



<https://doi.org/10.18233/apm.v44i5.2461>

Munchausen por poder: Experiencia en un hospital pediátrico de tercer nivel de atención en México

Munchausen by proxy: Experience of a pediatric tertiary care hospital in Mexico.

Alexa Vélez Ortiz¹, Corina Araceli García Piña,² Paula Argüelles Alcázar,¹ Patricia Solís Iniesta³

Resumen

ANTECEDENTES: Munchausen por poder, o trastorno facticio impuesto a otro, constituye una forma de maltrato infantil difícil de detectar en la que las personas encargadas del cuidado de un Niño, Niña o Adolescente (NNA), generalmente la madre, exageran los síntomas de una enfermedad existente, inventan historias, falsifican síntomas o alteran estudios y los pacientes son sometidos a una serie de estudios, procedimientos y tratamientos innecesarios, potencialmente dañinos.

OBJETIVO: Identificar las características de los pacientes con Munchausen por poder, los síntomas y enfermedades más frecuentes y las características del cuidador principal.

MATERIALES Y MÉTODOS: Se realizó un estudio observacional, retrospectivo, transversal, descriptivo de los casos atendidos en un periodo de 6 años en la Clínica de Atención Integral al Niño Maltratado (CAINM) del Instituto Nacional de Pediatría.

RESULTADOS: De los casos estudiados, no hubo diferencias en cuanto al género, la presentación habitual fue con una media de 5 años. Con relación a las características clínicas, predominó la sintomatología mixta, caracterizadas por afecciones respiratorias, gastrointestinales y hematológicas. La madre fue la principal cuidadora.

CONCLUSIÓN: Munchausen por poder es difícil de detectar por la variabilidad del cuadro clínico, se presenta en el ámbito médico lo que conlleva al clínico a perpetuar el ciclo y posible daño. Estar familiarizado con esta condición, ayuda a sospechar y canalizar los casos oportunamente.

PALABRAS CLAVE: Munchausen por poder, trastorno facticio impuesto a otro, maltrato infantil.

Abstract

INTRODUCTION: Munchausen by proxy constitutes a form of child abuse in which the people in charge of caring for a child or adolescent (Children or Adolescents), usually the mother, exaggerate the symptoms of an existing illness, invent stories, falsify symptoms or alter studies. It is usually difficult to detect, patients are subjected to a series of unnecessary and potentially harmful studies, procedures and treatments.

OBJECTIVE: Identify the characteristics of patients with Munchausen by proxy, the most frequent symptoms and pathologies and the characteristics of the main caregiver.

MATERIALS AND METHODS: An observational, retrospective, cross-sectional, descriptive study was carried out on the cases treated over a period of 6 years at the Clinic for Comprehensive Care of Abused Children (CAINM) of the National Institute of Pediatrics.

RESULTS: Of the cases studied, there were no differences in terms of gender, the usual presentation was with an average of 5 years, in relation to the clinical characteristics,

¹ Residente de tercer año de Pediatría.

² Coordinadora de la clínica de atención integral del niño maltratado.

³ Adscrita a la clínica de atención integral del niño maltratado. Instituto Nacional de Pediatría, Ciudad de México, México.

Recibido: 26 de enero del 2022

Aceptado: 18 de septiembre de 2023

Correspondencia

Alexa Vélez Ortiz
alexavelez.2509@gmail.com

Este artículo debe citarse como: Vélez-Ortiz A, García-Piña CA, Argüelles-Alcázar P. Munchausen por poder: Experiencia en un hospital pediátrico de tercer nivel de atención en México. Acta Pediatr Mex 2023; 44 (5): 353-364.

mixed symptoms predominated, characterized by respiratory, gastrointestinal and hematological conditions. In relation to family characteristics, the mother was the main caregiver.

CONCLUSION: This is an entity that is difficult to detect, due to the variability of the clinical picture, it occurs in the medical field, which leads the doctor to perpetuate the cycle and possible damage. Being familiar with this condition helps to suspect and channel cases in a timely manner.

KEYWORDS: Munchausen by proxy, factitious disorder imposed on another, child abuse.

