

Síndrome de Munchausen por poder

Maria Fernanda Cujíño C, * Andrés Dávila P,** Mónica María Sarmiento L,*** Maria Inés Villarreal Q, ****
Roberto Chaskel H¹

RESUMEN

El propósito de este artículo es realizar una revisión e ilustrar con varios casos clínicos el tema del síndrome de Munchausen por poder, un diagnóstico poco común que representa un reto tanto para pediatras como para psiquiatras infantiles. Dado que no existe una presentación clínica típica, se dificulta su diagnóstico, el cual es relevante para la protección del niño involucrado y para garantizar un tratamiento oportuno. Con el fin de ilustrar esta heterogeneidad, se presentan seis casos de síndrome de Munchausen por poder que se han atendido, investigado y seguido en el Hospital Militar Central de Bogotá entre 1993-2008.

Palabras clave: síndrome Munchausen por poder, maltrato Infantil, complejidad diagnóstica, intervención.

ABSTRACT

The purpose of this article is to go over the features of, and illustrate, Munchausen Syndrome by Proxy based on 6 case reports. This is not a common syndrome and represents a challenge for both pediatricians and child psychiatrists. Since there is no typical clinical presentation for this syndrome, a timely diagnosis, relevant not only for the protection of the child involved but also for an adequate treatment, is difficult. To illustrate the heterogeneity of Munchausen Syndrome by Proxy, six cases which have been attended, investigated and followed up at the Hospital Militar Central in Bogota between 1993 and 2008 are described.

Key Words: Munchausen Syndrome by Proxy, child Abuse, diagnostic complexity, intervention.

El denominado síndrome de Munchausen se presenta en pacientes que fabrican sobre sí mismos síntomas. El síndrome de Munchausen por poder se describe como la fabricación de síntomas sobre otra persona de tal intensidad que logran credibilidad por parte del personal médico. Éste, entonces, somete a los enfer-

mos a pruebas, hospitalizaciones, a una amplia gama de procedimientos e incluso intervenciones quirúrgicas; es decir, que son vistos en realidad como personas enfermas estando sanas físicamente. En niños, ésta es una forma de abuso infantil de características muy diferentes a las que usualmente se encuentran.¹

- * Psiquiatra de la Universidad el Bosque-Clínica Montserrat
** Psiquiatra de la Universidad el Bosque-Clínica Montserrat
*** Psiquiatra de la Universidad del Bosque-Clínica Montserrat
**** Médica Pediatra, Sección de Pediatría, Hospital Militar Central; Profesora Asistente, Universidad Militar Nueva Granada, Bogotá-Colombia
¹ Coordinador de Psiquiatría Infantil y Adolescencia, Sección de Pediatría, Hospital Militar Central; Profesor Asociado, Universidad Militar Nueva Granada, Bogotá Colombia

Correspondencia: Roberto Chaskel H. Correo electrónico: chaskel@cable.net.co

Recibido: enero 2012. Aceptado: marzo 2012.

Este artículo debe citarse como: Cujíño MF, Dávila A, Sarmiento MM, Villarreal MI, Chaskel R. Síndrome de Munchausen por poder. Rev Latinoam de Psiquiatría 2012;11(2):60-65.

DESCRIPCIÓN

El nombre de este síndrome es tomado del famoso personaje ficticio, el Barón de Munchausen, quien logró incluir su nombre en la literatura a partir de sus fantasiosas narraciones.² El término síndrome de Munchausen fue tomado por primera vez dentro de la terminología médica por Asher al describir los casos de adultos en esta situación.³ Posteriormente Meadow describió el síndrome de Munchausen por poder y propuso varios criterios esenciales para su diagnóstico:⁴

- a) La presencia de signos o síntomas físicos o psicológicos producidos o inventados por los padres o cuidadores.

- b) La negación del perpetrador de la invención o la producción de los mismos.
- c) La desaparición de los signos o síntomas cuando el niño es separado de su cuidador.
- d) La necesidad del perpetrador de generar en el niño el rol de enfermo o de realizar este comportamiento con el fin de llamar la atención.

La Asociación Psiquiátrica Americana incluye al síndrome de Munchausen dentro de los denominados *Trastornos facticios*.⁵ El problema más serio radica en que este síndrome no posee una presentación clínica típica que pueda guiar a los médicos a una sospecha diagnóstica y a una remisión rápida y oportuna a un psiquiatría.

