

Reporte de caso

Pseudología fantástica: la necesidad de mentir

Erika Paola Galeano Salazar¹, Julián David Torres Plata¹

1. Residente de primer año de Psiquiatría (2022). Posgrado de psiquiatría ICSN – Clínica Montserrat, Universidad El Bosque (Bogotá, Colombia).

Correspondencia: jutopla@hotmail.com

Resumen

Introducción: La pseudología fantástica se presenta en aquellos pacientes que cuentan historias complejas donde los delirios parecen coexistir con las mentiras. Históricamente se ha asociado con el trastorno facticio, con la falsificación de signos o síntomas físicos o psicológicos y la presentación del yo como enfermo, discapacitado o lesionado en ausencia de recompensas externas obvias.

Objetivo: Presentar un caso clínico de pseudología fantástica cuya severidad sintomática llama la atención, por ser poco frecuente en la práctica clínica habitual.

Método: Reporte de caso y revisión de la literatura.

Resultado: Se presenta el caso de un adulto mayor con un cuadro clínico de larga data, con síntomas de inicio en la infancia, consistente en mentiras de forma compulsiva con contenidos extremos, funcionamiento aceptado por familiares y sin diagnóstico previo, hasta que empieza a ser severamente desadaptativo en los tres años previos a la consulta. Se expone el abordaje diagnóstico y el tratamiento intrahospitalario y ambulatorio.

Conclusiones: La pseudología fantástica es una presentación clínica psiquiátrica rara pero dramática. El pseudólogo puede tener elementos minusválticos y utiliza mecanismos de defensa primitivos. Establecer una alianza terapéutica puede ser un desafío con estos pacientes, por la reacción emocional que puede causar el engaño.

Palabras clave: pseudología fantástica, delirio, mentira, alianza terapéutica.

Summary

Introduction: Fantastic pseudology occurs in those patients who tell complex stories where delusions seem to coexist with lies. Historically it has been associated with factitious disorder, with the faking of physical or psychological signs or symptoms, and the presentation of the self as sick, disabled, or injured in the absence of obvious external rewards.

Objective: To present a clinical case of fantastic pseudology whose symptomatic severity draws attention, as it is rare in routine clinical practice.

Method: Case report and literature review.

Result: The case of an older adult with a long-standing clinical symptom is presented. With symptoms beginning in childhood, consisting of compulsive lies with extreme content, functioning accepted by family members and without previous

diagnosis, until it begins to be severely maladaptive in the three years prior to the consultation. The diagnostic approach and intrahospital and outpatient treatment are exposed.

Conclusions: Fantastic pseudology is a rare but dramatic psychiatric clinical presentation. The pseudologist may have low self-esteem elements and uses primitive defense mechanisms. Establishing a therapeutic alliance can be challenging with these patients because of the emotional reaction that deception it can cause.

Keywords: fantastic pseudology, delirium, lie, therapeutic alliance.

Introducción

Este término etimológicamente viene del griego «ψευδο» (pseudo) falso y del sufijo «logía» del griego «λογία» que indica estudio, tratado o ciencia, no existe definición estándar de esta entidad, pero se puede hacer referencia a pacientes que cuentan historias complejas donde los delirios parecen coexistir con mentiras (1).

Entre las características principales se encuentran el mentir/narrar historias crónicas que no están relacionadas o son desproporcionadas con respecto a cualquier beneficio objetivo claro; estas historias cualitativamente pueden ser dramáticas, detalladas, complicadas, coloridas y fantásticas; suelen presentar al pseudólogo como héroe o víctima y parecen estar orientadas a lograr aceptación, admiración y simpatía. En términos de perspicacia, el pseudólogo se encuentra en algún lugar a lo largo de un espectro entre el engaño consciente y la ilusión, no siempre consciente de sus motivos y pareciendo, al menos intermitentemente, creer en sus historias, pero nunca alcanzar el nivel de convicción que indicaría una pérdida de la prueba de la realidad (2).

