

Síndrome de Munchausen por poderes

T. Goñi González, M.ªJ. Martínez Roda, F. de la Cerda Ojeda y I. Gómez de Terreros

Servicio de Pediatría General. Hospital Infantil Virgen del Rocío. Sevilla. España.

El síndrome de Munchausen por poderes (SMP) constituye una patología de difícil diagnóstico, causante de gran morbimortalidad. El conocimiento de las características generales tanto de la víctima como del perpetrador del mismo puede ser de gran ayuda para el reconocimiento precoz de este cuadro. Recientemente, la American Professional Society on the Abuse of Children ha desarrollado una actualización terminológica del síndrome. Abordamos dicha actualización y presentamos seis casos diagnosticados en nuestro hospital analizando las características generales de la víctima y del perpetrador y las comparamos con las de la literatura médica.

Palabras clave:

Síndrome de Munchausen por poderes. Desorden facticio por poderes. Falsificación proceso pediátrico.

MUNCHAUSEN SYNDROME BY PROXY

Munchausen syndrome by proxy is an illness which is very difficult to diagnose. It has a high morbidity and mortality rate. The knowledge of the characteristics of the victim and the perpetrator can be quite useful for its early recognition. The American Professional Society on the Abuse of Children, has recently brought the terms for the syndrome up to date. We look at this updating and present six cases diagnosed in our hospital, analysing their main features and comparing them with the medical literature.

Key words:

Munchausen Syndrome by Proxy. Factitious disorder by proxy. Pediatric condition falsification.

INTRODUCCIÓN

En 1977, Meadow introduce el término síndrome de Munchausen por poderes (SMP)¹, refiriéndose al caso en que un sujeto inventa la sintomatología de otro que se encuentra en situación de indefensión. Ya en 1951, Asher² había descrito este síndrome en adultos “que presentaban historias clínicas espectaculares llenas de invenciones, en un intento de conseguir seguridad hospitalaria y atención médica”. En su encuadre, Asher dife-

rencia dos “actores”: el “paciente” (o víctima), con sus fábulas tendentes a engañar a la otra, y el médico, con su potencial clínico. El incluir “por poder” da paso a un tercer “actor” (el perpetrador), que provoca e inventa síntomas sobre el menor y del que es responsable.

El SMP se considera generalmente un trastorno poco frecuente, lo cual no se ajusta a la realidad, como evidencian McClure et al³ en su estudio epidemiológico, Sheridan⁴ en la revisión de 451 casos realizada en 2003 y los más de 400 trabajos publicados sobre el tema.

Presentamos un estudio retrospectivo de 6 casos acaecidos en nuestro hospital en un período de 8 años (1996-2004). El diagnóstico de los casos se realizó siguiendo los criterios establecidos por Rosenberg et al⁵ que se exponen en la tabla 1.

RESULTADOS

Describimos las principales características de las figuras de la víctima y del perpetrador encontradas en los 6 casos que presentamos.

Figura de la víctima

De los 6 casos de nuestra casuística, 3 eran varones y 3 mujeres. La edad media en el momento del diagnóstico

TABLA 1. Criterios diagnósticos síndrome de Munchausen por poderes

Criterios de inclusión

- Niño llevado de forma repetida al médico
- Prueba o evento positivo en cuanto a engaño con el niño o con situación médica del niño
- La positividad de la prueba o del evento no es consecuencia de un error de la misma, de una misma comunicación o de un mal tratamiento
- No existe otra explicación médica posible respecto a dicha positividad que la falsificación de la enfermedad
- Ningún hallazgo excluye la falsificación de la enfermedad de forma creíble

Correspondencia: Dr. T. Goñi González.

Avda. Pte. Carrero Blanco, 14C 3ªA. 41011 Sevilla. España.
Correo electrónico: tgonigo@hotmail.com.

Recibido en noviembre de 2006.

Aceptado para su publicación en marzo de 2008.

TABLA 2. Descripción de características de casos clínicos recogidos

	Caso 1	Caso 2	Caso 3	Caso 4	Caso 5	Caso 6 ⁶
Sintomatología referida	Pérdida de conciencia e hipotonía	Crisis parciales e hipotonía	Hemorragia vaginal y digestiva Crisis de hipotonía	Equimosis "Intoxicación"	Síntomas cerebelosos, exantema, fiebre	Cuerpos extraños, dolor abdominal
Discordancia clínica	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Nº de consultas previas al diagnóstico y tiempo	23 consultas en 6 años	16 ingresos en 14 meses	12 ingresos en 10 meses	34 consultas y 7 ingresos en 5 años	1 consulta (derivado de otro hospital)	35 consultas en 4 años
Patología que recidiva	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Respuesta al tratamiento	No	No	No	No	Sí	Sí
Pruebas diagnósticas cruentas realizadas	Múltiples analíticas, TC, punción lumbar	RM	RM, 3 endoscopias estudio EGD	Biopsia de la piel, punción lumbar, estudio EGD	RM, TC, punción lumbar	Endoscopia
Tratamientos especiales realizados	Aciclovir, diazepam, FAE	FAE	No	No	FAE	Cirugía
Agente utilizado que condujo al diagnóstico	Intoxicación por alimemazina	Inversión de crisis epilépticas	Ketchup en el pañal	Equimosis realizadas por la madre	Ingestas medicamentosas	Ingesta forzada de cuerpos extraños

