

La mitomanía en la clínica actual. A propósito de un caso clínico

The mythomania in the actual clinic. About one clinical case

R. CASAS RIVERA (*) y M.^a L. ZAMARRO ARRANZ (**)

RESUMEN

Los autores hacen una breve revisión bibliográfica de la mitomanía o pseudología fantástica, abordando la delimitación del cuadro y diagnóstico diferencial, encuadre nosológico actual, motivaciones y posibilidades de tratamiento, para pasar a continuación a exponer un caso clínico estudiado por ellos en la Unidad de Hospitalización Breve del Hospital Psiquiátrico de Leganés.

ABSTRACT

The authors make a brief bibliographic review of the mythomania or pseudologia fantastica.

The clinical characteristics, the differential diagnosis, the actual nosological frame, and treatment implications of this disorder are discussed here.

We also describe a clinical case studied in the Brief Inpatient Unit of the Leganes Psychiatric Hospital.

PALABRAS CLAVE

Mitomanía. Pseudología fantástica. Trastorno de la personalidad.

KEY WORDS

Mythomania. Pseudologia fantastica. Personality disorder. Lying.

1. INTRODUCCION

La mitomanía o pseudología fantástica, que fue descrita a principios de siglo como una entidad clínica específica, ha quedado relegada en nuestros días a un síndrome o incluso a un síntoma, que en todo caso habría que incluir dentro de otra entidad nosológica (especialmente trastornos de la personalidad).

Es difícil encontrar en las actuales clasificaciones y tratados de psicopatología apenas unas líneas referidas a esta "entidad", siempre incluida como síndrome o síntoma en otro cuadro clínico. Este hecho, contribuye a que se le preste po-

(*) Psiquiatra. Unidad de Hospitalización Breve. Servicios de Salud Mental de Leganés.

(**) MIR Psiquiatría. Servicios de Salud Mental del Hospital Psiquiátrico de Leganés.

ca atención por parte de los profesionales. A ello, habría que unir la escasa frecuencia con que estos pacientes hacen una demanda de tratamiento, y cuando la hacen es casi siempre por motivos marginales a la propia mitomanía. Sólo una adecuada exploración, y un detallado conocimiento de este cuadro, nos hará distinguirlo por un extremo de la simple manipulación y, por otro, del delirio.

El estudio de un caso clínico, atendido por nosotros en la Unidad de Hospitalización Breve del Hospital Psiquiátrico de Leganés, nos llevó a hacer una revisión bibliográfica sobre el tema (limitada a unos cuantos artículos recientes). A continuación vamos a hacer un resumen de esta revisión, seguido de la exposición del caso citado.

2. DELIMITACION DEL CUADRO

El concepto de mitomanía es debido a DUPRÉ, que escribió, en 1900, *Etude Psychologique et medico-legale du mensonge et de la fabulation morbide* (1). No nos ha sido posible encontrar este trabajo histórico, aunque lo hemos visto citado en varios artículos (2, 3, 4).

A partir de la mentira, hecho cotidiano, DUPRÉ estudia una fórmula repetitiva y estructuralmente diferente: "la mitomanía", de la que distingue tres formas: vanidosa, perversa y maligna, que pueden evolucionar hacia una forma estable de psicosis: "el delirio de imaginación" (1), que emparentaría con las parafrenias de los autores alemanes. Sería la creencia persistente, en el relato imaginario, y la insensibilidad a las críticas del observador, lo que diferenciaría al delirio de la mitomanía (3).

Anteriormente, en 1891, otro autor, A. DEL BRUCK, había descrito un cuadro similar con el nombre de pseudología fantástica, concebida como un híbrido de mentira y autoengaño (5). En este

artículo, emplearemos ambos términos como sinónimos.

