli, M. (2004). The problem of pain. *The journal of head trauma rehabilitation*, 19, 2-9. Recuperado el 13 de febrero de 2009 de la base de datos ProQuest Medical Library.
- OMS (2007). International statistical classification of diseases and related health problems, 10th edition, version for 2007. Recuperado el 21 de septiembre de 2009 de: <http://apps.who.int/classifications/apps/icd/icd10online/>
- O'Sullivan, M. (2007). Unicorns or Tiger Woods: Are lie detection experts myths or rarities?. A response to *On lie detection "wizards"* by Bond & Uysal. *Law and human behavior*, 31, 117-123. Recuperado el 13 de febrero de 2009 de la base de datos ProQuest Medical Library.
- Pao, D., McElborough, D. & Fisher, M. (2005). Factitious HIV. *Sexual transmission infections*, 81, 359-360. Recuperado el 13 de febrero de 2009 de la base de datos ProQuest Medical Library.
- Park, G., Huang, A. & Wright, S. (1996). A case of Munchausen syndrome with claims of trauma and haemophilia. *Journal of accident and emergency medicine*, 13, 293-295. Recuperado el 13 de febrero de 2009 de la base de datos ProQuest Medical Library.
- Pearson, H. (2006). Lure of lie detectors: spooks ethicist. *Nature*, 441, 918-919. Recuperado el 13 de febrero de 2009 de la base de datos ProQuest Medical Library.
- Pérez, R. (2007). *Perfil de rasgos de personalidad de madres maltratadoras*. Tesis de doctorado, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Phares, E.J. & Trull, T.J. (1999). *Psicología clínica: Conceptos, métodos y práctica*. México: Manual Moderno.
- Piper, E.P. (2005). *Doubt and the boundary of therapeutic confidence*. Tesis de doctorado, Antioch University. Recuperado el 13 de febrero de 2009 de la base de datos ProQuest Medical Library.
- Pita, S., Pértigas, S. & Valdés, F. (2004). Medidas de frecuencia de enfermedad. *Atención primaria en red*. Recuperado el 18 de marzo de 2009 de: [//www.fisterra.com/mbe/investiga/medidas_frecuencia/med_frec2.pdf](http://www.fisterra.com/mbe/investiga/medidas_frecuencia/med_frec2.pdf)
- Platone, M.L. (2007). El enfoque ecosistémico en terapia de familia y de pareja. *Psicología*, 26, 57-77. Recuperado el 30 de abril de 2009 de: <http://www.ucv.vg/humanidades/fhe2005/publicaciones/publicaciones/R>

evpsicologia/revistapsicoweb/v26n1/5%20Maria%20Luisa%20Platone.pdf

- Pope, H.G., Jonas, J.M. & Jones, B. (1982). Factitious psychosis: phenomenology, family history and long-term outcome of nine patients. *American Journal of Psychiatry*, 139, 1480-1483.
- Porcel, M. & Gonzalez, R. (2005). El engaño y la mentira en los trastornos psicológicos y en sus tratamientos. *Papeles del psicólogo*, 26, 109-114. Recuperado el 24 de marzo de 2009 de: <http://www.papelesdelpsicologo.es/pdf/1251.pdf>
- Quinsey, V. (2009). Are we there yet? Stasis and progress in forensic psychology. *Canadian Psychology*, 50, 15-21. Recuperado el 9 de noviembre de 2009 de: <http://psyc.queensu.ca/quinsey/Quinsey2009CdnPsychology.pdf>
- Randle, R. (2007). "Detection of deception" of Boyd, A.R., McLearn, A.M., Meyer, R.G. & Denney, R.L. (2007): Book review. *Journal of psychiatry and law*, 35, 209-218. Recuperado el 13 de febrero de 2009 de la base de datos ProQuest Medical Library.
- Real Academia Española RAE (2009). Diccionario de la lengua española, 22ª edición. Recuperado el 23 de marzo de 2009 de: <http://www.rae.es/rae.html>
- Rionda, L. (2005). La derrota presidencial. Recuperado el 24 de marzo de 2009 de: http://rionda.blogspot.com/2005_04_01_archive.html
- Rodríguez, L., Gómez, M. & Mesa, A. (2003). Estado del arte sobre el síndrome de Munchausen por poderes. *Universidad de Psicología de Bogotá*, 2, 187-198. Recuperado el 9 de noviembre de 2009 de: http://sparta.javeriana.edu.co/□internacio/publicaciones/actualizarrevista/archivos/V2N207estado_del_arte.pdf
- Rogers, R., Bagby, M. & Rector, N. (1989). Diagnostic legitimacy of factitious disorder with psychological symptoms. *The American journal of psychiatry*, 146, 1312-1314. Recuperado el 13 de febrero de 2009 de la base de datos ProQuest Medical Library.
- Rowan, M. & Huston, P. (1997). Qualitative research articles: information for authors and peer reviewers. *Canadian Medical Association Journal*, 157, 1442-1446. Recuperado el 15 de noviembre de 2008 de: <http://ovidsp.tx.ovid.com/spb/ovidweb.cgi>
- Rowat, B. (1985). Richard Asher and the seven sins of medicine. *Humane medicine health care*, 1. Recuperado el 11 de mayo de 2009 de: www.humanehealthcare.com/Article.asp?art_id=126.
- Sakai, K. & Ide, N. (1999). *El arte de mentir*. Barcelona: Paidós.
- Sánchez-Planell, L. & Díez, C. (2002). Otros trastornos neuróticos y psicósomáticos. En: J. Vallejo-Ruiloba (Ed) *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría*. Barcelona: Masson.

- Sarason, I. & Sarason, B. (1999). *Abnormal psychology (9ª edición)*. New Jersey: Prentice Hall.
- Savino, A.C. & Fordtran, J.S. (2006). Factitious disease: clinical lessons from case studies at Baylor University Medical Center. *Proc Baylor University Medical Center, 19*, 195-08. Recuperado el 13 de febrero de 2009 de la base de datos ProQuest Medical Library.
- Savvidou, I., Bozikas, V. & Karavatos, A. (2002). False allegations of child physical abuse: A case of Munchausen by Proxy-like syndrome?. *Intl J of psychiatry in medicine, 32*, 201-208. Recuperado el 13 de febrero de 2009 de la base de datos ProQuest Medical Library.
- Schreier, H. (2000). Factitious disorder by proxy in with the presenting problema es behavioral or psychiatric. *Journal of the american child and adolescent psychiatry, 39*, 668-670. Recuperado el 3 de enero de 2009, de: <http://ovidsp.tx.ovid.com/spb/ovidweb.cgi>
- Secretaria de Salud (1999). Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998 Del expediente clínico. Recuperado el 11 de enero de 2009 de: <http://salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/168ssa18.html>
- Sellbom, M. & Ben-Porath, Y.S. (2006). The Minnesota multiphasic personality inventory-2. En R. Archer (Ed). *Forensic uses of clinical assessment instruments*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Seshia, S.S., Phillips, D.F. & vonBaeyer, C.L. (2008). Childhood chronic daily headache: a biopsychosocial perspective. *Developmental medicine in child neurology, 50*, 541-545. Recuperado el 13 de febrero de 2009 de la base de datos ProQuest Medical Library.
- Sirvent, C., Rivas, C., Fernández, C., Blanco, P., Palacios, L. & Delgado, R. (2008). Psicoterapia del autoengaño. *Interpsiquis, 1*. Recuperado el 9 de diciembre de 2008, de: <http://psiquiatría.com>
- Siurana, J.C. (2010). Los principios de la bioética y el surgimiento de una bioética intercultural. *Veritas, 22*, 121-157. Recuperado el 8 de enero de 2011 de: www.scielo
- Soberon, G. (1988). Sida: Características generales de un problema de salud pública. *Salud pública, 30*, 504-512. Recurado el 14 de septiembre de 2009 de: <http://bvssida.insp.mx/articulos/1374.pdf>
- Sociedad Mexicana de Psicología (2002). *Código ético del psicólogo*. México: Trillas.
- Spriggs, E. A. (1984). Hector Gavin, MD, FRCSE (1815-1955)-his life, his work for the sanitary movement, and his accidental death in Crimea. *Medical history, 28*, 283-292. Recuperado el 29 de Julio de 2009 de: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/picrender.fcgi?artid=1139447&blobtype=pdf>