Estudio EGD: estudio esófago-gastrointestinal; FAE: fármacos antiepilépticos; RM: resonancia magnética; TC: tomografía computarizada.

fue de 4,8 años (con intervalo de edades de 3 a 6 años). El tiempo medio transcurrido desde la aparición de los primeros síntomas atribuibles al SMP y el diagnóstico fue de 34 meses y el número medio de consultas previo al diagnóstico de 20,1, número que es aún mayor (24,2) si excluimos un caso que fue derivado directamente de otro hospital a nuestra unidad de cuidados intensivos (caso 5).

En cuanto a las principales características de los ingresos hospitalarios, se resumen en la tabla 2⁶. Con los escasos datos de que disponemos en lo referente al seguimiento, hemos constatado el desarrollo de un síndrome de Munchausen propio en uno de los casos. No se han identificado secuelas físicas en ninguno de ellos y, aunque difícilmente evaluables, en especial por la edad de los niños, todos los casos fueron valorados por la unidad de salud mental y por la unidad de trabajo social de nuestro hospital, sin identificarse secuelas psicológicas ni patología relevante en esa área, a excepción del cuadro de síndrome de Munchausen propio referido. No se han confirmado recurrencias tras la identificación en ninguno de los casos.

Figura del perpetrador

Analizando la figura del perpetrador, observamos que la maltratadora es la madre en todos los casos en nuestra serie, de edad joven. La edad media en nuestra serie es de 25,1 años (con un intervalo de edad de 19 a 32 años) y de bajo nivel socioeconómico (en todos los casos, según valoración por la unidad de trabajo social del hospital). Se trata de madres que carecen de empleo o éste es muy precario. La dinámica familiar está muy desestructurada en la mayoría de nuestros casos. Así, encontramos niños que viven con sus abuelos, madres solteras, separación de cónyuges, abandono del hogar por progenitores, etcétera.

Entre los antecedentes personales del perpetrador, destaca el padecimiento por parte de uno de los sujetos de un SMP en su infancia, así como de malos tratos en otro de los casos. También es reseñable que en un caso, los padres estuvieran en prisión acusados de la muerte de un hijo, hermano de una de las pacientes.

Encontramos en el 50% de los casos la existencia de rasgos ansioso-depresivos en las madres.

En lo referente a la actitud de la madre, tanto con el personal sanitario como con la situación clínica del niño, se trata de madres muy colaboradoras con el personal sanitario y con actitud despreocupada, "*belle indifférence*" con la situación clínica de su hijo (según descripciones recogidas en historia clínica). En dos casos esta actitud fue descrita como de "excesiva preocupación". No hemos constatado la existencia en la figura perpetradora de conocimientos sanitarios ni de experiencia previa en el cuidado de otras personas.

DISCUSIÓN

Recientemente se ha llevado a cabo una actualización conceptual⁷ que distingue⁸:

1. *Falsificación de un proceso pediátrico (FPP)*. Término con el que se admite la existencia de muchas formas de elaborar enfermedades, con motivaciones distintas al SMP⁹. El denominado "síndrome de la mascarada", cuyo propósito es mantener al niño en casa; el "buscador de ayuda", circunstancia que cesa tras su obtención o el denominado síndrome de Munchausen tipo Doctor Shopping, que es "ir de compras, al médico", en la creencia de que no se está atendiendo correctamente al niño, exagerando los síntomas que ayuden a pasar de un examen físico a otro, no son incluíbles en el SMP. En estos casos no suele haber daño físico real infligido¹⁰.

2. *Desorden facticio por poderes (DFP)*. Categoría que se aplica al cuidador que ha causado daños al niño mediante la FPP, para servir a sus intereses psicológicos. El motivo primario parece ser una intensa necesidad de recibir la atención de profesionales y manipularlos. En la clasificación del Manual DSM-IV-TR no aparece como tal el SMP, sino que se usa el término “desorden facticio por poderes” para definirlo.

En general, las características encontradas en la víctima son las recogidas habitualmente en la literatura médica. Así, este tipo de maltrato se produce en niños y niñas con la misma frecuencia y es más habitual en la primera infancia, en especial en niños menores de 5 años. Es de destacar el dilatado período comprendido entre la producción de los primeros síntomas y la identificación del maltrato. El tiempo medio de diagnóstico en nuestra serie es algo superior al habitualmente recogido en la bibliografía.

Es importante resaltar que estos cuadros se pueden perpetuar y reproducir en el tiempo describiéndose la recurrencia de SMP en los hermanos de la víctima¹¹.

Una de las limitaciones de nuestro estudio ha sido el seguimiento de los casos, fruto del déficit en la comunicación entre niveles asistenciales y las características intrínsecas de este tipo de trastorno.