ANTECEDENTES

El término Munchausen por poder ha tenido cambios a través de la historia, fue descrito por primera vez por el Doctor Richard Asher en 1951, quien lo nombró así, recordando al barón de Munchausen, quien narraba historias de aventuras fantásticas con detalles exagerados y facticios sobre sí mismo; historias difíciles de creer.¹ Otros autores han propuesto el nombre de Abuso Médico Infantil, debido a que ocurre en el ámbito médico.^{2,3}

En la última versión del manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-V) se denomina: “trastorno facticio impuesto al otro”.⁴ Los trastornos facticios se caracterizan por síntomas físicos o psicológicos fingidos o producidos intencionadamente con el fin de asumir el papel de enfermo, cuando es “impuesto a otro” constituye una forma de maltrato en la que las personas encargadas del cuidado de un Niño o, Niña o Adolescente (NNA) exageran los síntomas de una enfermedad existente, inventan historias, falsifican síntomas, alteran muestras o estudios, logrando engañar a otros, principalmente a profesionales de la salud; en el 95% de los casos la responsable es la madre.^{5,6}

El trastorno facticio impuesto a otro es un tipo de maltrato infantil que suele ser difícil de detectar, las NNA son sometidos a una serie de estudios, procedimientos y tratamientos innecesarios potencialmente dañinos. Por lo general, los síntomas no se presentan directamente por los médicos, los más comunes son: fiebre, convulsiones, vómitos, síntomas gastrointestinales y problemas respiratorios, entre otros.⁷ La *American Professional Society on the abuse of children* describe las formas y manifestaciones en que un NNA puede experimentar esta forma de maltrato.⁸ (**Cuadro 1**)

A pesar que existen ciertos criterios, su detección es compleja, por lo que se recomienda que los casos sean abordados por un equipo de profesionales con especialización y experiencia en el tema. Por su parte, Rosenberg describió criterios para el apoyo en la integración diagnóstica;^{9,10} (**Cuadro 2**) no obstante, es necesario tomar en cuenta que existe una amplia gama de manifestaciones que no están incluidas en estos reportes.

La Academia Americana de Pediatría reporta que es un tema poco reconocido, estima una incidencia de 0.5 a 2.0 por 100,000 NNA menores de 16 años, aunque dicha estimación no

Cuadro 1. Tipos de falsificación

Tipo de falsificación	Ejemplo
Información falsa	Proporcionar información falsa sobre síntomas actuales, limitaciones, historial médico u otra historia del niño. <i>Ejemplo: decir que un niño tiene convulsiones cuando no hay y proporcionar diagnóstico médico alterando de la documentación.</i>
Ocultar información	No proporcionar la información pertinente que ayude a explicar la enfermedad del niño <i>Ejemplo: no informar al médico que el niño está vomitando debido al veneno que se acaba de administrar.</i>
Exageración	Proporcionar información clínica distorsionada en la que no hay mejora para que el niño sea visto como gravemente enfermo o discapacitado. <i>Ejemplo: reportar convulsiones más frecuentes o resistentes al tratamiento.</i>
Simulación	Alterar muestras biológicas o procedimientos de pruebas médicas para obtener resultados anormales. <i>Ejemplo: presentación de muestras de orina contaminada, colocación de sangre en muestra de heces o interferir con una prueba de diagnóstico para producir resultados anormales.</i>
Omisión	Retener medicamentos, nutrición o tratamientos para exacerbar los síntomas. <i>Ejemplo: no administrar la medicación para las convulsiones según lo prescrito.</i>
Entrenamiento (alienar)	Manipular al niño para responder las preguntas de los clínicos y otros de manera que corrobora las afirmaciones falsas del abusador. <i>Ejemplo: repiten lo que el abusador les ha dicho como si fuera un hecho real.</i>

Cuadro tomado de APSAC Taskforce. Munchausen by Proxy: Clinical and Case Management Guidance. Am Prof Soc Abuse Child. 2017.