Cuando alguno de los padres o cuidadores del niño fabrican los signos o síntomas de una enfermedad médica en el marco de un síndrome de Munchausen por poder, el pediatra se ve ante una situación difícil. El dilema está entre no practicarle exámenes a un niño sano o practicárselos para demostrar a los padres y a la comunidad médica que el niño está sano. Ocasionalmente se ve forzado a practicar en el niño pruebas y procedimientos diagnósticos, cada vez más invasivos, que pueden inclusive ir en detrimento de su salud. Es importante que los pediatras sospechen y diagnostiquen este síndrome con el fin de que al niño se le suministre protección, ya que más que un diagnóstico psiquiátrico, el síndrome de Munchausen por poder es un tipo de maltrato que debe ser reconocido, reportado e intervenido de manera oportuna para poder garantizar la seguridad del niño.²

Se considera al síndrome de Munchausen por poder como un trastorno cuyo espectro va desde el reporte falso de síntomas por parte de los cuidadores del niño hasta la causalidad de daño físico severo a través de la administración de venenos o infusión de materia fecal en líneas venosas.¹ Cualquier sistema puede encontrarse comprometido (respiratorio, gastrointestinal, cardiovascular) e incluso en algunas ocasiones parecerían presentarse enfermedades diversas, en distintos momentos, en el mismo paciente. El síntoma más frecuente es el sangrado de cualquier sistema (44%), seguido por convulsiones (42%), apnea (15%), diarrea (11%), vómito (10%) y fiebre (10%).¹

EPIDEMIOLOGÍA

Probablemente, la prevalencia real del síndrome de Munchausen por poder no ha sido evaluada por el sub-

diagnóstico. Se estima que existe una incidencia anual entre 0.5 – 2.0/100.000 niños menores de 16 años según los pocos estudios publicados.⁶

El diagnóstico se ha hecho en niños de todas las edades, e incluso hay reportes anecdóticos de casos prenatales en los que se fabrican síntomas en el feto.⁷ La prevalencia es igual en niños que en niñas. La edad promedio para el diagnóstico es 40 meses de edad y el intervalo entre el inicio de los síntomas y el diagnóstico es de 15 meses.⁸ En la mayoría de los casos, la madre es la perpetradora.¹

DIAGNÓSTICO

Diagnosticar, reportar y seguir un caso de síndrome de Munchausen por poder es una experiencia extenuante y emocionalmente intensa para quienes lo realizan, pues requiere de una gran cantidad de tiempo y de habilidad.⁹ Como se expuso anteriormente, la presentación clínica puede ser muy variable y cubre un amplio espectro que va desde casos en que el cuidador reporta un síntoma hasta la fabricación de los signos de enfermedad inducidos por acciones intencionales del mismo. Por lo tanto, las consecuencias pueden ir desde la realización de pruebas innecesarias hasta la muerte. Todos los casos comparten la insistencia de los padres o del cuidador en que algo está mal con el niño, pese a la ausencia de datos positivos que expliquen los signos o síntomas del paciente.²

El síndrome de Munchausen por poder debe sospecharse siempre que el cuidador genere daño al niño al presionar para que sea sometido a una atención médica que le cause riesgo y daño. Es difícil darse cuenta de que el niño está siendo víctima de este tipo de abuso y usualmente el diagnóstico ocurre después de un período prolongado de tiempo.¹⁰ Sólo cuando la historia completa del paciente se conoce y puede verse longitudinalmente, se evidencia un patrón que permite sospechar el diagnóstico.⁹

Como se trata de un tipo de abuso infantil, ante la mínima sospecha se debe intentar esclarecer la realidad acerca de la presencia de enfermedad física del paciente con la ayuda de un equipo interdisciplinario que debe incluir un pediatra, un psiquiatra infantil, un trabajador social y el personal de enfermería a cargo del paciente. En ocasiones puede utilizarse vigilancia estrecha del comportamiento de los padres del niño mediante cámaras de video, aunque esto no es siempre necesario y en la mayoría de oportunidades no es permitido sin la autorización por los padres.²