- Stayer, C., Sporn, A., Gogtay, N. Tossell, J., Lenane, M. Gochman, P. et al. (2004). Looking for childhood schizophrenia: Case series of false positives. *Journal of the american child and adolescent psychiatry*, 43,1026-1029. Recuperado el 3 de enero de 2009, de: <http://ovidsp.tx.ovid.com/spb/ovidweb.cgi>
- Stephenson, D.T. & Price, J.R. (2006). Medically unexplained physical symptoms in emergency medicine. *Emergency Medicine Journal*, 23, 595-600. Recuperado el 15 de noviembre de 2008 de: <http://ovidsp.tx.ovid.com/spb/ovidweb.cgi>
- Stern, T. & Cremens, M. (1998). Factitious pheochromocytoma: One patient history and literature review. *Psychosomatics*, 39, 283-287. Recuperado el 13 de febrero de 2009 de la base de datos ProQuest Medical Library.
- Tausche, A.K., Hänsel, S., Tausche, K., Unger, S. & Schröder, H.E. (2004). Nodular panniculitis as expression of Munchausen Syndrome. *Annals of rheumatic diseases*, 63, 1195-1196. Recuperado el 13 de febrero de 2009 de la base de datos ProQuest Medical Library.
- Tellis, W. (1997). Introduction to case study. *The qualitative report*, 3, Recuperado el 15 de marzo de 2009 de: <http://www.nova.edu/ssss/QR/QR3-2/tellis1.html>
- Tlacuilo-Parra, J.A., Guevara-Gutiérrez, E., Barrón-Pérez, E. & Estrada-Contreras, M. (1999). Síndrome de Munchausen: reto al diagnóstico. *Gaceta Médica Mexicana*, 135, 177-181. Recuperado el 15 de noviembre de 2008 de: <http://ovidsp.tx.ovid.com/spb/ovidweb.cgi>
- Trenque, T., Frances, C., Millart, H., Holzey, G. & Germain, M.L. (2002). Prevalence of hypoglycaemia associated with sulphonylurea drugs in France in the year 2000. *Journal of clinical pharmacology*, 54, 548-552. Recuperado el 13 de febrero de 2009 de la base de datos ProQuest Medical Library.
- Trimble, M. (2004). Book review: Malingering and illness deception. Halligan, P.W., Bass, C. & Oakey, D. (Eds.) Oxford University Press. *Psychological medicine*, 34, 1364. Recuperado el 13 de febrero de 2009 de la base de datos ProQuest Medical Library.
- Turner, M. (2006). Factitious disorders: Reformulating the DSM-IV criteria. *Psychosomatics*, 47, 23-32. Recuperado el 15 de noviembre de 2008 de: <http://ovidsp.tx.ovid.com/spb/ovidweb.cgi>
- Turner, J. & Reid, S. (2002). Munchausen's syndrome. *The Lancet*, 359, 346-349. Recuperado el 13 de febrero de 2009 de la base de datos ProQuest Medical Library.
- Vrij, A., Mann, S., Kristen, S. & Fisher, R.P. (2007). Cues to deception and ability to detect lies as function of police interview styles. *Law and human behavior*, 31, 499-518. Recuperado el 13 de febrero de 2009 de la base de datos ProQuest Medical Library.

- Wright, B., Bhugra, D., Booth, S.J. (1996). Computers, communication and confidentiality: tales of Baron Munchausen. *Journal of accident and emergency medicine*, 13, 18-20. Recuperado el 13 de febrero de 2009 de la base de datos ProQuest Medical Library.
- Yanik, M., San, I. & Alatas, N. (2004). A case of factitious disorder involving menstrual blood smeared on the face. *Internacional journal of psychiatry in medicine*, 34, 97-101. Recuperado el 13 de febrero de 2009 de la base de datos ProQuest Medical Library.
- Yin, R. (1994). *Case study research: Design and methods*. Thousand Oaks: Sage Publications, en: Tellis, W. (1997). Introduction to case study. *The qualitative report*, 3, Recuperado el 15 de marzo de 2009 de: <http://www.nova.edu/ssss/QR/QR3-2/tellis1.html>
- Zambrano, J. (1997). *Síndrome de Munchausen por poderes: presentación de un caso clínico y revisión de la literatura*. Tesis de especialidad en pediatría, Universidad Nacional Autónoma de México.

Anexo A

De niños evaluados, en 4 hubo evidencia de engaño en los datos aportados por la madre sobre su situación actual o historia de desarrollo del menor o la familia, en ninguno se obtuvo información distorsionada por parte del paciente. La edad promedio de estos pacientes fue 7 años.

Existe una alta probabilidad de que las madres de estos pacientes cubrieran los criterios para trastorno facticio por poderes; sin embargo, no se incluyeron en el estudio de casos porque no se trataba del paciente objeto de la atención clínica. Bajo esta limitante, en este anexo se presenta la descripción de los casos para enriquecer la información clínica disponible sobre la formulación facticia de síntomas a través de un representante (trastorno facticio no especificado –por poderes-). Se omitió el género para mantener la confidencialidad y por ser un dato irrelevante -excepto en uno de los casos-.

En todos los casos fue la madre quien solicitó la intervención psicológica y aportó la información inicial sobre el motivo de consulta. Para uno de los casos sólo se realizó la entrevista inicial conjunta (madre y paciente) en la que se puso de manifiesto información altamente improbable, pero no fue posible completar la evaluación psicológica porque dejaron de asistir. En los tres casos restantes fue posible una evaluación clínica completa que incluyó entrevistas con padre y madre, historia clínica y evaluación individual por medio de entrevista y pruebas psicológicas, pero no se realizó intervención.

Los aspectos relevantes que se observaron en estos cuatro casos fueron:

- El paciente tenía contacto frecuente con varios médicos especialistas por síntomas físicos o psicológicos imprecisos o de presentación inconstante (4/4 pacientes).
- La madre se encontraba en la cuarta década de la vida al momento del nacimiento del paciente (4/4 casos).
- La madre había concluido la educación superior e iniciado vida laboral, pero se dedicaba a la crianza de los hijos desde el nacimiento del paciente (4/4 casos).
- El paciente tenía convivencia limitada o nula con el padre (4/4 casos), en un caso porque después de la separación de la pareja se había perdido el contacto en él y en el resto de los pacientes debido a que la familia se relacionaba sólo los fines de semana debido a que el padre vivía en un lugar distinto del lugar de residencia de la familia (2 de 4) o cumplía una jornada laboral mayor a 12 horas en un municipio vecino, con más de una hora de tiempo de traslado (1/4).
- La familia contaba con servicio de salud subrogado de cobertura amplia, como parte de las prestaciones laborales del padre; por lo anterior, tenían acceso a consultas y estudios diagnósticos en un centro de salud privado, cuyo costo era cubierto en su totalidad por la empresa y no generaban deducible (3/4 pacientes).
- El padre asistía a las entrevistas y procedimientos que formaban parte de la atención médica o psicológica del paciente, pero su actitud era pasiva, evadía responder y opinar, permitía que fuera la madre quien guiara y decidiera sobre el contacto de sus hijos con los servicios de salud y la formación escolar (3/4 casos).
- El paciente tenía un ajuste escolar adecuado y en la evaluación individual no refería conflictos en esa área, información que fue

corroborada por medio de comunicación directa con el docente responsable y verificación de boleta escolar (3/4 casos).

- El paciente tenía un rendimiento intelectual dentro del rango promedio, evaluado a través del Dibujo de la Figura Humana, que fue calificado con los indicadores de Harris-Goodenough y Koppitz (3/4 casos).
- La madre del paciente expresaba disgusto o desaprobación hacia la escuela (3/4 casos)
- El paciente había tenido 4 o más cambios de escuela (2 de 4 casos) por disgusto de la madre con el método de enseñanza o el trato de los compañeros o docentes. En los dos casos restantes se reportaba un cambio de escuela (de ellos, en uno existía la intención de buscar un nuevo plantel para el siguiente ciclo académico).
- La familia del paciente había mudado su lugar de residencia en 4 ocasiones (2 de 4 casos).