Los criterios esenciales para definir la mitomanía o pseudología fantástica, según DUPRÉ, son los siguientes:

- a) La historia puede ser probable, y tener cierta relación con la realidad.
- b) Las aventuras imaginarias pueden manifestarse en múltiples circunstancias y de una forma duradera.
- c) Los temas de estas "aventuras" son variados pero el héroe o la víctima es casi siempre el sujeto (2).

Otros autores, como WIERSMA, añaden a estas características, el hecho de que las historias no son usadas para provecho personal directo, como ocurriría en la simple mentira, y que no hay una clara distinción entre fantasía y realidad, diferenciándose en este caso del delirio, en que el mitómano puede reconocer la falsedad de su relato cuando se le sitúa ante la evidencia de los hechos, a diferencia del psicótico, que sería totalmente insensible a la prueba de realidad.

También habría que distinguir la pseudología de la confabulación, que sería una forma de elaboración fantástica que aparece en las psicosis orgánicas, para suplir un defecto de memoria y que se diferenciaría por la falta de duración y consistencia del relato, y por los propios síntomas de afectación orgánica cerebral, especialmente los trastornos de memoria (2, 6).

Existe una forma de exaltación de la imaginación denominada por algunos autores fabulación, que aparece casi fisiológicamente en los niños, y que no tiene relación inmediata con la realidad, ni intención de mistificación, y que es más bien una manifestación de la falta de dominio infantil sobre sus propias producciones imaginarias (4), siendo el paradigma de esta situación los juegos infantiles en los que al niño, metido de lleno en el juego, le es difícil

distinguir entre su propia imaginación y la realidad.

Habría también que diferenciar la mitomanía de la simple mentira, interpretada como una falsificación voluntaria de los hechos con objeto de obtener una ventaja, o escapar de una situación desagradable, con unos fines puramente egoístas y conscientes.

Por otro lado, y dentro de esta patología de la imaginación, estaría la "falsificación retrospectiva", consistente en añadir hechos e interpretaciones falsas a recuerdos reales, con objeto de acoplar el pasado a los deseos actuales o, inclusive, para justificar un delirio (hecho frecuente en los paranoicos) (6), a sus propios ojos y a los de los demás.

3. NOSOLOGÍA ACTUAL

La mitomanía o pseudología, no aparece (como hemos dicho anteriormente) en las clasificaciones actuales, debiendo considerarse, por lo tanto, como un síndrome o síntoma dentro de otra entidad nosológica, especialmente en diversos trastornos de la personalidad.

Como cuadros más frecuentes en los que puede aparecer, tenemos los siguientes:

a) Personalidad histriónica.—Los relatos tendrían como protagonista (héroe o víctima) al sujeto (masculino o femenino), siendo frecuentes los temas relacionados directamente o indirectamente con la sexualidad, en los que el paciente aparece como seductor, seducido, violado, deseado, admirado, etcétera, adoptando a veces la forma de "falsificación del recuerdo", con cierta relación con hechos reales que han sido deformados.

Según K. SCHNEIDER, que a su vez cita a JASPERS, hay un rasgo fundamental en estas personalidades, "parecer más de lo que se es". "Para darse importancia, se representa un papel in-

cluso a costa del honor y de la salud. Al principio se trata de una mentira consciente que después llega a ser creída. Cuanto más se desarrolla lo teatral, tanto más falta a estas personalidades toda emoción propia y verdadera; son falsos, incapaces de ninguna relación afectiva duradera o realmente profunda" (5).

