

Artículo original

# Síndrome de Munchausen: cuadro clínico, diagnóstico diferencial y una propuesta de tratamiento

José Ramón Comas,<sup>1</sup> Víctor Vázquez<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Hospital General de Acapulco, Guerrero.

<sup>2</sup>Facultad de Psicología, UNAM, México, D.F.

## Resumen

El síndrome de Munchausen (SM) es un enigmático trastorno mental en el que la persona se provoca a sí misma los síntomas, para asumir el rol de enfermo. El objetivo de este trabajo es presentar una visión general de este trastorno, para que el lector (médico) pueda diagnosticarlo e iniciar el tratamiento. Se hace una introducción del SM, se describen los criterios diagnósticos y se hace hincapié en el diagnóstico diferencial, ya que puede ser fácilmente confundido con otros trastornos mentales, como el somatomorfo, la simulación y los trastornos psicósomáticos. Se analiza cuál podría ser el mejor abordaje psicoterapéutico del SM, y concluimos que el abordaje psicoterapéutico indirecto podría dar mejores resultados que la confrontación directa.

**Palabras clave:** *Síndrome de Munchausen, simulación, psico-neurosis.*

## Summary

Munchausen's Syndrome (MS) is an enigmatic mental disorder in which the patient creates his own symptoms because he wants to play the role of a patient. The main features of MS, are reviewed so the general practitioners can recognize it and start the treatment. It is very important to make the differential diagnosis, specially with simulation and psychosomatic patients. We strongly recommend that the psychotherapeutic approach should be done through an indirect way rather than confronting directly the patient.

**Key words:** *Munchausen's syndrome, indirect simulating, psychoneurosis.*

## Introducción

El síndrome de Munchausen (SM) es uno de los trastornos mentales más enigmáticos que se puede encontrar en la práctica médica, ya que la persona que padece este síndrome se provoca a sí mismo los síntomas con el objetivo inconsciente de actuar el rol de enfermo, realiza múltiples visitas e internamientos a clínicas y hospitales, y cuando es descubierto el engaño, desaparece del hospital para seguir su peregrinar por otros hospitales. Este síndrome pertenece al grupo de los trastornos ficticios de acuerdo al DSM-IV-TR.<sup>1</sup>

El objetivo del presente trabajo es el de hacer una breve presentación general de este trastorno, que incluye: pautas para el diagnóstico, diagnóstico diferencial, algunos ejemplos de casos en diversas especialidades médicas, y una propuesta del tratamiento psicoterapéutico.

## Definición del nombre

El término de “Síndrome de Munchausen” fue acuñado por Asher, en 1951, quien lo tomó de la obra de Rudolf Eric Raspe, publicada en 1784, “Baron Munchausen’s Narrative of his Marvelous Travels and Campaigns in Russia”. En este libro se describen las aventuras increíbles de un oficial alemán que relata gestas heroicas y exageradas difíciles de concebir. Por la descripción fantástica, exagerada, irreal, de sus aventuras, Asher hace un símil que lo aplica a estos enfermos, quienes suelen tener explicaciones

inadecuadas, exageradas, inconsistentes, acerca de sus padeceres.<sup>2</sup> Estos pacientes también son conocidos como: “adictos al hospital” y “paciente profesional”.

## **Diagnóstico**

Los trastornos ficticios se caracterizan porque el paciente, inconscientemente, elabora signos o síntomas para ser considerado como “enfermo” o como “paciente”. El paciente simula, inconscientemente, enfermedades físicas y/o mentales para asumir el papel de enfermo. El paciente sólo pretende desempeñar el papel de enfermo por los beneficios psicológicos que ello implica. Tal y como lo describió una paciente: “*era la forma en que la gente se preocupara y me cuidara y mostrara interés por mí*”. Estos enfermos suelen explicar su historia médica con aire dramático, pero cuando el médico intenta precisar los detalles, las respuestas suelen ser vagas e inconsistentes. Lo más común es que describan sus síntomas mintiendo en forma patológica en relación a su biografía y enfermedad. Es interesante hacer notar que un porcentaje importante de los pacientes son trabajadores de la salud (enfermeras, terapistas, etc.) y por lo tanto tienen ciertos conocimientos médicos y facilidad para intentar engañar. Nunca se oponen a que se les realicen exámenes de laboratorio y gabinete que puedan ser dolorosos o peligrosos, a terapias agresivas o a múltiples cirugías, como se ejemplificará en los casos clínicos, o bien solicitan continuamente estos estudios. Cuando el médico les dice que no ha encontrado alguna enfermedad, entonces suelen cambiar de síntomas. Por lo general, cuando son descubiertos y confrontados, y se les dice que están mintiendo, reaccionan con hostilidad y enojo, abandonan el hospital, e inician el mismo ciclo en otra institución. Los ciclos se repiten y es común que hayan estado en muchos hospitales, sanatorios y clínicas. Es notorio que estos enfermos, a pesar de estar largo tiempo en los hospitales, suelen estar solos, sin familia y sin amigos. Algunos autores han intentado calcular el costo económico que representan estos enfermos y son cifras impactantes. Powell y Boast han calculado que un solo paciente con SM le costó al sistema de salud inglés un millón de dólares.<sup>3</sup>