Viñetas clínicas:

- **Caso 1.** Ocho años de edad: se argumentaba dolor en articulaciones, que debido a la insistencia materna había ameritado 2 intervenciones quirúrgicas a los 4 y 5 años, con resultados insatisfactorios desde el punto de vista de la madre, pero sin diagnóstico médico preciso. Fue llevado a atención psicológica por cambios de conducta, irritabilidad y reacciones agresivas que sólo se daban en el contexto familiar. A lo largo de la evaluación se observó ausencia de sintomatología, un ajuste escolar satisfactorio, buenas relaciones fraternales y con el grupo de pares, así como fricciones y ocultación/distorsión de la información entre los padres. Los padres no acudieron a la sesión de análisis de resultados.

- **Caso 2.** Seis años de edad: se reportaron fallas de atención y alteraciones posturales no detectadas por el personal médico y escolar, mismas que habían sido identificadas por la madre, quien consiguió que se le proporcionara tratamiento ortopédico profiláctico y medicación para trastorno por déficit de atención. Fue llevado a valoración buscando continuar el tratamiento del trastorno por déficit de atención, diagnóstico que fue descartado una vez concluida la evaluación psicológica. Durante la sesión de retroalimentación, padre y madre mostraron insatisfacción con el resultado de la valoración (ausencia de alteraciones) y rechazaron una intervención familiar.
- **Caso 3.** Siete años de edad, sexo femenino: como motivo de consulta, la madre reportó enuresis primaria y dificultad para conciliar y mantener el sueño, en el pasado no se había intentado manejo conductual y ante las variadas intervenciones farmacológicas reportaba mejoría inicial pero recidivas constantes. La paciente nació de manera prematura (con 30 semanas de gestación) y permaneció hospitalizada por 31 días. Aunque su desarrollo físico y psicomotor siempre había estado dentro de los parámetros normales, a lo largo de su vida recibió monitoreo estrecho de médicos pediatras y al menos cinco subespecialidades relacionadas (cardiología, audiología, endocrinología, hematología, y neurología pediátrica), constantemente se realizaban procedimientos diagnósticos con resultados no concluyentes (hallazgos imprecisos que no se relacionan con las manifestaciones sintomáticas): algunos no invasivos como electroencefalograma, mapeo cerebral y tomografía de cráneo, pero otros desconcertantes como el ultrasonido vaginal que se realizó durante la valoración de una probable infección de vías urinarias. En la sesión de análisis de

resultados, padre y madre pudieron discutir la posibilidad de que su interpretación y reacción ante las manifestaciones de su hija estuvieran distorsionadas, la madre reconoció su dificultad para expresar afecto en alguna forma distinta al cuidado médico y se señaló la actitud distante pero crítica del padre, quien aceptó el señalamiento sin mayor respuesta. Les fue propuesta una intervención familiar y se esbozó un programa de trabajo que limitaría el contacto de la paciente con el área médica de acuerdo con las guías presentadas en el capítulo 2. No volvieron a reportarse.

- **Caso 4.** 7 años: fue canalizado a valoración por uno de los tres especialistas médicos con los que estaba en tratamiento. Como motivo de consulta, la madre refirió comportamiento agresivo que sólo se presentaba en casa. Reportaron adecuado ajuste escolar. Además de la jornada escolar, invertía 19 horas semanales en seis tipos de actividades extraescolares. Después de la entrevista inicial conjunta la madre llamó para cancelar la siguiente cita y no volvió a reportarse.

Anexo B

Resumen clínico (adultos)

- **Trastornos facticios**
 - **Caso 22.** Mujer de 46 años, casada, con escolaridad media superior y dedicada al hogar. Desde hacía 3 años estaba separada de su esposo, quince años mayor que ella, que vivía en otra localidad, lo describió como un alcohólico en rehabilitación, que estaba casado al momento de conocerla, a quien había ayudado en el proceso divorcio y que posteriormente le había sido infiel, físicamente violento. Vivía en una casa rentada con su hijo de 20 años y la esposa de éste, a quienes ayuda en el cuidado de su bebé. Tenía una hija de 23 años, casada y con dos hijos de edad preescolar, que vivía en forma independiente. Tenía una vida social escasa, reducida a los familiares más cercanos con quienes tenía constantes fricciones. Fue canalizada a intervención psicológica por su médico general, a quien había referido insomnio, irritabilidad, tendencia al llanto, "hormigueo" en manos y pies (síntomas que llevaba por escrito). En la entrevista inicial describió con correlato afectivo pobre o inconsistente una mezcla abigarrada de síntomas actuales y antecedentes patológicos: con satisfacción relataba haber sido sometida a 10 intervenciones quirúrgicas, aseguraba que la sintomatología ansiosa y depresiva mejoraba notablemente durante el fin de semana para reaparecer cada lunes. En posteriores entrevistas, cuando le fueron señaladas algunas inconsistencias en su relato, reconoció haber distorsionado información, pero agregaba nueva información que despertaba

dudas, v.g. narró que sostenía una nueva relación de pareja con un hombre a quien describió de manera casi idéntica que a su esposo y sobre quien relataba incidentes que antes había atribuido al primero. Durante las cuatro sesiones a las que asistió, no se observaron reacciones afectivas congruentes con los relatos dramáticos de su situación. Aceptó iniciar un proceso de psicoterapia de apoyo con el objetivo de brindarle un espacio de expresión afectiva (se pretendía favorecer la catarsis y evitar la reinstalación de medicación ansiolítica), pero alternaba entre resistencias manifiestas (“no sentí química con usted” sic) y narrativa prolija. No fue confrontada con la exageración de sintomatología y abandonó el tratamiento. El análisis de su expediente médico mostró que efectivamente había sido sometida a múltiples cirugías y era usuaria frecuente de los servicios de medicina general (25 consultas en un año) y diversas especialidades (33 consultas en un año: ginecología, medicina interna, dermatología, cirugía general, oncología, traumatología). Llevaba 20 años recibiendo medicación psicotrópica por períodos alternados. Su perfil de personalidad (MMPI-2) se presentó en la figuras 3, 4 y 5, fue válido pero no se identificó un código definido, 8 de 10 escalas clínicas estuvieron por arriba de T70.

DIAGNOSTICO MULTIAXIAL	CASO 22
EJE I	Trastorno facticio con combinación de síntomas psicológicos y físicos
EJE II	Trastorno límite de la personalidad (criterios 1, 2, 6, 7 y 9)
EJE III	Fibromialgia
EJE IV	
EJE V	EEAG=55 (actual)

- **Caso 27.** Un paciente de 26 años asistió a consulta psicológica por sugerencia de su madre, quien concertó la cita. Era soltero, había concluido la universidad y desde hacía un año trabajaba en una empresa mediana, su sueldo era modesto y lo dedicaba a la compra de discos y juegos de video, no aportaba a la manutención de la casa. Vivía con sus padres, ambos de 60 años de edad. Su padre era contador público y trabajaba como empleado de un despacho, su madre era normalista jubilada y se dedicaba al hogar. Tenía una hermana 2 años mayor que él, casada y sin hijos, que pasaba mucho tiempo en la casa paterna. Describió a su padre como un hombre tranquilo y callado, que había tenido varios empleos, pasaba poco tiempo en casa y evitaba enfrentamientos con su madre, a quien el paciente consideraba fuerte de carácter, "imponente" (sic). Su rendimiento escolar fue de promedio a bajo, sin reprobación, tenía dificultades para relacionarse y a partir de la secundaria manifestaba tensión a través de síntomas físicos (dolores de cabeza, distensión abdominal). Al finalizar la preparatoria, aún sin claridad vocacional ("quería ser de todo... abogado, químico", sic) ingresó a ingeniería en sistemas y consiguió finalizarla con regular aprovechamiento. Había sido inconstante laboralmente y alternó empleos relacionados con su carrera, con otros no calificados (dependiente, maestro de regularización). Sus relaciones interpersonales se limitaban a los miembros de su familia nuclear, pero incluso con ellos establecía distancia. Se sentía torpe en otros contactos sociales y expresaba poco interés por buscarlos, al igual que las relaciones de pareja. En el proceso de diagnóstico se obtuvo el perfil de personalidad con el MMPI-2 (figuras 3, 4 y 5), que resultó inválido por exageración

de sintomatología (las escalas INVAR e INVER se ubicaron dentro del área normal –comprendió el instrumento-, pero el puntaje de F-K fue 22 y en la escala F_{psic} obtuvo T106.). Sus respuestas al instrumento y sus manifestaciones en la entrevista indicaban una mezcla variada de síntomas psicológicos, relató rituales compulsivos, se definió como una persona depresiva, insegura y ansiosa.