Los signos de alarma a los que debe estar atento el clínico y que hacen sospechar un síndrome de Munchausen por poder son: ^{1,4,11}

1. Enfermedad persistente o recurrente que no puede ser explicada adecuadamente con una base médica.
2. Signos y síntomas que aparecen en la presencia del cuidador y desaparecen en su ausencia.
3. Madre sobreinvolucrada con la atención del paciente y siempre presente en el hospital.
4. Caso descrito que parece un trastorno raro, de esos que “nunca se habían visto antes”.
5. Ausencia de respuesta a tratamientos adecuados.
6. Discrepancia entre la historia, los hallazgos clínicos y el buen estado del niño.
7. Madre menos preocupada que el personal médico acerca de la enfermedad del paciente.
8. Familias con antecedentes previos de muertes infantiles inexplicadas.
9. Cuidador con experiencia o entrenamiento en el campo de la salud.
10. Historia psiquiátrica de la madre.
11. Conducta extraña de la madre en el hospital.
12. Gran cantidad de exámenes paraclínicos realizados y dentro de límites normales.

Además, para establecer el diagnóstico se requiere de la evaluación de la historia clínica del paciente (actual y antigua), comunicación clara entre los profesionales de la salud involucrados en el cuidado del niño y una aproximación multidisciplinaria.

Perfiles de los padres y del niño

Conocer el perfil de los padres ayuda al diagnóstico. En general, los padres tienen una buena relación con el equipo médico, pero ésta se puede deteriorar cuando se descartan causas orgánicas de enfermedad.¹² La mayoría serán madres, quienes tienen alguna experiencia o cercanía con el área de la salud y padres que usualmente no saben de la existencia de la supuesta enfermedad o están muy poco involucrados en el cuidado del niño.¹³

Las madres, extremadamente atentas a las necesidades del niño, se hacen cargo de éstas en una proporción mucho mayor a la de una mamá promedio.¹¹ Tienden a discutir la enfermedad del niño de una manera que denota gran conocimiento. Muestran un afecto inapropiado cuando se les da información sobre la enfermedad del niño o cuando se discuten técnicas invasivas. Son

más afectivas con sus hijos en la presencia de otras personas que cuando están a solas con él.^{4, 10} Tienen una ejemplar interacción con el personal médico, con una gran habilidad para conversar con el equipo médico y, en algunos casos, llegan a establecer relaciones tan cercanas que se traducen en ayudar a las enfermeras en sus tareas cotidianas o acompañar a los médicos en sus turnos o a comer.¹

Los padres de estos niños están menos presentes en el cuidado de sus hijos y frecuentemente tienen trabajo lejos de la familia por largos períodos de tiempo. Se ha observado que las relaciones maritales son pobres.¹

Un patrón frecuentemente descrito en el síndrome de Munchausen por poder es que los niños, al hacerse mayores, se vuelven colaboradores de los padres al adoptar el rol del niño enfermo. Pasivamente aprenden a tolerar los procedimientos médicos.¹ Se ha descrito tanto el comportamiento hipocondríaco de estos niños más adelante en sus vidas como el antecedente personal de convertirse en perpetuadores de un síndrome de Munchausen por poder con su propios hijos.¹⁴

ETIOLOGÍA Y PATOGÉNESIS

Forsyth propuso varios factores que predisponen a la aparición de un Síndrome de Munchausen por Poder:¹⁵

1. Historia de abuso o rechazo de la madre durante su niñez, por parte del padre o ambos padres y una mala relación marital. Esta experiencia de rechazo continúa en la vida adulta con una baja autoestima.
2. Una relación patológica entre la madre y el niño demostrada por un sobreinvolucramiento.
3. Un efecto de ganancia y recompensa del sistema de cuidado médico para la madre con un ambiente de apoyo que alivia sus sentimientos de aislamiento, al ganar admisión al hospital a través de la enfermedad de su hijo.
4. Psicopatología en los perpetradores como depresión, trastornos somatomorfos, ideación e intentos suicidas, trastornos facticios y trastornos de personalidad de los grupos A y B según criterios clínicos del DSM-IV.⁵

El síndrome de Munchausen por poder ha sido caracterizado como un estado disociativo con pseudología fantástica y mentiras patológicas, ya que el perpetrador inicialmente sabe que está fabricando los síntomas, pero

después cree que el niño en realidad tiene una enfermedad primaria en lugar de una facticia.^{5, 16}