A este tipo de personas K. SCHNEIDER las denomina "necesitadas de estimación", aunque ahí se podría incluir también otros trastornos de la personalidad de la nosología actual (narcisistas, borderline, etcétera).

b) Personalidades sociopáticas.— Los relatos imaginarios tendrían como objetivo aparecer como héroe o víctima, justificar conductas actuales, ocultar un hecho delictivo o, inclusive, cometer un delito, amparándose en un relato falso o en una falsa identidad, siendo difícil distinguir en estos casos entre la mitomanía y la simple mentira o simulación (6); aunque existen formas mixtas en las que junto a la pseudología, como búsqueda consciente o inconsciente de la satisfacción de esta necesidad de estimación, hay mentiras con un claro fin de buscar ganancias materiales concretas. Sería el caso de muchos estafadores, que encuentran continuamente personas que les creen, por la facilidad con que cuentan sus relatos (5).

c) Personalidad Borderline.—Como una forma de aumentar la autoestima a los propios ojos y a los de los demás, o bien como una gratificación narcisista e idealización del yo. Estos pacientes tienen una fuerte tendencia a actuar sus propias fantasías (7).

d) Personalidad narcisista.—Suelen tener fantasías de éxito ilimitado, poder, brillantez personal, belleza o amor ideal (8) que a veces relatan como si fueran hechos reales.

e) Personalidad inmadura.—Aquí la pseudología estaría emparentada (quizá

igual que en otros casos, pero de manera más evidente) con la dificultad infantil de distinguir entre fantasía y realidad.

f) Síndrome de Münchhausen.—Que en las clasificaciones actuales aparece como "trastorno ficticio" en el que el paciente simula los síntomas de una enfermedad física, provocando múltiples hospitalizaciones, y a veces intervenciones quirúrgicas. Este cuadro clínico toma su nombre del Varón de Münchhausen (1720-1797), oficial alemán que se hizo célebre por sus fanfarronadas, convirtiéndose rápidamente en un personaje legendario, al que se le atribuyen muchísimas aventuras imaginarias. En el momento de escribirse este artículo está a punto de estrenarse una película sobre las aventuras del Varón de Münchhausen (9).

Algunos autores consideran a la pseudología fantástica como el trastorno primario, y a la simulación de enfermedad o síndrome de Münchhausen como manifestaciones conductuales secundarias (2, 8). Siendo ASHER el primero en usar este término en 1951 (10).

4. MOTIVACIONES

Aunque éstas serían múltiples, y habría que buscarlas en la biografía individual de cada sujeto, se podría pensar que hay una serie de puntos en común, como son: la falta de aceptación de la propia realidad personal, y su sustitución por una ficción que la haga más aceptable a sí mismo y a los demás. De ahí lo exacto de la descripción de K. SCHNEIDER cuando habla de "psicópatas necesitados de estimación" (5).

Se podría decir que la pseudología, al igual que el sueño y la fantasía diurna, serían una "realización de deseos", habiendo entre estas tres producciones psíquicas una tenue gradación cuan-

titativa y cualitativa, encontrándose la fantasía diurna en un punto medio de equilibrio en todos los sentidos, ya que, por un lado, suele expresar la realización de deseos (11) de forma más directa y comprensible que en el sueño, siendo menos necesaria la interpretación para comprenderla (12), a la vez que el sujeto tiene conciencia de la naturaleza fantástica de sus producciones, y no las relata a los demás o lo hace aclarando previamente que se trata de una fantasía (13). La pseudología tendría muchos puntos en común con la fantasía, aunque iría siempre unida a la necesidad incontrolable de contarle a los demás, con pérdida de la conciencia de los límites entre fantasía y realidad, y disminución notable de la autocrítica, aunque con capacidad de volver a la realidad ante una exigencia externa. También aquí, como en la fantasía, habría una realización de deseos, que en cierto modo habría sido "actuada" o puesta en escena al contarle a los demás, pero que volvería a su primitivo origen de pura fantasía, cuando las exigencias de la realidad se hacen muy patentes. Evidentemente, en algunos casos, la realización de deseos sería fácilmente comprensible, y en otros estaría más enmascarada y habría que recurrir en mayor o menor medida a la interpretación para descifrarlo.