DIAGNOSTICO MULTIAXIAL	CASO 27
EJE I	Trastorno facticio con predominio de signos y síntomas psicológicos
EJE II	Trastorno esquizoide de la personalidad (criterios 1 al 5)
EJE III	
EJE IV	
EJE V	EEAG=50 (actual)

Una vez concluido el proceso de diagnóstico (tres sesiones), fue canalizado para recibir atención psiquiátrica con el objeto de reducir las manifestaciones de ansiedad a un nivel funcional, antes de iniciar un proceso psicoterapéutico que tendría como objetivo desarrollar autonomía y, eventualmente, habilidades sociales básicas para permanecer en un empleo y establecer algunos vínculos interpersonales.

- **Caso 29.** Una mujer de 49 años asistió a consulta psicológica por recomendación de su médico, quien le diagnosticó fibromialgia y prescribió analgésicos, antidepresivos y ansiolíticos. Estaba casada hacía 30 años, su esposo era 8 años mayor que ella y trabajaba como profesor de educación física. Ella estudió carrera comercial y se había jubilado recientemente

después de 30 años de trabajo como burócrata. Tenía dos hijos de 26 y 22 años, ambos casados y sin hijos, con empleos estables. Aunque tenían casa propia, sus hijos y nueras permanecían mucho tiempo en la casa parental, solían llegar a comer y con frecuencia pasaban allí la tarde (viendo televisión o utilizando la computadora). La paciente los consideraba "buenos muchachos, trabajadores" (sic) y la comunicación con sus nueras era cordial, pero superficial. Su vida social se circunscribía a su familia de origen (hermanas), que visitaba con frecuencia pero con quienes sentía fallas de comunicación ("no me entiendo con ellos", sic) que daban origen a malentendidos constantes que provocaban incomodidad pero no enfrentamientos; eventualmente telefoneaba o se reunía con excompañeras del trabajo. Como motivo de consulta la paciente refirió inquietud constante, indecisión y culpa alrededor de la relación con su familia nuclear, preocupaciones inmotivadas acerca del bienestar presente y futuro de sus hijos, insomnio inicial e hipersomnia diurna, funcionamiento cotidiano deficiente. En dos ocasiones había iniciado psicoterapia que interrumpió después de pocas sesiones, por varios años había sido tratada con diversos fármacos ansiolíticos y antidepresivos, con apego irregular; relató que simultáneamente consultaba médicos de diferentes especialidades, como derechohabiente del ISSSTE y en forma privada, alópatas principalmente, pero también iniciaba tratamientos homeópatas y naturistas. El perfil de personalidad se muestra en las figuras 3, 4 y 5, resultó inválido por exageración de sintomatología. La paciente comprendió los reactivos y respondió de manera consistente (INVAR e INVER dentro del área normal), pero tuvo elevaciones en F (T105), F_{psic} (T81) y $F-K=10$.

DIAGNOSTICO MULTIAXIAL	CASO 29
EJE I	Trastorno facticio con combinación de síntomas psicológicos y físicos
EJE II	Trastorno de ansiedad generalizada
EJE III	Fibromialgia
EJE IV	(reciente jubilación)
EJE V	EEAG=65 (actual)

Se acordó iniciar psicoterapia de apoyo, de corte directivo, con periodicidad semanal y a tiempo abierto, con el objetivo de establecer y mantener una rutina cotidiana funcional (incluyendo apego al tratamiento farmacológico y reducción de consultas médicas) y desarrollar actividades gratificantes. Asistió con regularidad durante 14 meses. La relación terapéutica fue un escenario útil para identificar su estilo de agresión (sutil, dubitativo, indirecto, de muy baja intensidad) y modelar comunicación asertiva. Se trabajó alrededor de su relación de pareja, donde consiguió la expresión de necesidades (en forma directa y propositiva) y reportó mejoría tanto en la convivencia cotidiana como en el ajuste sexual; el matrimonio planeó y llevó a cabo diversos viajes. En esta, como en otras áreas de cambio, la paciente tenía avances evidentes pero no desapareció su tendencia a minimizarlos o considerarlos incompletos. Logró el reconocimiento sin culpa de su molestia por la dependencia de sus hijos, pero no se consiguió que promoviera cambios o reconociera su participación en ella. La paciente llegó a conceptualizar sus síntomas físicos como un mecanismo familiarmente aceptable para expresar su insatisfacción, pero desadaptativo a nivel personal, inició actividades lúdicas fuera de casa (eligió disciplinas que se ejecutaban en grupo pero que no

demandaban diálogo o colaboración interpersonal –baile y gimnasio-). Después de una interrupción de tres meses debida a una intervención quirúrgica programada (histerectomía), se planteó el alta por máxima mejoría (parcial), durante cuatro meses más se espaciaron las sesiones y la paciente mantuvo los cambios alcanzados.

- **Trastornos somatomorfos**

- **Caso 38.** Una abogada de 29 años fue canalizada para valoración psicológica por su médico internista. Recientemente había tenido una crisis de ansiedad (mareo, sudoración, dificultad respiratoria, temor al desmayo) durante un paseo con amistades a una localidad vecina, sus padres tuvieron que acudir a auxiliarla y ella insistió en ser hospitalizada. A partir de esta crisis, su médico mantuvo un abordaje diagnóstico conservador y, habiendo descartado enfermedad médica, inició tratamiento con ansiolítico y recomendó psicoterapia. La paciente pertenecía a una familia nuclear, era la cuarta de 8 hermanos y la única que vivía con sus padres, quienes estaban casados y rondaban los 60 años, él estaba jubilado y ella se dedicaba al hogar. Había vivido en unión libre por 4 años (entre los 23 y los 27 años), después de constantes enfrentamientos abandonó intempestivamente a su pareja, con quien aún tenía propiedades en común. Colaboraba en un despacho legal que estableció con tres de sus hermanos, pero su asistencia y rendimiento era irregular, pasaba mucho tiempo en casa por mareo, resequedad de boca, adormecimiento de manos y pies. No aportaba regularmente a la manutención de casa. El análisis del perfil de personalidad aplicado durante la etapa de diagnóstico (figuras 13, 14 y 15) mostró un estilo de respuesta de búsqueda de

ayuda, aunque no se corroboró la exageración intencional de sintomatología (F_{psic} en T 70, F-K=6). Tuvo un código 7 8, definido y elevado, indicativo de gran desgaste emocional, reconocimiento de problemas psicológicos, ansiedad y preocupación alrededor de la salud.