Cuadro 2. Criterios de Rosemberg

• El diagnóstico no coincide con los hallazgos objetivos.
• Los signos o síntomas son extraños.
• El cuidador no expresa alivio cuando se le dice que el niño está mejorando o no tiene una enfermedad particular.
• Historias inconsistentes de síntomas de diferentes observadores.
• El cuidador insiste en procedimientos invasivos o dolorosos y hospitalizaciones.
• El comportamiento del cuidador no coincide con la angustia expresada o el informe de síntomas (se muestra inusualmente tranquilo).
• Los signos y síntomas se presentan en presencia del cuidador.
• El hermano tiene o tuvo una enfermedad o muerte inusual o inexplicable.
• Aparente sensibilidad a múltiples sustancias o medicamentos.
• La enfermedad no responde a tratamientos usuales o presenta una intolerancia inusual.

Cuadro tomado de Flaherty, E. G., MacMillan, H. L., & Committee on Child Abuse and Neglect. Caregiver-fabricated illness in a child: A manifestation of child maltreatment. Pediatrics 2013.

representa la cifra real, ya que es un problema subdiagnosticado.¹¹

La complejidad y falta de conocimiento de esta entidad, lleva a profesionales de la salud a minimizar los hechos, aunado a ello, al detectar un posible caso y no brindar el seguimiento necesario, egresarlo o negarle la atención es un grave error, ya que estas acciones perpetúan el

problema, pues los responsables seguirán acudiendo a instituciones de salud y las NNA serán sometidos a pruebas invasivas, tratamientos médicos y quirúrgicos inapropiados que, en algunos casos, ocasionarán consecuencias graves e incluso llevarles a la muerte.^{12,13}

En cuanto al tratamiento, continúa siendo un reto, la intervención pediátrica es esencial, por

ser área de primer contacto en su detección, así como la intervención del área de salud mental, psiquiatría y psicológica son clave en el diagnóstico, tratamiento y seguimiento.^{5,8,14}. Se recomienda no confrontar a la madre; será necesario promover una alianza terapéutica y buscar otras redes de apoyo familiar. En algunos casos se requiere intervención legal, principalmente cuando existe riesgo elevado de daño, sin embargo, siempre existe la posibilidad de que el cuidador abandone la atención y busque reiteradamente otras alternativas, principalmente al sentirse descubierto.¹⁵

OBJETIVO

Identificar las características de los pacientes con Munchausen por poder, los síntomas y enfermedades más frecuentes, así como las características del cuidador principal

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional, retrospectivo, transversal, descriptivo en el que se incluyeron pacientes con Munchausen por poder valorados por la Clínica de Atención Integral al Niño Maltratado del Instituto Nacional de Pediatría, el diagnóstico fue realizado por un equipo interdisciplinario en un periodo de 6 años, de enero del 2016 a diciembre del 2021. Para tal efecto, se revisaron los expedientes clínicos realizando un análisis descriptivo de las siguientes variables: edad y sexo de los pacientes, tomando como referencia el tipo de manifestaciones establecidas por *American Professional Society on the abuse of children*, se realizó un cuadro con los datos detectados en esta serie⁸ (**Cuadro 1**). Del mismo modo, se tomaron en cuenta los criterios establecidos por Rosemberg para ejemplificar los resultados del estudio.^{9,10} (**Cuadro 2**). Así mismo, se revisaron las características de cuidador primario o posible responsable como sexo, edad, nivel de escolaridad, conocimientos médicos y uso

de lenguaje médico, estado civil y en algunos casos valoración de su estado mental.

RESULTADOS

En el periodo establecido se revisaron 940 expedientes, de los cuales se obtuvieron 14 casos con diagnóstico de Munchausen por poder. En el **cuadro 3** se reúnen los datos de los pacientes, no se encontró diferencia en sexo, fueron 7 mujeres y 7 hombres, los rangos de edad oscilan entre dos meses de edad y 13 años, la moda de presentación es a los 5 años de edad, representando el 21.4% del total.

Con relación a la presentación clínica, como se observa en el **cuadro 1**, la mayoría de casos reportaron sintomatología mixta, como síntomas de vías aéreas caracterizados por: epistaxis, tos, rinorrea, prurito nasal, estornudos, odinofagia, úlceras orales, dificultad para respirar y hemoptisis, refiriendo contar con el diagnóstico de síndrome de apnea del sueño, sinusitis, alergias alimentarias, infecciones de repetición, angioedema, neumopatía crónica, asma, aspiración de cuerpo extraño y apnea obstructiva del sueño.