Caso clínico

Presentamos el caso de un paciente masculino de 69 años de edad, con antecedentes de hipotiroidismo en suplencia, quien ingresa a nuestra institución presentando un cuadro clínico de larga data el cual consistente en decir mentiras de forma compulsiva, comportamiento que inicia desde los 6 años y que por la persistencia empezó a ser aceptado por familiares, comentando que realizó múltiples viajes en barco, cuando fue dueño de un restaurante se jactaba con sus amigos diciendo que pesaba a sus empleados para verificar si se robaban la comida del restaurante, las cuales se dan en contexto personal y laboral, progresivamente han generado dificultades económicas y de sus relaciones interpersonales, involucrando entes gubernamentales, y ocasionando deudas aproximadas de 600 millones de pesos, además de un embargo por parte de la DIAN, lo cual lleva a dificultar su dinámica familiar, sobre todo con su esposa y con el hijo.

Aproximadamente en la semana previa al ingreso por el servicio de consulta prioritaria, y luego de una confrontación por parte de la esposa, el paciente pre-

senta cuadro de ansiedad desbordante, lo cual se asocia con ideas sobrevaloradas de culpa y conductas heteroagresivas hacia objetos. Además, presenta aumento de consumo de alcohol, con frecuencia de dos veces a la semana, de predominio whisky, llegando intermitentemente a la embriaguez, realizándolo solo y en su hogar; y asociado presenta alteración del patrón del sueño, sobre todo en contexto de rumiación de ideas de culpa por lo que han ocasionado sus mentiras.

Dentro del cuadro clínico actual, el paciente no presenta alteraciones del patrón orexico, y respecto al patrón onírico presenta insomnio de despertar precoz, duerme aproximadamente 6 horas/noche, y presenta sensación de sueño no reparador. Niega ideas de muerte, niega ideas de suicidio, y de auto o hetero agresión.

El paciente previamente estuvo en manejo psicoterapéutico por Psiquiatría hace 16 años, con diagnóstico de "mitomanía", en tratamiento solo con psicoterapia dos veces por semana, durante dos meses, con posterior abandono sin recomendación médica, sin evidenciarse adherencia al tratamiento o respuesta parcial al seguimiento regular recibido.

Se consideró paciente con trastorno de hábitos y de los impulsos, en el contexto de un paciente con pobre conciencia de enfermedad, con red de apoyo desgastada, y con alteraciones en su funcionalidad, por lo cual recibió manejo intrahospitalario en nues-

tra institución por 9 días, iniciándose manejo farmacológico con Fluvoxamina 100 mg 1-0-0, y Quetiapina 25 mg 0-0-1, con acompañamiento psicoterapéutico por el grupo sindromático de afecto, realizando intervenciones psicoterapéuticas grupales, aclarando dudas sobre los síntomas, la enfermedad y el tratamiento. Se dan pautas de la identificación temprana de crisis y del manejo de estas. Se refuerza importancia sobre adherencia al tratamiento. Se evidencia mejoría clínica alcanzada para enfermedad, con afecto mejor modulado. No hay ideas de auto o de heteroagresión. Habla sobre la hospitalización y tratamiento, agradece. La Prospección está centrada en ayudarlo a su familia a resolver la situación compleja de deudas, y hace crítica parcial sobre las mentiras. Se indica manejo ambulatorio, continuar psicofármacos, y seguimiento por Psiquiatría, valoración por Neurología y realización de test de personalidad, además control por Medicina Interna.

Controles ambulatorios

Se encuentra en controles con tratantes tanto como parte clínica y psicoterapéutica, controles semanales, en manejo con fluvoxamina 100 mg 0-0-½. Sobre el proceso comenta "Ha sido traumáticas, por las situaciones que yo mismo cree, mis hijos y mi señora se han puesto a cargo de todo, he estado colaborando en lo que se pueda, con voz, pero no con voto, vamos paso a paso, cómo se organizan las cosas, se cumplen con las obligaciones y como se ve el panorama" con adecuado patrón de sueño y alimentario, retomando sus actividades laborales.