De acuerdo a los criterios diagnósticos de la Asociación Psiquiátrica Americana, en el DSM-IV-TR, se establecen los siguientes criterios para hacer el diagnóstico de trastornos ficticios:

- A. Fingimiento o producción intencionada de signos o síntomas físicos o psicológicos.
- B. El sujeto busca asumir el papel de enfermo.
- C. Ausencia de incentivos externos para el comportamiento (p. ej., una ganancia económica, evitar responsabilidad legal, o mejorar el bienestar físico, como en la simulación).

*Especificar el tipo:*

- Trastornos ficticios con predominio de los signos y síntomas psicológicos.
- Trastornos ficticios con predominio de los signos y síntomas físicos.
- Trastornos ficticios con signos y síntomas psicológicos y físicos.

En cuanto a la clasificación, algunos autores no están de acuerdo en hacer las distinciones de subgrupo porque, a través del tiempo, el mismo paciente puede exhibir diferentes presentaciones. En una etapa podrían presentarse los síntomas físicos y en otra los síntomas psicológicos, siendo la forma más común la combinada.

## **Casos clínicos**

### **Dermatología:**

En esta especialidad al síndrome de Munchausen se le conoce como dermatitis artificial. Tlacuilo y cols.<sup>4</sup> reportan el caso de una mujer, de 28 años, atendida por presentar una úlcera hemorrágica, de tres años de evolución, en la rodilla izquierda, que provocó un síndrome anémico por sangrado. Había estado hospitalizada en 21 ocasiones, habiendo recibido 73 paquetes globulares, que son aproximadamente 18 L. Los autores decidieron inmovilizar y cubrir la lesión, confrontar a la paciente, quien reconoció haberse estado lesionando con diversos objetos (tijeras, lápices, uñas, etc.) y perpetuar el sangrado con la ingestión de salicilatos. Con la psicoterapia evolucionó bien durante el año de seguimiento.

### **Nefrología:**

Gluckman y Stoller<sup>5</sup> refieren tres casos: A) Un hombre de 45 años, quien llegó a un servicio de urgencias con un dolor en flanco izquierdo y hematuria severa. El paciente tenía una larga historia de nefrolitiasis requiriendo múltiples procedimientos, culminando con nefrectomía derecha, litotripsia extracorpórea y nefrolitotomía percutánea izquierda. El paciente no podía recordar el nombre del médico tratante y cuando se investigó en la clínica por él referida no lo tenían registrado. Se le realizaron estudios sanguíneos, pielogramas, tomografías, angiografías renales y nunca se pudo demostrar la causa de la hematuria. El paciente fue egresado y no regresó a consulta. Tres semanas después fue visto en otro hospital por los mismos síntomas y cuando se le confrontó por la última hospitalización, la negó y por la tarde se fue del hospital sin avisarle a las enfermeras. B) Mujer de 27 años, enfermera, con historia clínica de enfermedad renal, recibiendo diversos tratamientos médicos y quirúrgicos. Tenía abuso de analgésicos narcóticos. C) Masculino de 27 años con nefrolitiasis intratable de tres años de evolución. Refería abuso de narcóticos. Este paciente reconoció el haberse estado insertando piedras en su uretra y vejiga y tener adicción a los analgésicos narcóticos. Comentan los autores que los cólicos renales con hematuria son la forma más frecuente de presentación, ya que son los más fáciles de reproducir por los pacientes.

#### **Neumología:**

Roethe y cols<sup>6</sup> reportan tres casos: A) Una estudiante de terapia respiratoria quien simulaba tener insuficiencia respiratoria a quien se le practicó traqueostomía y respiración ventilatoria asistida prolongada, y en quien se descubrió que a través de la traqueostomía se introducía diversos materiales para provocarse los síntomas. B) Una enfermera con lesiones en la piel de los miembros inferiores a quien inicialmente se le diagnosticó lupus eritematoso, y posteriormente presentó hemoptisis recurrente. En una de las revisiones le descubrieron cortes en la parte posterior de la lengua y ella aceptó que se las producía con una hoja de rasurar para producirse el sangrado. También confesó que las lesiones en las piernas se las había producido inyectándose leche.