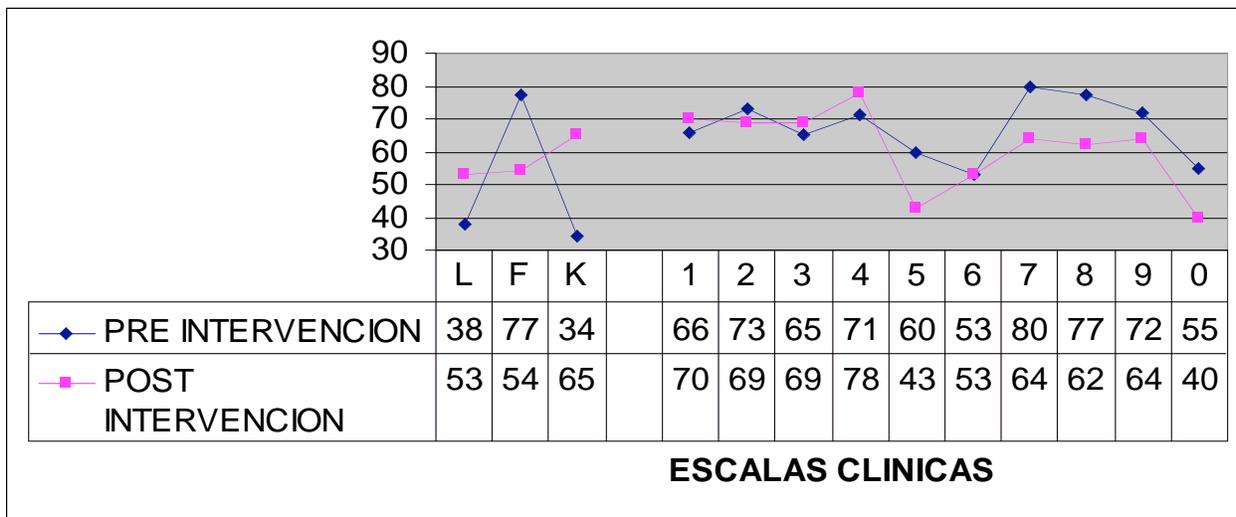


Figura 13. Perfil de escalas clínicas, caso 38 (somatomorfo)

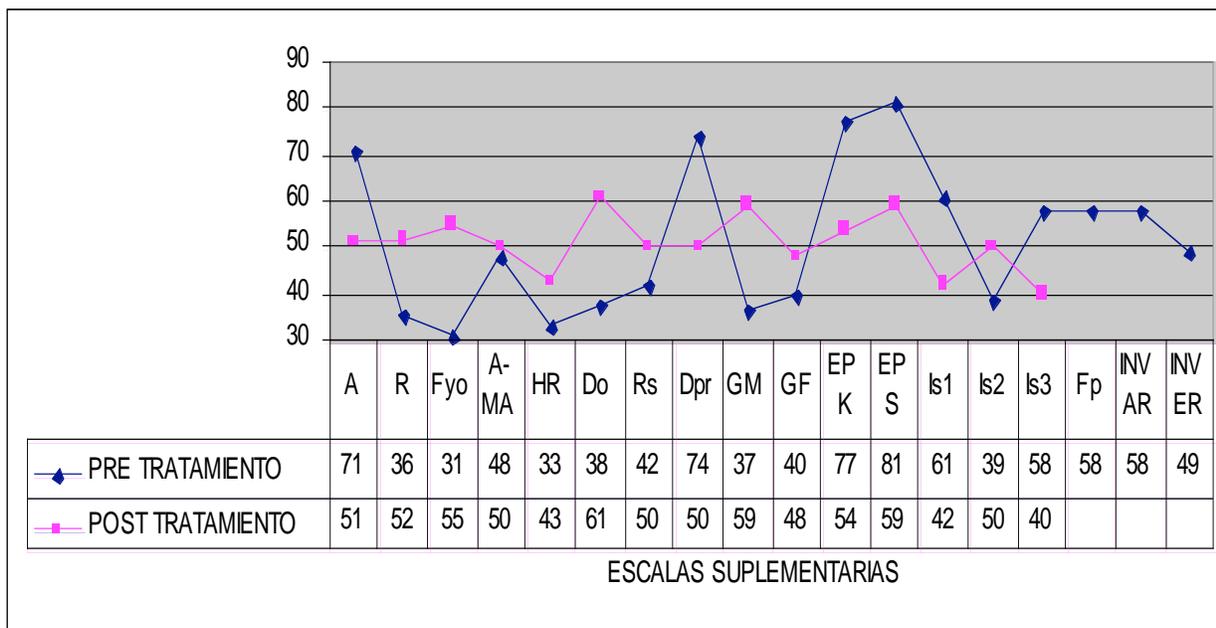


Figura 14. Perfil de escalas suplementarias, caso 38 (somatomorfo)

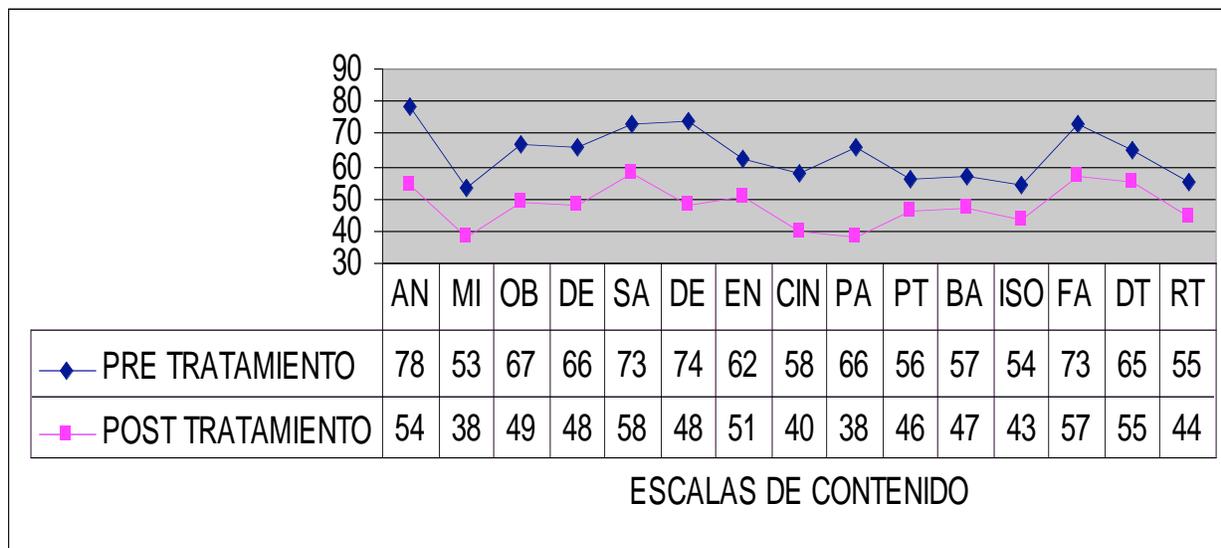


Figura 15. Perfil de escalas de contenido, caso 38 (somatomorfo)

Otras características que se corroboraron durante la psicoterapia fueron inseguridad, sentimientos de inadecuación, indecisión, dificultades para mantener una relación de pareja estable (dudas sobre sus cualidades y compensación a través de la fantasía), no tuvo manifestaciones psicóticas pero si sensación de irrealidad.

DIAGNOSTICO MULTIAXIAL	
EJE I	Trastorno de conversión (con síntomas motores y sensoriales)
EJE II	
EJE III	
EJE IV	
EJE V	EEAG= 55 (actual)

Se inició un proceso terapéutico de apoyo, con periodicidad semanal y a tiempo abierto. El objetivo inicial fue proveer un espacio de contención emocional y motivar su reinserción laboral. Se evitó un manejo psicodinámico por la tendencia a

intelectualizar y desarrollar dependencia (Butcher & Perry, 2008), en cambio se modelaron y reforzaron habilidades sociales y se promovió la autonomía respecto a la familia.

La paciente asistió a sesiones con regularidad durante 12 meses, al inicio sobreestimaba la sintomatología física, que ocupaba su discurso y expresaba inquietud por solicitar nuevas opiniones médicas; estas comunicaciones eran redimensionadas en sesión y se reforzaba el vínculo con su médico tratante. En cambio, se promovía la reflexión sobre los logros madurativos pendientes. Hacia el primer año de tratamiento reportaba buen funcionamiento laboral, breves episodios de ansiedad (autocontrolados), amplió razonablemente sus contactos sociales y había iniciado una relación de pareja. Se reaplicó el MMPI-2 y mostró cambios significativos (figuras 13, 14 y 15): mayor confianza en sus recursos (configuración de escalas de validez, escalas Fyo, Do, Rs y Dpr) y disminución de niveles sintomáticos (A, EPK, EPS, ANS, DEP, SAU). Se planeó el alta para que el efecto reforzador de los progresos recayera sobre los cambios realizados por la paciente y evitar dependencia hacia la relación terapéutica, las sesiones fueron espaciadas y se acordaron futuros contactos de seguimiento. Tres y seis meses después de terminada la intervención, la paciente reportó telefónicamente adecuado ajuste, continuaba con tratamiento psicofarmacológico de sostén.