Nosología de pseudología fantástica en el DSM-5

Aunque la pseudología fantástica no está codificada en el DSM 5, históricamente se ha asociado con el trastorno facticio, que se define como la falsificación de signos o síntomas físicos o psicológicos y la presentación del yo como enfermo, discapacitado o lesionado en ausencia de recompensas externas obvias. El pseudólogo generalmente cuenta historias sobre una amplia gama de temas, algunos de los cuales no tienen ninguna relación con signos o síntomas físicos o psicológicos fingidos. Además, a veces puede haber recompensas externas obvias, como conseguir refugio o medicamentos; pero las historias están fuera de proporción con cualquier recompensa externa obvia (3).

En ocasiones se hace asociación con la simulación, que en el DSM 5, se define como “la producción intencional de síntomas físicos o psicológicos falsos o muy exagerados, motivados por incentivos externos como evitar el servicio militar, evitar el trabajo, obtener una compensación financiera, evadir el enjuiciamiento penal u obtención de drogas”. En general, la simulación se considera instrumental, calculada para un objetivo y “adaptativa” en ese sentido. Los cuentos psicológicos a menudo son cualitativamente demasiado dramáticos y coloridos para ser considerados adaptativos para adquirir un incentivo externo. Además, al igual que con el trastorno facticio, la simulación en el DSM 5 se centra en los síntomas físicos o psicológicos. Las mentiras o historias que no fueran sobre síntomas no estarían cubiertas (1,4).

El trastorno delirante u otros trastornos psicóticos son diagnósticos diferenciales, si un paciente tiene plena convicción en una historia irreal; sin embargo, las historias no son extrañas, el proceso de pensamiento del paciente está bien organizado y los relatos no alcanzan el nivel de convicción requerido para ser considerados una ilusión.

Además, se han descrito casos consistentes con la fenomenología de la pseudología fantástica con trastorno por uso de sustancias comórbido, retraso en el desarrollo, trastorno de género, trastorno de estrés postraumático, trastorno del estado de ánimo y personalidad.; estos pacientes también pueden presentar rasgos de trastorno límite, antisocial u otros trastornos de la personalidad. En el caso de nuestro paciente demostró varios rasgos de personalidad narcisista. Muchas de sus historias trataban sobre temas de grandiosos, logros profesionales, y se relacionaban con su vida financiera, destacando la necesidad de admiración y preocupación excesivas con una fantasía de éxito y poder ilimitados (4).

En resumen, el patrón crónico de narración que se observa en la pseudología fantástica no puede explicarse por completo mediante un único diagnóstico estándar del DSM 5 y, de hecho, puede presentarse en el contexto de múltiples diagnósticos del manual.

Proponemos que la pseudología fantástica sea vista como un constructo utilizado para describir un patrón particular de narración que cruza, pero no encaja perfectamente en múltiples categorías

diagnósticas, incluyendo el síntoma somático y los trastornos relacionados (trastorno facticio), la simulación y los trastornos psicóticos (trastorno delirante). Finalmente, los pacientes que presentan pseudología fantástica deben ser evaluados cuidadosamente para diagnósticos psiquiátricos comórbidos que incluyen trastornos por uso de sustancias, trastornos del estado de ánimo y trastornos de la personalidad (5).

Comprensión psicodinámica de pseudología fantástica

Desde una perspectiva psicodinámica, los cuentos psicológicos pueden conceptualizarse como manifestaciones de una constelación de defensas primitivas contra los afectos dolorosos que pueden verse en una variedad de trastornos psiquiátricos; ellos no sólo rechazan la realidad, sino que también crean activamente una nueva realidad que permite el cumplimiento de los deseos.