Baktari y cols<sup>7</sup> reportan el caso dramático de un hombre negro de 36 años con hemoptisis y dolor torácico quien había sido hospitalizado en otros hospitales, en 23 ocasiones con los mismos síntomas. En su revisión los autores comentan de otros once casos de hemoptisis ficticia; siendo adultos jóvenes, 7 mujeres y 4 hombres, el 30% de ellos trabajadores de la salud y en siete de ellos se identificó el mecanismo para autoinducirse las lesiones que produjeron la hemoptisis. Rusakow y cols<sup>8</sup> describen un caso de hemoptisis en una mujer de 19 años, quien utilizaba una mezcla de iodine y champú, para simular la hemoptisis. Bernstein y cols.<sup>9</sup> describen el caso de una mujer, de 19 años, deportista, que presentaba asma potencialmente letal y episodios sincopales.

#### **Caso con síntomas físicos y psiquiátricos:**

Sussman y cols<sup>10</sup> reportan el caso de una mujer blanca de 43 años con los siguientes antecedentes: amigdalectomía, apendicectomía, ooforectomía, colecistectomía, exploración de las vías biliares y laminectomía cervical. Tenía problemas por el abuso de alcohol y en un año se le realizaron: esplenectomía, vagotomía, gastrectomía subtotal e histerectomía. También había sido internada en varios hospitales psiquiátricos con los siguientes diagnósticos: síndrome de Munchausen, abuso de alcohol, depresión mayor, depresión neurótica, trastorno esquizoafectivo, trastorno límite de la personalidad, y trastorno antisocial de la personalidad. Había presentado gastritis alcohólica y síndrome de abstinencia al alcohol. Posteriormente presentó una crisis convulsiva probablemente secundaria al síndrome de supresión alcohólica y hepatitis B. En cuanto se le decía que iba a ser egresada del hospital amenazaba con suicidarse. Al 4º mes del internamiento aceptó ser egresada, para regresar 12 horas después, alcoholizada y expresando ideas de suicidio. Durante el internamiento se le descubrió entrevistando a un paciente psiquiátrico para conocer sus síntomas y así poder simular una enfermedad mental. En una carta escribió: "He estado entrando y saliendo de los hospitales tantas veces, desde que era una niña, pero probablemente no he necesitado haber estado en la mitad de ellos pero....era la forma en que la gente se preocupara y me cuidara y mostrara interés por mí". Después de evolucionar favorablemente fue egresada, para regresar unos días después, por intentar quitarle la pistola a un policía para intentar suicidarse.

#### **Cancerología:**

Baile, Kuehn, Straker<sup>11</sup> reportan dos casos de pacientes que fabricaron sus síntomas y alteraron sus registros clínicos para convencer a otros que padecían de cáncer.

#### **Síndrome de Munchausen en niños y adolescentes:**

En los niños y adolescentes Libow<sup>12</sup> también se han reportado los siguientes trastornos: simulación de convulsiones, lesiones dérmicas autoinfligidas, fiebres ficticias, alteraciones de las muestras de laboratorio. Una adolescente de 12 años realizó cargos falsos de abuso sexual y físico. Conforme crecen de edad los niños, los síntomas se van haciendo más sofisticadas, como son el uso deliberado de esteroides, o el de un paciente lesionándose la piel y colocándole sustancias irritativas; otro adolescente de 15 años produciéndose inflamación crónica de articulaciones; uno más se ponía un torniquete en la muñeca para producirse edema; otro se inyectaba proteína de huevo en la vejiga; se describe el caso de un adolescente que fue hospitalizado en 15 ocasiones por enfermedades no existentes. Todas estas situaciones generan múltiples hospitalizaciones caras, con el uso extensivo de estudios de laboratorio y gabinete, así como de cirugías innecesarias hasta que son descubiertos.

#### **Misceláneos:**

Están reportados los siguientes diagnósticos en pacientes que después se confirmó que padecían solamente SM: hipercortisoluria, síndrome hemorragiparo, artritis, síndrome de Goodpasture, fiebre de origen desconocido, paniculitis, enfermedad de Hodgkin, leucemia mielógena aguda, cáncer del útero con metástasis, sarcoma osteogénico.