- **Caso 39.** Mujer de 45 años que asistió acompañada por su esposo a una sesión de diagnóstico psicológico, por recomendación de su médico. Tenía escolaridad media superior y manejaba una tienda de ropa de su propiedad. Vivían con sus

tres hijas, de 23, 20 y 18 años, estudiantes universitarias. La paciente relató “terribles dolores” (sic) en brazos y piernas (que no interferían con su trabajo pero sí en el manejo de casa, trasladado a las hijas), irritabilidad y constantes contactos con diversos especialistas médicos sin obtener alivio permanente. Durante la entrevista fue poco participativa, se concretó a describir sus quejas físicas y emocionales, dejó que el resto de la información fuera proporcionada por su esposo, quien daba descripciones prolijas. Durante la sesión se observaron fricciones entre ellos y evidencia de disfunción familiar, pero la paciente no externó interés hacia la intervención psicológica. Se señaló la posibilidad de que factores psicológicos afectaran las manifestaciones físicas y se dejó abierta la posibilidad de continuar el abordaje diagnóstico, pero sólo por solicitud directa de la paciente. No se reportó más, se estableció el diagnóstico provisional de trastorno somatomorfo por dolor, ante la imposibilidad de determinar la exactitud y el origen de la sintomatología física descrita.

DIAGNOSTICO MULTIAXIAL	
EJE I	Trastorno por dolor asociado a factores psicológicos
EJE II	
EJE III	Fibromialgia
EJE IV	
EJE V	EEAG=70

- **Caso 40.** Mujer de 41 años, con 17 años de matrimonio, sin hijos. Vivía en casa propia con su esposo, tenía escolaridad superior y había trabajado por 15 años en la misma dependencia gubernamental. Provenía de una familia nuclear disfuncional

por alcoholismo del padre, fallecido hacía 5 años, describió una relación cordial pero poco cercana con su madre y 7 hermanos vivos. Había permanecido 10 años en tratamiento psiquiátrico con antidepresivos por insomnio y cefalea tensional, con ligera respuesta. Recientemente presentó vértigo y lo relacionaba con insatisfacción laboral y deseos de renunciar, explicó que cumplía con sus tareas, sin disfrutarlas, pero tenía constantes fricciones con su nuevo jefe. Asistió a tres sesiones de diagnóstico, se estableció buena comunicación, pero canceló la cuarta con el argumento de una fuerte infección y no se reportó más.

DIAGNOSTICO MULTIAXIAL	
EJE I	Trastorno por dolor asociado a factores psicológicos
EJE II	
EJE III	
EJE IV	
EJE V	EEAG= 65 (actual)

- **Caso 41.** Paciente de 54 años, casada, con escolaridad básica y dedicada al hogar asistió a siete sesiones de orientación y contención por recomendación de su médico general, quien sospechaba la contribución de factores psicológicos a sus síntomas gastrointestinales (episodios aislados y espaciados de vómito y diarrea, a los que luego se agregó el autoreporte de pérdida de peso -incompatible con lo observado). Se estableció el diagnóstico de trastorno somatomorfo indiferenciado, aunque persistió la duda sobre la exageración voluntaria de las manifestaciones. No se estableció un esquema de sesiones fijas porque vivía en un municipio cercano a la ciudad, asistía por lo general cada 15 días, en coincidencia con sus consultas o estudios médicos. Tenía 5 hijos casados y 12 nietos, vivía con

su esposo, que se había jubilado recientemente. Para la paciente esta convivencia resultaba incómoda y con frecuencia iniciaba fricciones porque en sus 38 años de casados por lo general habían vivido separados (su esposo trabajaba en poblaciones alejadas, poco propicias para la crianza de sus hijos). Era una mujer abierta y moderadamente sociable, activa, planeaba establecer con una nuera un negocio de abarrotes. La paciente dejó de solicitar consulta cuando se intentó analizar las ventajas que sus síntomas físicos le reportaban (su esposo accedía a traerla a la ciudad, eludía la convivencia con su familia política).

DIAGNOSTICO MULTIAXIAL	
EJE I	Trastorno somatomorfo indiferenciado (diagnóstico provisional), vs simulación
EJE II	
EJE III	Enfermedades del aparato digestivo
EJE IV	
EJE V	EEAG= 85 (actual)

- **Caso 42.** Mujer de 55 años, casada, con escolaridad media básica y dedicada al hogar. Tenía dos hijos de 20 y 19 años, ambos estudiantes universitarios irregulares, que realizaban trabajos eventuales; refirió buena relación con ellos, quienes se ocupaban del manejo de casa (que ella no podía realizar por sus síntomas físicos). Fue canalizada a evaluación psicológica por su médico general al referirle fallas de memoria, dificultades de concentración y cefalea. Siguió varios tratamientos psiquiátricos en el pasado y lo había reiniciado recientemente. Era usuaria frecuente del servicio de urgencias, al que llegaba con crisis hipertensivas después de discusiones fuertes con su esposo (por múltiples episodios de infidelidad). Las pruebas psicológicas no corroboraron los déficits cognitivos reportados ni sugirieron daño orgánico (mini mental, Bender). Su reactividad afectiva era

acorde al contenido del relato de una niñez difícil al lado de una madre que describió como violenta e inestable, con diversas parejas, pero la descripción de sus quejas físicas no se acompañaba de inquietud o preocupación, tampoco el recuento de las fricciones con su esposo, que relataba con hastío. La paciente tenía buena relación con seis medias hermanas paternas, dos hermanas carnales y tres medios hermanos maternos (otros tres fallecieron durante la infancia), todos vivían en diferente ciudad pero los visitaba con cierta regularidad (pasaba con ellas de dos a tres vacaciones de aproximadamente quince días, cada año). Asistió a consultas psicológicas semanales durante tres períodos con duración aproximada de 2 meses, cada uno (las interrupciones ocurrían cuando después de alguna pelea con su esposo pasaba una temporada de visita con sus hermanas), fue participativa y se beneficiaba de la abreacción, pero no se señaló el componente psicológico de su malestar físico y tampoco pudo dilucidarse su participación en la exacerbación de sintomatología física (v.g toma irregular de medicamentos o falta de apego a la dieta). Durante la intervención, se buscó redireccionar la atención de la paciente hacia alternativas realistas de cambio, con buena respuesta inicial pero pronto regreso a patrones desadaptativos.

DIAGNOSTICO MULTIAXIAL	
EJE I	Distimia (del criterio B: 2 al 6) Trastorno somatomorfo indiferenciado (vs. trastorno facticio mixto)
EJE II	Trastorno de la personalidad por dependencia (criterios 1, 2, 4, 5 y 8)
EJE III	Hipertensión Diabetes (ambas de difícil control)
EJE IV	
EJE V	EEAG= 60

- **Caso 43.** Una paciente de 49 años asistió a una consulta por indicación de su endocrinólogo, aunque expresaba resistencias hacia la intervención psicológica. Describió sintomatología ansiosa vaga (palpitaciones, miedo). Durante los últimos 10 años visitaba con frecuencia mensual a diversos especialistas (endocrinólogo, cardiólogo, internista, psiquiatra), para control y prevención, sin un diagnóstico definido ni mejoría sintomática. Vivía con su esposo de 56 años en un municipio cercano a la ciudad, tenía cuatro hijos entre los 30 y los 25 años, todos vivían independientes. La relación con su esposo era estable pero expresó insatisfacción por su estilo explosivo y pobre interés en ella. Describió su estado de salud como bueno hasta los 40 años, cuando sufrió una "crisis nerviosa" que, de acuerdo a su descripción, podría haber sido un episodio depresivo mayor que remitió con tratamiento psiquiátrico, éste coincidió con la etapa en que sus hijos dejaron la casa parental para estudiar fuera. En la actualidad su vida social era escasa y se ocupaba del manejo de casa, que le resultaba rutinario. No se identificó franca sintomatología depresiva o ansiosa y ante su escasa motivación hacia la intervención psicológica, se reforzaron las estrategias que intuitivamente había desarrollado cuando comenzó la etapa del nido vacío (menor autoexigencia en las actividades de casa, mayor cercanía con sus padres) y se dejó abierta la posibilidad de iniciar tratamiento en un futuro. La atención médica representaba la posibilidad de salidas esporádicas, socialmente aceptadas.