CASOS CLÍNICOS

Caso 1

J.P.M. Paciente masculino de 3,5 años de edad, que acude a la consulta externa de pediatría traído por la madre, que labora en un dispensario de salud. Consulta porque desea que a su hijo se le practique una amigdalectomía pues está con alta sospecha de que su hijo padece “cáncer en las amígdalas”. En la revisión por sistemas se encuentra que es un niño decaído, apático y, en concepto de la madre, inapetente. En el interrogatorio se encuentra que el niño es sometido cada tres meses a prueba de ELISA para VIH, pues la madre sospecha que su hijo se infectó (ella es negativa), según ella, por contacto directo “quién sabe con cuántas personas infectadas que uno no sabe”. Antecedente de biopsia de ganglio submaxilar izquierdo por sospecha de linfoma. Dice la madre: “tuve que consultar a muchos especialistas hasta lograr que se la hicieran”. Otros antecedentes personales no relevantes. Familiares: madre con síndrome depresivo en la evaluación.

En el examen físico se encuentra niño eutrófico, en excelentes condiciones generales, con peso y talla en percentiles adecuados a su edad y a su talla medio-familiar. Retraído, temeroso, pero sumiso ante el examen médico.

Caso 2

J.E.C. Paciente femenino de 9 años, que asiste a controles de pediatría desde la infancia traída por la madre, que es auxiliar de enfermería y cabeza de familia. La niña siempre ha sido descrita como apática, retraída, con difícil comunicación con sus examinadores. Tiene consultas con seis especialidades médicas en forma concomitante por dolor abdominal recurrente; en las consultas se le recomienda mejorar hábitos de alimentación y de ejercicio sin lograr adherencia alguna de las medidas terapéuticas. Es sometida a múltiples métodos diagnósticos paraclínicos y radiológicos. Es llevada a cirugía en otra institución para hemicolectomía con diagnóstico de cólico sigmoide a los 13 años. La madre continúa en consultas que superan 15 ocasiones en un período de tres meses porque la sigue viendo decaída. Inicia tratamiento con suplencia de levotiroxina a la edad de 14 años. Posterior a esto continúa en consultas repetidas (en ocasiones más de 10 al mes) por

cefalea que, según la madre, su hija sufre desde la infancia. Le realizan múltiples estudios de imágenes cerebrales simples y contrastadas, reportadas como normales. Asiste a consulta, por separado, con neurocirujanos de ésta y otras instituciones y lleva consigo siempre la historia clínica de su hija. Finalmente, es llevada, en otra institución, a una intervención neuroquirúrgica por sospecha de lesión ocupando espacio. No se encuentra lesión tumoral, pero presenta complicaciones durante el procedimiento y queda con lesión cerebral permanente con compromiso motor.

Caso 3

J.G.P. Paciente masculino de 6 años de edad traído a consulta de pediatría por la madre, que es trabajadora del área de la salud en un dispensario fuera de Bogotá. Refiere que desea que a su hijo se le vuelvan a practicar biopsias porque está “absolutamente segura” de que tiene enfermedad de Hodgkin. Trae una carpeta con estudios radiográficos simples de tórax y abdomen, TAC toracoabdominal #3, ecografías abdominales de diferentes instituciones y resultados de biopsias de ganglios cervicales #2, reportados como normales. Tiene historia de disfunción familiar importante.

Caso 4

A.M.O. Paciente femenino de 2 años de edad que ingresa a urgencias por presentar otorragia recurrente. Tiene antecedente de retardo global del desarrollo psicomotor con controles múltiples por neuropediatría. El examen de ingreso no evidencia lesiones ni sangrado. Durante la hospitalización amanece con “sangrado” en ojos un día, en ombligo otro día y, posteriormente, con lesiones hemorrágicas en espalda. Se traslada a UCI, en donde es monitorizada durante cinco días con visitas de la madre con vigilancia permanente. Durante esos días no presenta sangrado alguno. Un día, durante la visita de la madre en UCI, en un corto descuido, la niña presenta rectorragia. Se traslada a pisos un domingo en la tarde porque la UCI está llena y se requieren las camas. En la madrugada del lunes, se atiende llamado de enfermería pues encuentran a la niña sin signos vitales. La autopsia reveló muerte por sobredosis de levomepromazina.