En otros casos, se reportaron síntomas neurológicos refiriendo como diagnóstico cuadriparesia transitoria, disfunción vestibular ocasional, disquinesia cerebelosa, epilepsia parcial compleja, encefalitis, masa del sistema nervioso y migraña. También fueron reportado síntomas cardiovasculares como palpitaciones, desvanecimientos, mencionando diagnósticos disautonomías, arritmias, insuficiencia aórtica y síncope neurocardiogénico. Además, fueron reportados síntomas y patologías gastrointestinales reportando regurgitaciones, náusea, vómito, intolerancia vía oral, hiporexia, dolor abdominal, estreñimiento, distensión abdominal, hematemesis, sangrado y prurito anal, señalando contar con el diagnóstico de reflujo gastroesofágico, acalasia, dispepsia, disquesia, esofagitis, alergia al gluten o a la proteína de la leche de vaca y fisuras anales.

Cuadro 3. Características clínicas de los pacientes (continúa en la siguiente página)

N°	Género	Edad	Tipo de falsificación	Aparatos afectados	Síntomas/ Patología
Caso 1	Fem.	6 meses	Información falsa	Generales	Fiebre
				Neurológico	Crisis convulsivas/ Epilepsia parcial compleja
				Vías aéreas superiores	Tos, epistaxis
				Pulmonar	Cianosis, dificultad para respirar/ Neumonía
				Gastrointestinal	Regurgitación/ Reflujo gastroesofágico
				Genitales	Sangrado transvaginal
Caso 2	Masc.	11 meses	Información falsa Simulación	Generales	Fiebre
				Vías aéreas superiores	Tos, rinorrea
				Pulmonar	Dificultad para respirar/ Neumopatía crónica
				Gastrointestinal	Vómito, diarrea, regurgitaciones, hematemesis, dolor anal/fisura anal
				Genitales	Vesículas/Abuso sexual
				Hematológico	Sangrado/Neutropenia cíclica
Caso 3	Fem.	13 años	Información falsa, Exageración, Ocultar información, Entrenamiento	Neurológico	Cefalea, alteración del estado de alerta/ Encefalitis, masa en SNC
				Vías aéreas superiores	Tos, rinorrea/Alergias ambientales
				Pulmonar	Dificultad para respirar/ Asma
				Gastrointestinal	Nausea, vómito intolerancia vía oral, disfagia a sólidos y líquidos, estreñimiento, dolor abdominal/ Acalasia
				Urinario	Retención urinaria
				Psiquiátrico	Impulsividad/ Trastorno límite de la personalidad
Caso 4	Masc.	2 años	Información falsa, Exageración, Ocultar información	Generales	Fiebre
				Neurológico	Cefalea, alteración del equilibrio, hipocusia, movimientos involuntarios, cuadriparesia transitoria / Disfunción vestibular, meningitis
				Vías aéreas superiores	Tos, rinorrea
				Cardiovascular	Palpitaciones, desvanecimiento/ Taquicardia, disautonomía, arritmias
				Pulmonar	Dificultad para respirar
				Gastrointestinal	Dispepsia, regurgitación, hipo, dolor abdominal, prurito anal.
Urinario	Orina con espuma/ Recaída de síndrome nefrótico				
Musculoesquelético	Dolor de extremidades, dolor lumbar, mialgias, artralgias, atonía y parálisis de extremidades				

Cuadro 3. Características clínicas de los pacientes (continúa en la siguiente página)