Al mismo tiempo que una realización de deseos para compensar un sentimiento de inferioridad o una frustración afectiva, o quizá por una búsqueda perversa de placer en dañar o equivocar a los demás, la mitomanía, puede ser también un medio de protegerse contra las dificultades del sujeto para afrontar la realidad, o una huida ante situaciones de culpabilidad (real o imaginaria), o sentimiento de pérdida afectiva (4).

Sería difícil discernir si el mitómano cree o no en su propio relato, aunque parece ser que empiezan sabiendo que abandonan la realidad, para acabar su-

mergiéndose en su historia y engañándose a sí mismos en un terreno intermedio entre la pura fantasía y la cruda realidad, del que sólo salen cuando las exigencias externas son muy perentorias, a diferencia del psicótico, que ni siquiera reconocería la realidad a pesar de existir evidencias innegables (14).

Al pseudólogo le ocurriría igual que a los niños cuando juegan, sería absurdo preguntarles si "creen" ser una madre un maestro o un soldado (5).

5. TRATAMIENTO

Es difícil hablar de tratamiento de una afección que hemos considerado como un síntoma o síndrome, dentro de un trastorno de la personalidad, por lo que habría que remitirse a la terapéutica de estos trastornos que, en nuestra opinión, debería ser fundamentalmente psicoterapéutica complementada, en todo caso, con una terapia farmacológica ansiolítica y/o antidepresiva en el caso de que exista otra sintomatología acompañante.

Rara vez estos sujetos buscan ayuda terapéutica, y cuando lo hacen suelen romper el vínculo ante cualquier pequeña frustración.

A veces consultan por motivos marginales a la propia mitomanía, lo que podría ser aprovechado para iniciar una relación terapéutica. No es extraño que acudan a los servicios sanitarios, por motivos médico-legales, en busca de un certificado para protegerse de las consecuencias jurídicas de sus actos.

Ciertos autores son extremadamente pesimistas en cuanto a los posibles resultados terapéuticos. Así, K. SCHNEIDER escribe: "Los necesitados de estimación son inapropiados para toda clase de tratamiento. La falsedad de estos caracteres dificulta la relación con ellos. También la actitud respecto al médico es, muchas veces, falsa y variable; una veneración deificadora se transforma a menudo, muy rápidamente,

en indiferencia y hasta en calumnias. Pronto, casi siempre, se llega a aburrir a tales sujetos, sobre todo cuando se deja de causarles admiración, porque sólo sobre esta base puede mantenerse una buena amistad con ellos" (5).

6. CASO CLINICO

Antonio, de 35 años de edad y de profesión policía nacional. Acude a urgencias solo, derivado desde el hospital general de zona, donde fue llevado por unos compañeros de trabajo por presentar conducta autolítica, arrojándose a los coches en la carretera. Había ingerido alcohol y benzodiazepinas en cantidad no especificada. Aporta, en el momento del ingreso, un informe psiquiátrico donde se refiere que sigue tratamiento psicofarmacológico desde el fallecimiento de su hijo hace seis meses.

En la urgencia, y durante los primeros días de su ingreso, no nos es posible contactar con familiares, ni con los compañeros de trabajo, por lo que en un primer momento sólo contamos con los datos referidos por el paciente.

Casado hace catorce años y separado hace cinco, tiene tres hijos varones de 14, 13 y 11 años de edad, que residen en La Coruña con su madre. En la actualidad vive con una mujer de nacionalidad colombiana, de 42 años, que trabaja como asistenta, con la que mantiene una relación estable y que se encuentra en avanzado estado de gestación, siéndola imposible acudir al hospital, según afirma Antonio.

Desde hace seis meses, en que murió su hijo mayor, presenta un cuadro depresivo-ansioso, consistente en estado de ánimo triste, llanto fácil, apatía, insomnio, anorexia, pérdida de peso y autorreproches. La muerte del hijo se produjo en febrero, de una meningitis, tras su ingreso hospitalario en la UVI, muriendo al cabo de unas horas. El no

sabía que estuviera enfermo, se lo comunicó su madre mediante una llamada telefónica. No fue al funeral por miedo al reencuentro con su familia, ya que no mantiene ningún contacto con ellos, ni con sus hijos desde hace cuatro años. Desde entonces siguió tratamiento con benzodiazepinas y antidepressivos que abandonó hace dos meses, aunque sigue acudiendo a las citas con su psiquiatra cada quince días.