Caso 5

J.V.L. Paciente masculino de 6 años de edad, hijo de secretaria de una institución hospitalaria, con historia

de disfunción familiar y síndrome depresivo. Ingresó a urgencias por presentar hematuria. La madre refiere que ha sido estudiado previamente en otra institución en donde le practicaron urografía y cistoscopia, y le hicieron diagnóstico de "carcinoma de vejiga". Se solicitó resumen de historia a esa institución y no se encontraron registros de este paciente. Se repitieron exámenes de laboratorios para detección y estudio de hematuria los cuales son negativos, pero ocasionalmente, durante la hospitalización, la madre llama a enfermería para reportar que el niño presenta sangre en la orina, que en esos momentos es evidente. Se habla con el padre y la madre y se da salida para continuar manejo ambulatorio. Pocas semanas después el padre acude a consulta y comenta que la madre ha hecho un intento de suicidio serio y que el niño no ha vuelto a presentar hematuria desde su salida.

Caso 6

J.M.C. Paciente masculino de 3 años de edad, hijo de auxiliar de enfermería con historia de síndrome depresivo y disfunción familiar. Tiene múltiples consultas a urgencias y hospitalizaciones por cuadros de cefalea severa, dolor abdominal recurrente y episodios de incapacidad para la marcha. El examen físico del niño siempre ha sido reportado como normal. La madre insiste en que su hijo tiene una enfermedad que no ha sido diagnosticada y que los diferentes médicos de varias especialidades y supra-especialidades han sido incapaces de llegar a un diagnóstico. Le han practicado tomografía axial computarizada de cráneo (TAC), velocidades de conducción, endoscopia de vías digestivas altas, EEG, ecografías abdominales, etc. Todos estos reportados como normales. Se inicia seguimiento por consulta de pediatría y psiquiatría infantil en donde se evidencia mejoría progresiva de funcionalidad familiar, síndrome depresivo de la madre y salud general del paciente.

Consecuencias a largo plazo

Las consecuencias a largo plazo son tan serias para el niño afectado y potencialmente para los otros niños de la casa que se ha considerado el uso de videocámaras para vigilar al paciente. Nunca debe hacerse sin consentimiento legal de los padres, los cuales usualmente se niegan a hacerlo.^{9,14}

La tasa de mortalidad de los niños diagnosticados con síndrome de Munchausen por poder es de 9%. Las causas más frecuentes de muerte son sofocación y enve-

namiento. En aquellos pacientes que no habían sufrido previamente heridas físicas y fueron devueltos a sus familias, se encontró evidencia de maltrato subsecuente en 17% a los 2 años de seguimiento. Algunos estudios han evidenciado que tras la muerte del primer niño abusado puede iniciarse el síndrome en otro de los niños de la casa.^{8,17}

Es importante reconocer la psicopatología del cuidador sobrepreocupado y que hace daño directamente, pues de esto depende el nivel de intervención que habrá de realizarse.¹

Por todo lo anterior, se hace necesario y pertinente que el personal que tiene en sus manos el cuidado de los niños (pediatra y psiquiatra infantil) aprenda a sospechar, diagnosticar, seguir y tratar pacientes con síndrome de Munchausen por poder.

TRATAMIENTO

Dado que en los casos de síndrome de Munchausen por poder el diagnóstico no es sospechado por un tiempo prolongado porque la información colateral válida casi siempre está ausente, se debe intentar obtener una historia cuidadosa y detallada de otro miembro de la familia diferente de los padres.¹¹

El tratamiento de los pacientes y sus familias depende de la presentación clínica del mismo. Ante una madre muy ansiosa que está dispuesta a dejarse guiar por el personal médico en lo que respecta a la salud del niño, puede no ser necesario el reporte a las autoridades competentes de vigilancia de niños víctimas de abuso, pero se deberá mantener una vigilancia estrecha del caso. Si nos situamos al otro lado del espectro, cuando un cuidador está poniendo en riesgo la vida del niño, se debe reportar el caso de inmediato para que el niño sea ubicado en un lugar protegido fuera del hogar.² En cada caso se debe individualizar su manejo.