N°	Género	Edad	Tipo de falsificación	Aparatos afectados	Síntomas/ Patología
Caso 5	Masc.	3 años	Información falsa, Exageración, Ocultar información,	Generales	Fiebre
				Vías aéreas superiores	Tos, rinorrea, odinofagia
				Gastrointestinal	Dolor abdominal, regurgitaciones, vómito, distensión abdominal, atragantamiento, estreñimiento, disfagia a sólidos
				Urinario	Urgencia miccional, disuria, pujo, tenesmo/ Infecciones de repetición
Caso 6	Masc.	9 años	Información falsa, Ocultar información.	Generales	Fiebre, pérdida de peso
				Neurológico	Pérdida del estado de alerta
				Vías aéreas superiores	Epistaxis
				Cardiovascular	Palpitaciones/ Arritmias
				Pulmonar	Disnea, cianosis
				Urinario	Hematuria
				Genitales	Dolor testículo derecho/ Cáncer testicular, quiste de epididimo
Musculoesquelético	Dolor extremidad inferior derecha				
Caso 7	Masc.	5 años	Ocultar información	Neurológico	Pérdida del estado de alerta, crisis convulsivas, superversión de la mirada
Caso 8	Fem.	9 años	Información falsa, exageración simulación, entrenamiento	Neurológico	Cefalea
				Vías aéreas superiores	Tos, rinorrea, prurito nasal, epistaxis
				Pulmonar	Hemoptisis, dificultad para respirar/ Aspiración de cuerpo extraño
				Gastrointestinal	Dolor abdominal, regurgitación, estreñimiento/ Esofagitis
				Urinario	Disuria, pujo, tenesmo vesical/proteinuria
				Genitales	Leucorrea, verrugas vulvares, metrorragia, dismenorrea/ abuso sexual, miomatosis uterina
Musculoesquelético	Coxalgia derecha, dolor articular, lumbar y cervical				

Cuadro 3. Características clínicas de los pacientes (continúa en la siguiente página)

N°	Género	Edad	Tipo de falsificación	Aparatos afectados	Síntomas/ Patología
Caso 9	Fem.	12 años	Información falsa, exageración, simulación, ocultar información entrenamiento	Generales	Fiebre
				Neurológico	Crisis convulsivas, cefalea, movimientos involuntarios/ Migraña, epilepsia, disquinesia cerebelosa
				Vías aéreas superiores	Tos, rinorrea, prurito nasal
				Cardiovascular	Palpitaciones, desvanecimiento/ Disautonomía, displasia ventricular arritmogénica, insuficiencia aórtica, síncope neurocardiogenico
				Pulmonar	Dificultad respiratoria
				Gastrointestinal	Dolor abdominal, náusea, distensión abdominal, estreñimiento, diarrea / Alergia al gluten
				Urinario	Disuria, tenesmo, pujo, urgencia miccional/ Infecciones recurrentes
				Genitales	Hipermenorrea, dismenorrea / quistes ováricos
Caso 10	Fem.	5 años	Información falsa, exageración, entrenamiento	Musculoesquelético	Paresia de miembros superiores
				Generales	Fiebre, pérdida de peso
				Neurológico	Cefalea
				Vías aéreas superiores	Sinusitis, rinitis, ronquidos
				Pulmonar	Apnea, dificultad para respirar/ Asma, Apnea obstructiva del sueño
				Gastrointestinal	Disfagia a sólidos, regurgitación, vómitos, intolerancia vía oral, diarrea, estreñimiento
				Urinario	Disuria, tenesmo, pujo, hematuria
Hematológico	Sangrado/ Alteraciones en la coagulación				
Caso 11	Masc.	4 años	Información falsa, exageración	Generales	Fiebre
				Vías aéreas superiores	Edema de la lengua, ronquidos/ Angioedema
				Pulmonar	Dificultad para respirar /Apnea Obstructiva del Sueño
				Musculoesquelético	Múltiples fracturas
Caso 12	Fem.	10 años	Información falsa, exageración, simulación, entrenamiento, ocultar información	Generales	Fiebre, fatiga, astenia, adinamia
				Neurológico	Parestesias, cefalea
				Vías aéreas superiores	Odinofagia, úlceras orales
				Cardiovascular	Palpitaciones
Gastrointestinal	Dolor abdominal, náusea, disfagia, hiporexia				
Musculoesquelético	Lumbalgia, dolor cervical y dorsal				

Cuadro 3. Características clínicas de los pacientes (continuación)