Las características generales de la figura perpetradora del maltrato se asemejan con las descritas en la literatura científica (tabla 3). Esta figura la suele representar la madre¹², de edad joven y de bajo nivel socioeconómico. Se trata de madres que carecen de empleo o éste es muy precario. Con frecuencia existen antecedentes de padecimiento de maltrato, ya sea físico o emocional, por parte del maltratador en su infancia¹³. La dinámica familiar suele estar muy desestructurada. Asimismo, los padres suelen haber tenido dificultades a la hora de asumir su rol de padre ya sea de inicio, o posteriormente, por distintas circunstancias. De acuerdo con lo descrito, es frecuente que el perpetrador presente algún trastorno psiquiátrico o algún trastorno de la conducta, en especial de tipo depresivo y/o de personalidad.

Es llamativo y se hace referencia con bastante asiduidad en los distintos trabajos la “especial” relación que suelen mantener los maltratadores tanto con el personal sanitario como con su víctima. Así, se describe un especial colaboracionismo con los sanitarios y una despreocupación hacia la sintomatología de su propio hijo, que a veces se alterna con una preocupación desmedida. Otra característica habitualmente presente, sobre todo en series anglosajonas, es la existencia de conocimientos médico-sanitarios en la figura del perpetrador.

El SMP es un cuadro de difícil diagnóstico que ha visto incrementada su incidencia debido al mayor conocimiento y sensibilización profesional. El diagnóstico debe sospecharse en todo niño que ha sufrido múltiples visitas, estudios e ingresos hospitalarios y/o que presenta una patología abigarrada, que recidiva y responde mal al tratamiento habitual.

TABLA 3. Características del perpetrador

Características generales del perpetrador

- Figura materna
- Edad joven: edad media
- Bajo nivel socioeconómico
- Ausencia de empleo fuera del hogar o empleo muy inestable
- Antecedentes familiares de maltrato
- Familias desestructuradas
- Existencia de trastornos psiquiátricos o de personalidad
- Actitud colaboradora con el personal sanitario
- Actitud despreocupada con relación con la situación del niño u oscilante entre indiferencia y excesiva preocupación
- Ausencia de conocimientos sanitarios

La necesidad de un diagnóstico precoz es enfatizada por todos los autores y es fundamental que los pediatras nos habituemos a tener el SMP en nuestros planteamientos diagnósticos diferenciales.

BIBLIOGRAFÍA

1. Meadow R. Munchausen syndrome by proxy. The hinterland of child abuse. *Lancet*. 1977;13:343-5
2. Asher R. Munchausen's syndrome. *Lancet*. 1951;10:339-41.
3. McClure RJ, Davis PM, Meadow SR, Sibert JR. Epidemiology of Munchausen syndrome by proxy, non-accidental poisoning, and non-accidental suffocation. *Arch Dis Child*. 1996;75:57-61.
4. Sheridan MS. The deceit continues: an updated literature review of Munchausen syndrome by proxy. *Child Abuse Negl*. 2003;27:431-51.
5. Rosenberg DA. Munchausen Syndrome by Proxy: medical diagnostic criteria. *Child Abuse Negl*. 2003;27:421-30.
6. Gómez de Terreros I, Gómez de Terreros M, Serrano Santamaría M, Jiménez Girón AV, Sánchez Salas M, Salazar Espadero N, et al. Recurrent ingestion of foreign bodies. Unusual presentation of Munchausen by Proxy syndrome. *Child Abuse Negl*. 1996;20:613-20.
7. Ayoub CC, Alexander R, Beck D, Bursch B, Feldman KV, Libow J, et al. Position paper: definitional issues in Munchausen by proxy. *Child Maltreat*. 2002;7:105-11.
8. Gómez de Terreros I. Síndrome de Munchausen por poderes. En: Cruz M, editor. *Tratado de pediatría*. 9ª ed. Madrid: Ediciones Ergón; 2006. p. 2111-3.
9. Schreier H. Munchausen by proxy defined. *Pediatrics*. 2002; 110:985-8.
10. Ferrari Cortés A, Solano Paez P, López Narbona M, Hernández Soto R, Aragón JM, Gómez de Terreros I, et al. Síndrome de Munchausen tipo Doctor Shopping. *Bienestar y Protección Infantil*. 2002;1:11-8.
11. Davis P, McClure RJ, Rolfe K, Chessman N, Pearson S, Sibert JR, et al. Procedures, placement and risks of further abuse after Munchausen syndrome by proxy, non-accidental poisoning, and non-accidental suffocation. *Arch Dis Child*. 1998;78:217-21.
12. Rosenberg DA. Web of deceit: A literature review of Munchausen syndrome by proxy. *Child Abuse Negl*. 1987;11:547-63.
13. Bools CN, Neale BA, Meadow SR. Co-morbidity associated with fabricated illness (Munchausen syndrome by proxy). *Arch Dis Child*. 1992;67:77-9.