Como antecedentes personales destacan que es natural de La Coruña, donde ha vivido hasta los 27 años, en que ingresa en el Cuerpo de Policía. Es el mayor de tres hermanos también varones de 29 y 24 años. Su padre, de 57 años, es ATS analista. Toda la familia reside en Galicia, a excepción de un hermano de su padre residente en Madrid, con quien mantiene un contacto esporádico.

Escolarizado de los siete a los catorce años, mal estudiante, abandona los estudios realizando desde entonces diversos trabajos (ayudante en tienda, boxeador...). Hizo el servicio militar sin problemas. Se casa a los 21 años estando su novia embarazada. Como motivo de la separación dice que "no se entendían".

Trabaja como guardia de seguridad, estando actualmente en activo. No hay otros antecedentes psiquiátricos previos, siendo éste su primer ingreso. No hay tampoco antecedentes psiquiátricos familiares.

En una primera entrevista dice haber ingerido el día del ingreso gran cantidad de alcohol, aunque niega ser bebedor excesivo habitual. Está consciente y orientado temporo-espacialmente. Tiene facies depresiva, negando su conducta autolítica. Su actitud es reticente, poco colaborador; en este primer momento da datos imprecisos a veces, describiendo, sin embargo, su situación actual y la muerte de su hijo con todo detalle, de forma coherente, y sin contradecirse; está muy angustiado y llora al recordarlo. Insiste en

marcharse de alta inmediatamente para evitar problemas laborales.

Con estos datos y en espera de poder contactar con algún familiar, hacemos un primer juicio diagnóstico de reacción de adaptación depresiva prolongada, y un primer diagnóstico diferencial con duelo no complicado y trastorno depresivo mayor. Iniciamos tratamiento con antidepressivos y ansiolíticos. Sin embargo, en días sucesivos mantenemos entrevistas con sus familiares y compañera que nos hacen modificar totalmente la impresión diagnóstica inicial, y plantear numerosos diagnósticos diferenciales.

En una primera entrevista con los únicos familiares residentes en Madrid, éstos afirman que su hijo no ha muerto, al parecer es algo que viene diciendo Antonio desde hace aproximadamente un año, pero sí sufrió una meningitis que requirió su ingreso hospitalario.

Es bebedor excesivo habitual de alcohol desde la juventud, con graves problemas familiares y conyugales, siendo la causa última de la separación los malos tratos físicos hacia su mujer, así como problemas sociolaborales. Fue expulsado de la Policía hace cinco años por no denunciar el robo de su arma de fuego, tras el juicio es readmitido tres años más tarde siendo degradado y trabajando como bedel en la comisaría. Tiene serios problemas por absentismo laboral.

No pueden precisar si ahora bebía más de lo habitual, ni la cantidad.

Con esta nueva información aportada, nos planteamos como posibles diagnósticos, además del de dependencia alcohólica, los siguientes:

a) Trastorno afectivo mayor (episodio depresivo mayor) con ideas delirioses congruentes con el estado de ánimo.

b) Trastorno mental orgánico inducido por el alcohol, como serían el síndrome delirante orgánico, el síndrome

de Korsakoff, trastorno amnésico, y la demencia alcohólica.

c) Intoxicación alcohólica con conducta agresiva (hetero y autoagresivas).

d) Embriaguez patológica o intoxicación idiosincrásica.

e) Estado paranoide alcohólico.