Decidir cómo y cuándo confrontar a la familia con el diagnóstico es clave para un buen manejo.⁹ Una vez establecido el diagnóstico, se debe informar al personal a cargo del paciente de la fabricación de los síntomas para así poder tomar en conjunto acciones dirigidas para garantizar la seguridad del niño. Posteriormente, a la familia se le debe informar en total privacidad y no en frente de terceros. El pediatra, el trabajador social y el psiquiatra infantil se pueden reunir para que la información sea dada de manera

empática y en una atmósfera no acusatoria. Al cuidador involucrado se le debe ofrecer ayuda terapéutica en lugar de acusarlo y criticarlo. Siempre debe tenerse en cuenta que el riesgo de abuso aumenta tras la confrontación, por lo que el niño debe quedar bajo supervisión estrecha.¹¹

Se recomienda que los profesionales del equipo a cargo del manejo de estos niños reciban algún tipo de apoyo por parte de psiquiatría infantil, pues estos casos invariablemente causan emociones fuertes en el personal, además de divisiones, tensiones e interacciones difíciles.¹³ El personal debe tener oportunidad de expresar sus sentimientos, como incredulidad, culpa por las intervenciones médicas innecesarias o rabia contra el cuidador involucrado u otros miembros del equipo.¹¹

Asistir y cuidar a una familia que presente un síndrome de Munchausen por poder requiere de atención a los detalles más pequeños, perseverancia y compromiso a largo plazo y, en general, incluye interacciones estrechas con las agencias de servicio social y con instancias legales.⁹

No existen potenciales conflictos de interés presentes en los autores de este trabajo o en sus familiares cercanos que puedan influir en los juicios respecto a las conclusiones del presente manuscrito.

REFERENCIAS

1. Forsyth B. Munchausen Syndrome by Proxy. *Child and Adolescent Psychiatry: A Comprehensive Textbook*. 2ª ed. Baltimore: Williams & Wilkins, 2002.
2. Stirling J. Beyond Munchausen Syndrome by Proxy: Identification and treatment of child abuse in a medical setting. *Pediatrics* 2007;119:1026-1030.
3. Asher R. Munchausen's Syndrome. *Lancet* 1951;1:339-341.
4. Meadow R. Munchausen Syndrome by Proxy. *Arch Dis Childhood* 1982;57:92-98.
5. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4ª ed. Text Revision. Washington: American Psychiatric Association, 2000. p. 781.
6. Denny SJ, Grant CC, Pinnock R. Epidemiology of Munchausen Syndrome by Proxy in N Z. *J Pediatrics Child Health* 2001;37:240-243.
7. Goss PW, Macdougall PN. Munchausen Syndrome by Proxy. A cause of pre-term delivery. *Med J Australia* 1992;157:814-817.
8. Rosenberg D. A web of deceit: Literature review of Munchausen Syndrome by Proxy. *Child Abuse Neglect* 1987;11:547-563.
9. Goldfarb J. A physician's perspective on dealing with cases of Munchausen by Proxy. *CI Pediatrics*. 1998;37:187-190.
10. Schreier HA, Libow JA. Munchausen by Proxy Syndrome: a modern pediatric challenge. *J Pediatrics* 1994;125:110-115.
11. Moldavsky M, Stein D. Munchausen Syndrome by Proxy: two cases report and an update of literature. *Int J Psychiatry Med* 2003/2004;33(4):411-423.
12. Masterson J, Dunworth R, Williams N. Extreme illness exaggeration in pediatric patients: A variant of Munchausen by Proxy. *Am J Orthopsychiatry* 1988;58:188-195.
13. Rosenberg AR. Munchausen Syndrome by Proxy. *Child Abuse Medical Diag Management* 1994:266-277.
14. Bools CN, Neale BA, Meadow R. Follow up of victims of fabricated illness. *Arch Dis Child* 1993;69:625-630.
15. Forsyth BWC. Munchausen Syndrome by Proxy. *Child Adolesc Psychiatry* 1996:1048-1054.
16. Waller DA. Case report: obstacles to the treatment of Munchausen by Proxy Syndrome. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1983;22:80-85.
17. Meadow R. Unnatural sudden infant death. *Arch Dis Childhood* 1999;80:7-14.