DIAGNOSTICO MULTIAXIAL	
EJE I	Trastorno somatomorfo indiferenciado
EJE II	
EJE III	
EJE IV	
EJE V	EEAG=81

- **Caso 44.** Mujer de 52 años, casada, con estudios de enfermería y dedicada al manejo de casa. Tenía 3 hijos entre los 26 y los 20 años (un varón y dos mujeres), solteros, estudiantes universitarios. Su esposo, de la misma edad que ella, tenía un negocio propio (distribuidora de productos) y pertenecían a la clase media. Recibía medicación psiquiátrica por depresión, tenía obesidad y diabetes, era irregular en sus consultas y alternaba entre varios especialistas (endocrinólogo, cardiólogo, internista). Relató que dejó de trabajar como enfermera 18 años antes, por presión de su esposo, para dedicarse a la crianza de sus hijos. Se describió como eficiente en esta actividad, así como en el manejo de casa, pero no se detectaron elementos en el discurso que reflejaran satisfacción al realizarla. Con frecuencia emprendía negocios de venta directa entre sus amistades, con malos resultados económicos. Se inició intervención psicológica reeducativa, con periodicidad semanal. La paciente asistió a psicoterapia con aceptable regularidad durante 12 meses, se estableció una buena comunicación y clima de trabajo, era participativa y recibía los señalamientos, pero no los incorporaba a su esquema mental. A lo largo de este período no se observó mejoría sintomática ni desarrolló mayor capacidad de introspección. Su discurso se centraba alrededor del resentimiento hacia su esposo, con quien compartía actividades cotidianas agradables, pero al que describía como distante y

poco agradecido. El estado afectivo de la paciente estaba ligado a las eventualidades de la relación con su esposo, la relación con sus hijos era cordial, les prestaba atención pero no había intimidad. La paciente decidió interrumpir el tratamiento argumentando motivos económicos.

DIAGNOSTICO MULTIAXIAL	
EJE I	Trastorno somatomorfo indiferenciado
EJE II	
EJE III	Diabetes, obesidad
EJE IV	
EJE V	EEAG=61

- **Simulación** (los perfiles MMPI-2 se muestran en las figuras 6, 7 y 8)

Caso 30. El coordinador del servicio médico de una empresa solicitó la valoración psicológica de uno de sus empleados para determinar si estaba en condiciones de reincorporarse al trabajo. El paciente fue informado del objetivo, características de la evaluación y manejo de los resultados, externó su consentimiento. Se trataba de un varón de 35 años, casado, con 3 hijos en edad escolar, con formación técnica y que 15 años antes había ingresado como obrero a esta empresa. Cuatro meses antes de la valoración tuvo un gesto suicida en su centro de trabajo (estando con un compañero, amenazó con arrojarse a una trituradora) y fue canalizado al IMSS para recibir atención psiquiátrica, desde esta fecha había estado incapacitado y se reportaba buena respuesta al tratamiento, por ello indicaron reincorporarse a su empleo, pero el médico de la empresa deseaba determinar el riesgo de que reintentara

y consumara suicido en el centro de trabajo. Durante la entrevista, el paciente denotaba cuidadoso arreglo personal y relató con escaso correlato afectivo problemas conyugales serios por infidelidad de su esposa, que en los últimos meses lo llevaron al gesto suicida ya relatado, un intento por ingesta de 6 pastillas (ansiolítico) y constantes amenazas autolesivas. Su discurso era prolijo, emitido en lenguaje de velocidad aumentada, resaltaba sus desventajas (problemas de salud en general, trato injusto por parte de su esposa, "lejanía" de su lugar y familia de origen, a quienes extrañaba). El análisis de sus antecedentes personales no reveló datos relevantes para la manifestación afectiva.

Se aplicaron los reactivos necesarios para perfilar las escalas clínicas, se obtuvo una configuración "fingirse mal" en las escalas de validez ($F=T91$, $F-K=10$ y $F_{psic}=T80$ -por prorratio-) y un código 2 7 8, característico de sujetos que experimentan elevados niveles de tensión emocional y tienen un estilo de vida esquizoide, pesimistas, evitativos, con pobres habilidades sociales (Graham, 2006). El reporte proporcionado al médico fue:

Resultados: Al momento de esta evaluación, X presenta sintomatología ansiosa, que predomina sobre la depresiva. Ambas se encuentran en niveles clínicos, para los cuales recibe atención a través del tratamiento farmacológico, sin embargo, se detecta escasa comprensión y motivación para enfrentar y resolver los problemas que dieron lugar a la crisis familiar. X tiende a sobre reportar malestar y es necesario brindarle orientación para que tome responsabilidad sobre su mejoría. Permanece la ideación suicida y la posibilidad de que realice gestos o intentos de este tipo, la probabilidad de consumarlo es de moderada a baja.

Conclusiones:

1. Es recomendable que X se reintegre al trabajo (que es una de sus áreas personales libre de conflicto), para lo cual debe prestarse atención al horario de ingesta de la benzodiacepina que está utilizando. Resultaría útil que sus horarios laborales permanecieran estables por al menos 6 meses, ya que esto favorecería su productividad.
2. Se sugiere que el esquema de trabajo psicoterapéutico siga una línea cognoscitivo-conductual, aportando a X estrategias adaptativas de solución de conflictos y **habilidades de comunicación interpersonal**.

Impresión diagnóstica:

1. Trastorno de la personalidad por evitación
2. Sintomatología depresiva (riesgo suicida medio a bajo)

DIAGNOSTICO MULTIAXIAL	
EJE I	Simulación
EJE II	Trastorno de la personalidad por evitación
EJE III	
EJE IV	
EJE V	EEAG=55

- o **Caso 31.** Una mujer de 42 años asiste a una consulta que fue solicitada por una amiga y colega. Estaba casada, tenía dos hijos en edad escolar y un bebé de un año. Refirió que los tres embarazos fueron de alto riesgo y debido a problemas físicos requería de apoyo para su cuidado (contaba con servicio doméstico en horario completo -12 hrs al día-). Era médica especialista y por 18 años trabajó en un hospital público. Tenía antecedente de períodos de incapacidad por luxaciones y otros accidentes de trabajo. Recientemente había sido operada de la columna y estaba solicitando incapacidad permanente, su queja central era dolor permanente (que no respondía a medicamentos ni rehabilitación). Su actitud durante la entrevista era de displicencia, aportaba información completa pero su interés era

escaso, entre sus antecedentes personales destacó un período en su infancia de invalidez temporal (“por seis meses no pude caminar por una infidelidad de mi papá”) y frecuentes enfermedades que ameritaban inasistencia escolar prolongada. La entrevista inicial fue la única, dejó de asistir, su duración fue de alrededor de 75 minutos, tiempo en el que mantuvo posición sedente sin signos de incomodidad o malestar.

DIAGNOSTICO MULTIAXIAL	
EJE I	Simulación
EJE II	Probable trastorno de personalidad
EJE III	
EJE IV	
EJE V	EEAG= 55 (restricción notable de actividades familiares, laborales y sociales)

- **Caso 32.** Un joven de 24 años, soltero, fue llevado a valoración por sus padres, debido a que recientemente sufrió el robo sin violencia de una fuerte cantidad de dinero mientras atendía el negocio familiar, no se había dado con los responsables y la policía externó dudas sobre la veracidad del reporte. Tenía escolaridad media básica, en varias ocasiones inició y desertó de preparatoria, sin concluirla. Había tenido empleos no calificados por breves períodos de tiempo. A 15 días de ocurrido el incidente, dijo a sus padres sentirse muy deprimido. Durante la valoración, no se detectaron signos o síntomas afectivos, a pesar de un interrogatorio propositivamente detallado sobre esta área. Se decidió la aplicación del MMPI-2, su velocidad de respuesta fue lenta, la configuración de escalas de validez indicó la posibilidad de exageración de síntomas, misma que se corroboró con la escala

$F_{psic}=T99$. No se realizó retroalimentación de resultados, los padres cancelaron la sesión porque el muchacho partió a EEUU, ya que un familiar le invitó a pasar una temporada para "reestablecerse del susto".