N°	Género	Edad	Tipo de falsificación	Aparatos afectados	Síntomas/ Patología
Caso 13	Fem.	5 años	Información falsa, ocultar información, exageración, Omisión	Generales	Fiebre
				Gastrointestinal	Dolor abdominal, vómito
				Urinario	Incontinencia urinaria, enuresis, urgencia miccional, disuria/ Infecciones de repetición
				Neurológico	Mioclonías, crisis convulsivas/ Epilepsia
Caso 14	Masc.	2 meses	Información falsa, ocultar información, simulación, exageración, omisión	Cardiovascular	Arritmias
				Gastrointestinal	Dolor abdominal regurgitación, vómito, diarrea, distensión abdominal/ Alergia a la proteína de la leche de vaca
				Urinario	Hematuria
				Hematológico	Sangrados (oral, tubo digestivo rectal, vías urinarias y nasal)

Cuadro original: Resumen de las características de los pacientes atendidos en la Clínica de Atención Integral del Niño Maltratado, tipo de falsificación, sistemas afectados, síntomas reportados y supuestas patologías diagnosticadas.

En cuanto a afección aparente al tracto urinario, se reportaron síntomas como disuria, hematuria, pujo, tenesmo, incontinencia urinaria, enuresis, urgencia miccional, retención urinaria. Reportaron contar con el diagnóstico de recaída de síndrome nefrótico, infecciones de repetición, proteinuria. Síntomas genitales como dolor testicular, leucorrea, hipermenorrea y dismenorrea. Mencionan contar con el diagnóstico de quistes ováricos, abuso sexual, verrugas vulvares, miomatosis uterina, cáncer testicular y quiste de epidídimo. Los síntomas hematológicos fueron menos frecuentes, reportando sangrado por alteraciones en la coagulación, leucemia y neutropenia. Los síntomas osteoarticulares como dolor de extremidades, dolor lumbar, mialgias, artralgias, atonía, parálisis de extremidades, deformidad de rodillas, paresias también fueron reportados. **Cuadro 3**

Con relación al tipo de falsificación, se observó que la forma más frecuente fue la aportación de información falsa, seguida de exageración u omitir información; el 35.7% de los pacientes presentaban el mismo lenguaje que sus cuidadoras y repetían los síntomas que ellas informaban

al médico, sobre todo en presencia de la madre.

Figura 1

Como dato sobresaliente a la forma de presentación se observó que el diagnóstico con el cual ingresó el paciente no coincidía con los hallazgos objetivos, los signos y síntomas se presentaron en presencia del cuidador; la enfermedad no responde a tratamientos usuales o presentó una intolerancia inusual. Respecto al cuidador, este no manifestó alivio cuando se le informa que paciente está mejorando o no presentaba una enfermedad particular. Otro criterio clínico encontrado fue la presencia de signos o síntomas extraños que no mejoraban con tratamiento habitual, aunado a inconsistencias en la historia de los síntomas. **Cuadro 4**

Se observó, con relación al cuidador primario, que las madres fueron las principales responsables en 13 casos, un paciente correspondió al padre como responsable, en este caso se encontraron datos de probable simulación, sin embargo, dejó de acudir a sus citas y no concluyó su valoración. En cuanto al estado civil, el 50% estaban casadas, el 42.8% separadas y