#### **Diagnóstico diferencial:**

El SM (y los trastornos ficticios en general) pueden ser confundidos con otros trastornos psiquiátricos, en particular con: 1. Los trastornos por simulación. 2. Los trastornos somatomorfos (trastornos de somatización y de conversión). 3. Los factores psicológicos que afectan a enfermedades médicas, mejor conocidos como enfermedades psicosomáticas.

1. **Simulación:** la simulación es la creación o exageración fraudulenta de síntomas. Según el DSM-IV-TR el paciente simulador “malingering” en inglés) conscientemente manifiesta sus síntomas porque así obtendrá una ganancia obvia como es: a) una incapacidad laboral temporal o definitiva, b) cobrar un seguro de gastos médicos, c) evitar acciones legales en las que está involucrado, d) obtener drogas ilegales, e) evitar el servicio militar o acciones militares peligrosas, f) obtener compensaciones económicas o una vivienda, etc.  
Prosiguiendo con este manual, el paciente tiene una motivación externa que lo lleva a simular o inventar sus síntomas, situación que no ocurre con los que tienen SM. Además existe: a) una marcada discrepancia entre el estrés o incapacidad sostenidos por el paciente y los hallazgos objetivos (exploración física, laboratorio y gabinete), b) carencia de cooperación durante la evaluación diagnóstica y respecto al cumplimiento del régimen de tratamiento prescrito. La simulación se agrupa dentro de “problemas adicionales que pueden ser objeto de atención clínica”. Para un ejemplo de simulación en el ambiente militar leer a Rabinowitz y cols.<sup>13</sup>
2. **Trastornos somatomorfos:** se caracterizan, de acuerdo al DSM-IV-TR, por “la presencia de síntomas físicos que sugieren una condición médica general, pero que no son totalmente explicados”; es decir el paciente tiene síntomas o trastornos físicos sin una base orgánica. A diferencia de los trastornos ficticios y de simulación, los síntomas no son voluntarios o intencionales. La clasificación de los trastornos somatomorfos está dada por: 1) Trastornos de somatización. 2) Trastorno somatomorfo indiferenciado. 3) Trastorno de conversión. 4) Trastorno de dolor. 5) Hipocondriasis. 6) Trastorno dismórfico corporal. Para una revisión de estos trastornos ver: Barlow y Durand 2001<sup>15,16</sup> Chorot y Martínez Narváez.<sup>17</sup>
  - a) Trastorno de conversión: antiguamente conocido como “histeria”, según el DSM-IV-TR comprende síntomas difíciles de explicar que afectan funciones motoras o sensoriales y que no son producidos conscientemente: parálisis de un miembro, afonía, ceguera, sordera, anestesia, etc.
  - b) Trastorno de somatización: se caracteriza por múltiples quejas físicas o somáticas como: a) al menos cuatro síntomas de dolor en sitios diferentes (cabeza, abdomen, espalda, etc), b) al menos dos síntomas gastrointestinales, c) al menos un síntoma sexual, d) al menos un síntoma pseudoneurológico. Son síntomas no intencionales.
  - c) Hipocondriasis: según el DSM-IV-TR “es el miedo a tener, o la idea de que se tiene, una enfermedad grave, aun cuando las evaluaciones físicas no revelan problemas orgánicos”. Estos pacientes tienen una tendencia a la autoobservación y una sensibilidad excesiva a las sensaciones corporales. Un dolor en el pecho suele ser interpretado como un infarto o un posible paro cardíaco; una cefalea puede ser interpretado como un tumor cerebral. En estos casos los síntomas no son voluntarios o intencionales. Para una revisión actualizada (incluyendo la psicoterapia) ver Botella y Martínez Narváez.<sup>17</sup>

3. **Trastornos psicológicos que afectan a enfermedades médicas** o enfermedades psicosomáticas, se refiere a “factores psicológicos que afectan una condición médica”. Este grupo no aparece en el DSM-IV-TR dentro de los 16 grupos de trastornos clínicos, sino en el rubro de: “otras condiciones que pueden ser el foco de atención clínica”. Son factores psicológicos que afectan una condición médica”, como un trastorno mental (depresión o ansiedad), síntomas psicológicos (tensión emocional), rasgos de personalidad (como un estilo de confrontación), etc., que afectan, producen o exacerban enfermedades como colon irritable, gastritis crónica, psoriasis, asma bronquial, etc. Igualmente en estos casos los síntomas no son voluntarios o intencionales. Para conocer más aspectos de estos trastornos podrá remitirse a la nueva disciplina de “Psiconeuroinmunología” Ader<sup>18</sup> y para una revisión de las enfermedades psicosomáticas desde la perspectiva de la psicología de la salud, ver a Brannon y Feist.<sup>19</sup>

## Tratamiento

Debido a la complejidad y a la pobre respuesta que presentan los pacientes con SM, así como al hecho de que huyen de los hospitales, se han intentado diversos tratamientos psicoterapéuticos. Básicamente consisten en dos aproximaciones: a) confrontación directa, b) confrontación indirecta.