Cinco días después de su ingreso mantenemos una primera entrevista con su compañera, la cual creía que el hijo del paciente había muerto, como éste la había dicho, y queda totalmente sorprendida al comunicarla que no es así. No está embarazada, sino que es estéril y parece que Antonio también suele decir que tiene varios hijos con ella a los que lleva a la guardería, etcétera. Hace unos meses le planteó la separación, también tuvieron que dejar el piso alquilado por falta de pago, teniendo serias dificultades económicas. No acude al trabajo desde hace casi medio año y nunca ha estado en tratamiento psiquiátrico. Es bebedor de importante cantidad de alcohol (ginebra, aguardiente), con un aumento de la ingesta en los últimos días. Ha tenido esporádicamente períodos de abstinencia y ha tomado Antabús. En el último año no ha seguido tratamiento de deshabitación.

La actitud de Antonio al contrastar con su familia, la irrealidad de sus afirmaciones, no es de defensa de sus ideas, con la firme convicción de su veracidad, no hay una creencia delirante, sino que lo acepta y reconoce, intentando disculparse por haberlo dicho. Mantiene un buen contacto con la realidad.

Es descrito como una persona inmadura y pasiva, muy celoso y desconfiado, aunque no presenta en la actualidad datos de celotipia alcohólica ni síntomas paranoides, con reacciones agresivas tras la ingesta etílica.

Por todo ello procedemos a realizar un estudio somático (exploración física, analítica de sangre y orina, etcétera)

y un test de deterioro cognoscitivo (Minimental test), descartando una demencia y el síndrome de Korsakoff, al no evidenciarse amnesia de fijación, ni síntomas de deterioro orgánico, ni una neuropatía periférica. Las pruebas de función hepática son normales.

Durante el ingreso no presentó síntomas de abstinencia alcohólica.

La actitud mantenida por el paciente, durante su estancia en el hospital, es de aceptación pasiva de todas las indicaciones terapéuticas, cooperador, mantiene un buen contacto.

A lo largo de las entrevistas con Antonio, van apareciendo otras "fantasías" que si bien no son ideas delirantes, porque ceden al contrastarlas con la realidad, tampoco se corresponden con hechos reales acaecidos al paciente (por ejemplo, dice que su compañera acude al hospital a verle por las tardes, que no puede ducharse por no haber agua en el centro..., etcétera, comprobando por el personal asistencial que todos estos hechos no son ciertos).

Destaca también su gran dificultad para verbalizar y reconocer sus conflictos reales, con tendencia al mutismo o la evasión de la realidad a través de sus fantasías; manteniendo este mismo tipo de contacto en la relación con su actual compañera.

Debido a la dificultad diagnóstica de los primeros días fue tratado con neurólépticos a bajas dosis y complejos vitamínicos durante un corto período de tiempo, siendo el tratamiento principal con antidepresivos y ansiolíticos al descartarse el cuadro delirante y el síndrome de Korsakoff.

Al alta, tras quince días de internamiento, presenta una mejoría de la sintomatología depresiva, con estado de ánimo eutímico, buen nivel de relación. Se le deriva a su C.S.M. de zona, indicación que es bien aceptada mostrando gran interés por continuar su tratamiento allí. Está bastante más activo y manifiesta su intención de incorpo-

rarse al trabajo y mantener la abstinencia alcohólica.

Unos días más tarde, nos ponemos en contacto con el C.S.M., donde nos dicen que no ha acudido a las citas, siendo las últimas noticias de su estado a través de una llamada de su compañera, que nos comunica que sigue en una situación semejante a la previa al ingreso, lo que confirmaría, en cierto modo, el mal pronóstico con respecto al tratamiento, como apuntábamos en otra parte de este trabajo.