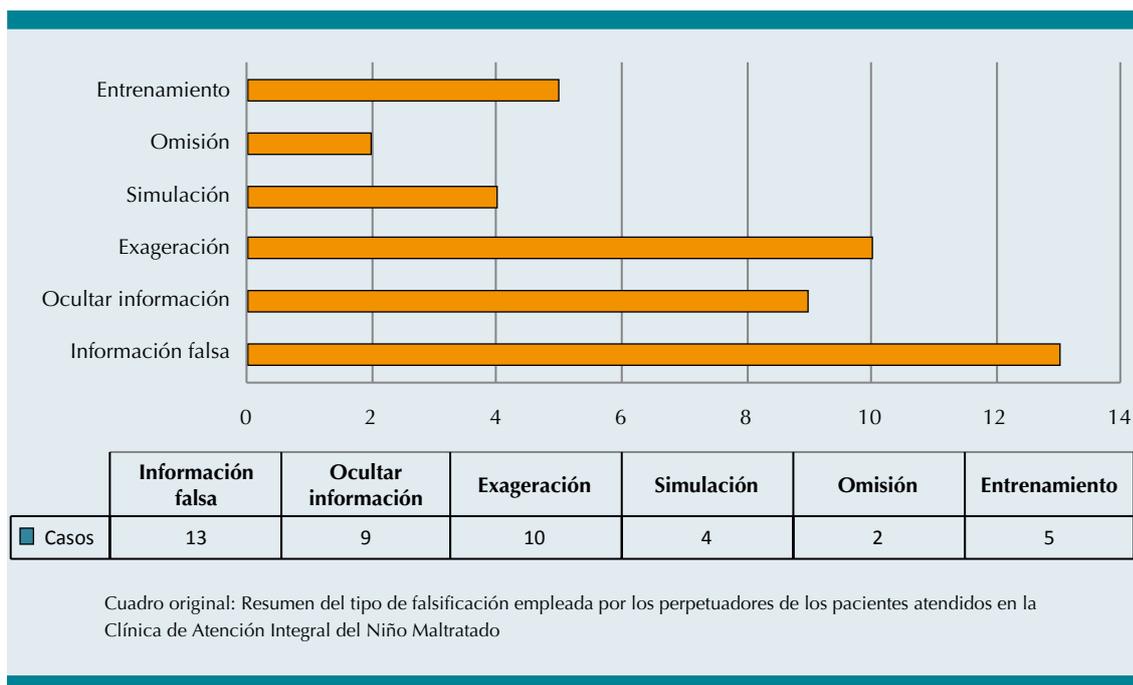


Figura 1. Frecuencia de tipo de falsificación.

Cuadro 4. Frecuencia de los Criterios de Rosemberg

Criterios de Rosemberg	Casos	Porcentaje
El diagnóstico no coincide con los hallazgos objetivos.	14	100%
Los signos o síntomas son extraños.	11	78%
Historias inconsistentes de síntomas de diferentes observadores.	13	96%
Los signos y síntomas se presentan en presencia del cuidador.	14	100%
Aparente sensibilidad a múltiples sustancias o medicamentos.	2	14%
La enfermedad no responde a tratamientos usuales o presenta una intolerancia inusual.	14	100%
El cuidador no expresa alivio cuando se le dice que el niño está mejorando o no tiene una enfermedad particular	14	100%
El cuidador insiste en procedimientos invasivos o dolorosos y hospitalizaciones	11	78%
El comportamiento del cuidador no coincide con la angustia expresada o el informe de síntomas (se muestra inusualmente tranquilo)	14	100%
El hermano tiene o tuvo una enfermedad o muerte inusual o inexplicable	2	14%

Cuadro original: criterios en la población atendida en la Clínica de Atención Integral del Niño Maltratado.

el 8% solteras. El 71.4% no contaban con algún conocimiento asociado a los cuidados de la salud, 35.7% contaban con estudios asociados a los cuidados de la salud y el 21.4% contaban con un trabajo relacionado a los cuidados de la salud. Cabe señalar que la mayoría de madres se dedicaban a labores domésticas, el 35.7% tenían un empleo en otra área. Un dato a destacar es que, al momento de la valoración, el 78.5% utilizaban términos médicos en su lenguaje.

Cuadro 5

DISCUSIÓN

Nuestro estudio coincide con otros en donde la responsable es la madre como cuidador principal, la edad oscila entre los 19 a 32 años, carecen de empleo y presentan una dinámica familiar desestructurada, pueden ser víctimas de violencia actual o en la infancia.^{5, 15,16} En

cuanto al tipo de presentación, es importante tomar en cuenta que se pueden presentar de forma variada y mixta, en nuestro estudio la más común fue el otorgar información falsa, inventar o exagerar síntomas y diagnósticos al momento de la valoración.^{5,13}

Sugerimos tomar en cuenta la sospecha diagnóstica cuando el cuidador refiera múltiples diagnósticos, antecedente de haber recibido tratamientos sin mejoría y que al interrogatorio dirigido los síntomas reportados y la exploración física del paciente no coinciden con el diagnóstico referido.^{17,18}

Otro aspecto a considerar es que al tratarse de síntomas o diagnósticos más elaborados, es probable que el cuidador cuente con conocimientos médicos o haya investigado respecto a la enfermedad, por lo que es necesario explorar