La disociación, la modificación temporal pero drástica de la identidad personal de uno para aliviar la angustia, es también una defensa distintiva de la pseudología fantástica. Se mueven entre el engaño consciente y el delirio, a veces creyendo sus cuentos mientras que otras veces es capaz de reconocer su mentira, demostrando así una cualidad disociativa (5) (6).

La función psíquica de la narración en pseudología fantástica no se centra en lograr una ganancia externa dirigida a un objetivo, sino más bien en la gratificación inherentemente ligada a la comunicación de la historia misma. Comunicar ensoñaciones pseudológicas como si

fueran la realidad cumple la función de aliviar al pseudólogo de las obligaciones de la vida real (6).

Tratamiento

Con pocos estudios de casos y ninguna investigación clínica sobre este tema, la estrategia de manejo óptima para los Pseudólogos sigue siendo controvertida y poco clara. Se han descrito dos vías posibles de interacción, siendo la primera confrontar al Pseudólogo con sus engaños, y la segunda mostrando desinterés en los cuentos, pero manteniendo el interés en el propio paciente (5).

El paciente "mentiroso" a menudo provoca frustración y resentimiento en sus proveedores, lo que puede llevar a los médicos a un tipo de confrontación punitiva procesal que solo puede llevar al paciente a ir a otro lado con el mismo comportamiento en lugar de cambiar el comportamiento. En la literatura sobre el trastorno facticio, un problema similar llevó a Hollender y Hersh a recomendar que el médico de atención primaria confronta al paciente para que el psiquiatra pudiera evitar el papel de acusación (5). De manera similar, Eisendrath propuso una "interpretación inexacta", donde la interpretación es parcialmente correcta pero incompleta, dirigida a la dinámica subyacente sin confrontar directamente los síntomas falsos. Su premisa detrás de la "interpretación inexacta" es que los comportamientos ficticios cumplen una función psicológica importante y que un paciente solo puede recuperarse de ellos si se siente seguro. Del mismo modo, es más probable que tenga éxito una interpretación que capte la dinámica subya-

cente del pseudólogo sin confrontar directamente las historias que un enfoque acusatorio (1) (6).

Conclusiones

La pseudología fantástica es una presentación clínica psiquiátrica rara pero dramática.

Proponer un plan de tratamiento psicoterapéutico y establecer una alianza terapéutica puede ser un desafío con estos pacientes, ya que el engaño fácilmente genera resentimiento entre quien provee el tratamiento.

Por esta dificultad para establecer la alianza terapéutica, el terapeuta puede catalogar el caso como pseudología fantástica y esto puede ser una expresión punitiva de ese resentimiento, generando que se puedan pasar por alto los trastornos psiquiátricos subyacentes que deben diagnosticarse y tratarse con precisión.

Replantear a un pseudólogo como un paciente con baja autoestima cuyos primitivos mecanismos de defensa crean una habilidad fluida para moverse entre

la realidad y la fantasía, puede aumentar nuestra capacidad para establecer una relación y tratar a estos pacientes desafiantes de una manera más apropiada.

Referencias

1. Thom R, Teslyar P, Friedman R. Pseudología Fantástica in the Emergency Department: A case report and review of the literature. *Case Reports in Psychiatry*. 2017;2017:1–5.
2. Korenis P, Gonzalez L, Kadriu B, Tyagi A, Udolisa A. Pseudología Fantástica: Forensic and clinical treatment implications. *Comprehensive Psychiatry*. 2015;56:17–20.
3. Frierson RL, Joshi KG. Implications of pseudología fantástica in criminal forensic evaluations: A review and case report. *Journal of Forensic Sciences*. 2017;63(3):976–9.
4. American Psychiatric Association, Diagnostic and statistical manual of mental disorders, American Psychiatric Association, Washington, DC, USA, 5th edition, 2017.
5. Birch CD, Kelln BR, Aquino EP. A review and Case report of Pseudología Fantástica. *Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*. 2006;17(2):299–320.
6. Eisendrath SJ. Factitious physical disorders. *Psychosomatics*. 1989;30(4):383–7.