La estrategia de confrontación directa se caracteriza por informar al paciente que se detectó el engaño, que sus síntomas son provocados y que tiene un trastorno mental llamado SM, y que por lo tanto se le va a dar tratamiento psiquiátrico. La constante en este tipo de confrontación directa es que el paciente abandone o huya del hospital, para no regresar jamás e irse a otro hospital, para continuar el mismo ciclo. En el mejor de los casos, acepta una terapia temporal y después la abandona, sin obtenerse mejoría.

La estrategia de confrontación indirecta, sin embargo, consiste en no decirle al paciente que se le descubrió, e iniciar tratamiento en forma “encubierta”, es decir dejarlo que relate su vida e historia, para ir conociendo todos aquellos eventos relacionados con la aparición y mantenimiento de la enfermedad. No se le confronta para decirle que está engañando a los médicos y enfermeras, sino que se trata de ganarse su confianza y se hace un acercamiento psicoterapéutico progresivo y lento. Paulatinamente el paciente será confrontado con el hecho de que simula su enfermedad, pero se tendrán más elementos clínicos psicoterapéuticos para darle el apoyo adecuado, para que no huya o abandone el tratamiento.

## Referencias

1. Asociación Americana de Psiquiatría. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, Texto revisado (DSMIV-RT). 1ª Ed. Barcelona. Masson, 2002.
2. Leamon M, Plewes J. Trastornos Ficticios y Simulación. Hales R, Yudofsky S, Talbott J. Tratado de Psiquiatría. 3ª Ed. Barcelona: Masson, 2001: 695-710.
3. Powell R, Boast N. The Million dollar man. Br J Psychiatry, 1993; 162: 253-256.
4. Tlacuilo J, Guevara E, Barrón E, Estrada M. Síndrome de Munchausen: reto al diagnóstico. Gac Med Mex 1999; 135: 177-181.
5. Gluckman G, Stoller M. Munchausen's Syndrome: Manifestation as renal colic. Urology 1993; 42: 347-350.
6. Roethe M, Fuller C, Byrd R, Stanford W, Fisk D. Munchausen's Syndrome with Pulmonary Manifestations. Chest 1981; 79: 487-488.
7. Baktari J, Tashkin D, Small G. Factitious hemoptysis adding to the differential diagnosis. Chest 1994; 105: 943-945.
8. Rusakow L, Gershan W, Bulto M, Szajnberg N. Munchausen's syndrome presenting as a cystic fibrosis with hemoptysis. Pediat Pulmonol 1996; 16: 326-329.
9. Berstein J, Dykewicz M, Histan O, Patterson R. Potentially fatal asthma and syncope. A new variant of Munchausen's syndrome in sports medicine. Chest 1991; 99: 763-765.
10. Sussman N, Borod J, Cancelmo J, Braun D. Single case study. Munchausen's syndrome: a reconceptualization of the disorder. J Nerv Ment Dis 1987; 175: 692-695.
11. Baile W, Kuehn C, Straker D. Factitious Cancer. Psychosomatics 1992; 33: 100-106.
12. Libow J. Factitious Disorders. Ollendick T, Bellack A, Hersen M. Comprehensive Clinical Psychology. Elsevier Science Ed. 1st, Oxford, 2001: 683-702.
13. Rabinowitz S, Mark M, Modai I, Margalit C. Malingering in the clinical setting: practical suggestions for intervention, Psychology Reports 1990; 67: 1315-1318.
14. Barlow D, Durand M. Abnormal Psychology. Thomson, Belmont, Cal. 2001.
15. Barlow D, Durand M. Psicología Anormal. Thomson, México, 2001.
16. Chorot P, Martínez NP. Trastornos somatoformes. Belloch A, Sandín B, Ramos F. Madrid, McGraw-Hill, 1995.
17. Botella C, Martínez NP, Cabeza de Vaca M. Tratamiento cognitivo conductual de la hipocondría. Caballo V. Manual para el tratamiento cognitivo conductual de los trastornos psicológicos. Vol I. Madrid Siglo XXI, 1997: 355-406.
18. Ader R, Felten D, Cohen N. Psychoneuroimmunology. San Diego, California. Academic Press, 2001.
19. Brannon L, Feist J. Psicología de la Salud. Madrid, Paraninfo, 2001.