DIAGNOSTICO MULTIAXIAL	
EJE I	Simulación
EJE II	Probable trastorno de la personalidad
EJE III	
EJE IV	Robo (15 días antes)
EJE V	EEAG=81

- **Caso 33.** Un hombre de 41 años, soltero, con escolaridad media básica fue valorado en repetidas ocasiones a solicitud de su médico psiquiatra, estaba en tratamiento por alcoholismo y abuso de drogas, también era usuario frecuente del servicio de urgencias por accidentes sufridos en casa o en el trayecto al trabajo. En el perfil de personalidad fue válido, se detectó una configuración general "fingirse mal", pero los indicadores no fueron concluyentes ($F-K=2$ y $F_{psic}=T77$). El código de escalas clínicas 4 6 que obtuvo se observa en sujetos autoindulgentes y egocéntricos, con tendencia a ser demandantes y dificultades en la interacción social, particularmente con el sexo opuesto.

DIAGNOSTICO MULTIAXIAL	
EJE I	Simulación Dependencia y abuso de alcohol
EJE II	Trastorno antisocial de la personalidad
EJE III	
EJE IV	
EJE V	EEAG=60

Asistió a varias sesiones de orientación, se mostraba complaciente, interesado por que se hiciera constar en su expediente su apego al tratamiento, sin embargo, excepto su autoreporte, no había otros parámetros para corroborarlo (vivía solo, tenía frecuentes períodos de incapacidad laboral, no se realizaban exámenes de laboratorio para uso de sustancias). No se logró establecer colaboración con el médico psiquiatra, quien insistía en solicitar psicoterapia de apoyo a pesar del diagnóstico referido.

- **Caso 34.** Por solicitud de su médico psiquiatra, se realiza la evaluación psicológica de una mujer de 32 años, casada, con escolaridad básica y dedicada al manejo de casa. Tenía 5 hijos con edades entre 14 y 6 años. Estaba en tratamiento farmacológico por manifestaciones depresivas que habían iniciado en los meses previos, a raíz de problemas conyugales por infidelidad de su esposo, describía anhedonia, irritabilidad, llanto fácil, desesperanza, sin embargo, no habían interferido con el desempeño de sus funciones y variaban selectivamente. Se aplicó el MMPI-2, la paciente comprendió las instrucciones y los reactivos, respondió de manera consistente (INVAR E INVER), resultó inválido por exageración de sintomatología (F=T108, F-K=20, F_{psic}=105). La paciente no se presentó a la sesión de retroalimentación de resultados.

DIAGNOSTICO MULTIAXIAL	
EJE I	Simulación
EJE II	
EJE III	
EJE IV	
EJE V	EEAG=80

- **Caso 35.** Una paciente fue canalizada a valoración psicológica por su médico general, ya que solicitaba incapacidad permanente (cuenta con servicio de salud subrogado, como prestación laboral). Era una mujer de 40 años, con escolaridad media superior y por 18 años había trabajado como secretaria en la misma empresa, era madre soltera de un adolescente de 13 años. En los últimos meses su rendimiento laboral había sido deficiente, con frecuentes períodos de incapacidad, estaba en tratamiento psiquiátrico desde hacía un año por intento de suicidio (de baja letalidad). La paciente fue informada del objetivo, características de la evaluación y manejo de los resultados, externó su consentimiento. Informó que vivía con su madre, en la casa de ésta, al igual que un hermano y su familia (esposa y tres hijos), las relaciones eran disfuncionales y violentas. Entre sus antecedentes destacaron: experimentación con drogas y alcohol durante su juventud (negó uso actual), vida social activa, múltiples relaciones de pareja breves e intensas. Estaba poco involucrada en la supervisión de su hijo. Se aplicó el MMPI-2, la paciente comprendió los reactivos y las instrucciones, respondió de manera consistente (INVAR E INVER), pero el perfil resultó inválido por exageración de sintomatología: $F-K=10$, $F_{psic}=97$. La paciente no se presentó a la entrevista de retroalimentación de resultados.

DIAGNOSTICO MULTIAXIAL	
EJE I	Simulación
EJE II	Trastorno límite de la personalidad
EJE III	
EJE IV	
EJE V	EEAG=60

- **Caso 36.** Una paciente de 44 años solicitó intervención psicológica por recomendación de su médico psiquiatra, quien la atendía por depresión. Estaba casada y tenía dos hijos adolescentes, estudiantes. Su esposo radicaba fuera de la ciudad desde hacía 10 años, por motivos laborales, lo veía dos veces al año pero se comunicaban telefónicamente con frecuencia; su relación se caracterizaba por desacuerdos y constantes conflictos alrededor de la economía. Ella había tenido varios trabajos, de los recientes había renunciado por malos tratos. Seis meses antes fue contratada como secretaria y nuevamente sintió hostilidad por parte de compañeros de trabajo, con frecuencia solicitaba y conseguía días libres por sintomatología depresiva o para atención médica de la misma. Se aplicó el MMPI-2, lo resolvió de manera consistente (INVAR e INVER) pero el perfil resultó inválido por exageración de sintomatología (F=105, F-K=15, $F_{psic}=89$). Durante la entrevista de retroalimentación continuó argumentando su imposibilidad para continuar trabajando y solicitaba un justificante laboral, no aceptó el señalamiento de la exageración voluntaria de sintomatología, ni una intervención dirigida a incrementar sus habilidades de automanejo.

DIAGNOSTICO MULTIAXIAL	
EJE I	Simulación
EJE II	Trastorno de la personalidad por dependencia
EJE III	
EJE IV	
EJE V	EEAG=55 (actual)

Índice de tablas

Tabla 1	Casos reportados en la literatura: Frecuencia de presentación por categoría diagnóstica	92
Tabla 2	Casos reportados en la literatura: Estado civil	92
Tabla 3	Casos reportados en la literatura: Ocupación	93
Tabla 4	Casos reportados en la literatura: Métodos por los cuales se conoció la formulación facticia de síntomas	94
Tabla 5	Análisis de casos clínicos: Prevalencia de engaño por grupo de edad	97
Tabla 6	Análisis de casos clínicos: Diagnósticos en los casos de engaño	99
Tabla 7	Prevalencia de trastornos facticios, somatomorfos y simulación	100
Tabla 8	Subescalas Harris-Lingoes para las escalas 3, 4 y 6 (caso clínico)	113

Índice de figuras

Figura 1	Tipo de engaño	97
Figura 2	Indicadores de engaño durante entrevistas	98
Figura 3	Perfiles de escalas clínicas MMPI-2, trastornos facticios	102
Figura 4	Perfiles de escalas suplementarias, trastornos facticios	103
Figura 5	Perfiles de escalas de contenido, trastornos facticios	103
Figura 6	Perfiles de escalas clínicas, simulación	104
Figura 7	Perfiles de escalas suplementarias, simulación	105
Figura 8	Perfiles de escalas de contenido, simulación	105
Figura 9	Perfil de escalas clínicas, caso clínico	111
Figura 10	Perfil de escalas suplementarias, caso clínico	115
Figura 11	Perfil de escalas de contenido, caso clínico	115
Figura 12	Interacción dinámica de factores en el trastorno facticio	128
Figura 13	Perfil de escalas de clínicas, caso 38 (somatomorfo)	162
Figura 14	Perfil de escalas suplementarias, caso 38 (somatomorfo)	162
Figura 15	Perfil de escalas de contenido, caso 38 (somatomorfo)	163