Como explicación a la necesidad que siente este paciente de vivir en un mundo de fantasía, y hacer participar a su entorno del mismo, podríamos encontrar con los datos que tenemos los siguientes motivos: en un primer momento necesita justificar su situación de deterioro social, personal y laboral, mediante el relato de la muerte de su hijo, lo cual le haría digno de ayuda y compasión ante los demás. Su situación de separación matrimonial, falta de con-

tacto con su familia e hijos, y la esterilidad de su actual compañera, provocarían la fantasía compensatoria de tener varios hijos con ésta, ocupándose de ellos al llevarlos a la guardería, etcétera, ante su incapacidad de reconocer su fracaso en la formación de una familia estable y como padre.

Aunque existen pocos datos sobre la infancia y personalidad previa, al no haber podido contactar con familiares directos (padres y hermanos), parece ser que se trataba de un niño tímido, introvertido, con sentimientos de inferioridad. Esto ha fraguado probablemente una personalidad inmadura, dependiente, con baja autoestima, y necesidad de recurrir a la pseudología como forma de conseguir la estimación y valoración por parte del entorno.

A nivel diagnóstico lo incluiríamos como una personalidad inmadura y una dependencia alcohólica secundaria a este trastorno de la personalidad.

BIBLIOGRAFIA

- (1) BURGIN, C., et FEILLARD, J.: "Histoire sans nom". A propos de la Mythomanie. *Evol. Psychiat.*, janu-mars, 1986. 51, núm. 1, págs. 187-204.
- (2) KING, B. H., and FORD, C. V.: "Pseudología fantástica". *Acta Psychiatric. Scand.*, 1988, 77, págs. 1-6.
- (3) PERRONTY, P., et PIERROT-DESSEILLINGNY: "Simulation, mythomanie ou délire paraphrenique". *Am. Med.-Psychol.*, juil, 1962, 120, núm. 2, págs. 276-281.
- (4) MARCHAIS, P.: "La mythomanie". *Entretiens Bichat (Med.)*, 1980, págs. 399-401.
- (5) SCHEIDER, K.: *Las personalidades psicopáticas*. Ediciones Morata. Octava edición. Págs. 146-157.
- (6) VARGA, E., et LAURY, G. U.: "Valeur diagnostique du mensonge dans les maladies sociopathiques et la schizofrenie". *Me. et Hyg.* (Geneve), juin, 1978, 36, núm. 1.923, págs. 2.408-2.413.
- (7) SCOTT SNYDER, M. D.: "Pseudología fantástica in the Borderline patient". *Am. J. Psychiatry*, 143, 10 october, 1986, págs. 1.287-1.289.
- (8) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Third Edition-Revised)*. American Psychiatric Association. Washington, D. C., 1987, págs. 315 a 320 y 349 a 351.
- (9) CASTELLANO, K.; ERWITT, E.: "El varón de Münchhausen. Vamos a contar mentiras". *El País Semanal* (5-3-89) págs. 45-51.
- (10) BHUGRA, D.: "Psychiatric Munchausen syndrome". *Acta Psychiatric Scand.*, 1988, 77, págs. 497-503.
- (11) FREUD, S.: Obras completas. Ed. Biblioteca Nueva. Madrid, 1972. Tomo IV: *La novela familiar del neurótico*, págs. 1.361-1.363.
- (12) FREUD, S.: Obras completas. Ed. Biblioteca Nueva. Madrid, 1972. Tomo II: *La interpretación de los sueños*. "La realización de deseos", págs. 680-693.
- (13) FREUD, S.: Obras completas. Ed. Biblioteca Nueva. Madrid, 1972. Tomo IV: *El poeta y los sueños diurnos*, págs. 1.343-1.348.
- (14) FREUD, S.: Obras completas. Ed. Biblioteca Nueva. Madrid, 1972. Tomo VII: *La pérdida de realidad en la neurosis y en la psicosis*, págs. 2.745-2.747.

Dirección para correspondencia: Rafael Casas Rivera. C/. Ramón Gómez de la Serna, 2, esc. 1.ª, 3.º D. 28035 Madrid.

Fecha de recepción: 1-5-1989. Fecha de aceptación: 1-10-1990.