Cuadro 5. Características del cuidador primario

Nº	Cuidador primario	Edad	Estado civil	Escolaridad asociada a medicina	Ocupación	Uso Vocabulario Médico	Diagnóstico Psiquiátrico
Caso 1	Madre	23 años	Casada	Si	Hogar	Si	No
Caso 2	Madre	24 años	Soltera	No	Otro	Si	No
Caso 3	Madre	47 años	Separada	No	Hogar	No	No
Caso 4	Madre	43 años	Casada	No	Hogar	Si	No
Caso 5	Madre	32 años	Casada	No	Hogar	Si	No
Caso 6	Padre	39 años	Separado	No	Otro	No	Si
Caso 7	Madre	26 años	Casada	Si	Relacionado a medicina	Si	No
Caso 8	Madre	35 años	Casada	No	Otro	Si	No
Caso 9	Madre	46 años	Separada	Si	Relacionado a medicina	Si	Si
Caso 10	Madre	33 años	Separada	No	Hogar	Si	Si
Caso 11	Madre	41 años	Separada	No	Relacionado a medicina	Si	Si
Caso 12	Madre	36 años	Separada	No	Otro	Si	No
Caso 13	Madre	47 años	Casada	Si	Hogar	Si	No
Caso 14	Madre	25 años	Casada	No	Otro	No	Si

Cuadro original: Resumen de las características de los perpetradores de los pacientes atendidos en la Clínica de Atención Integral del Niño Maltratado.

este aspecto durante la valoración. Se sugiere que, ante la sospecha diagnóstica, el paciente sea supervisado constantemente en el ambiente hospitalario, ya que las estrategias utilizadas son múltiples, en esta serie de pacientes, un caso presentaba hipoglucemias severas por administración de metformina, otra cuidadora guardaba medicamentos y no permitía que enfermería los administra, un paciente presentó "hematuria" persistente, descubriendo a la madre contaminando las muestras, en otros casos se reportó fiebre de alto grado o vómitos persistentes sin causa aparente.

En cuanto a las características del paciente, no encontramos diferencias respecto al sexo. En relación a la edad los casos más frecuentes fueron de uno a hasta 5 años, el 41.8% de la población se encontró en este rango al momento del diagnóstico; sin embargo, hay que aclarar que la edad del diagnóstico no corresponde a la edad en la que empezaron los síntomas, los pacientes escolares detectados en esta serie, ya contaban con un amplio antecedente de hospitalizaciones y estudios realizados. En cuanto a la dinámica familiar se observó que el 50% tenían mala comunicación y relación con su pareja o familiares quienes frecuentemente eran periféricos a la enfermedad de los pacientes, esto coincide con otros estudios donde reportan datos similares.^{19,20}

Los trastornos facticios están relacionados fuertemente a personas que trabajan en el cuidado de la salud, en los casos analizados, el 28.5% contaban con algún tipo de formación en el ámbito médico y el 21.4% de las perpetradoras tenían una ocupación asociado a cuidados de la salud, por lo que sugerimos profundizar en este aspecto.^{5,11}

CONCLUSIÓN

Los trastornos facticios conforman una forma de maltrato infantil compleja y difícil de detectar,

son un reto diagnóstico por los pediatras. Es importante recalcar que la agresión es ejercida inicialmente por el cuidador primario, sin embargo, el personal de la salud también interviene cuando somete al paciente a intervenciones innecesarias al no sospechar o diagnosticar oportunamente esta condición.^{2,3,6,16}

A pesar de existir diversidad en el cuadro clínico reportado, se observó que los cuadros que se presentaron con mayor frecuencia incluyen afecciones respiratorias y gastrointestinales, siendo la fiebre el síntoma más reportado. Debido a la falta de unificación del sistema de salud y la comunicación entre instituciones, el seguimiento de los casos es complejo, situación que perpetua el maltrato infantil. No se recomienda confrontar a la madre, será necesario promover una alianza terapéutica y buscar otras redes de apoyo familiar.^{5,21} En algunos casos se requiere intervención legal, principalmente cuando existe riesgo elevado de daño, sin embargo, es desalentador dado que es una entidad desconocida en el sistema penal. Recordar que siempre existe la posibilidad de que el cuidador abandone la atención y busque reiteradamente otras alternativas, principalmente al sentirse descubierto.^{12,22}

La serie de casos revisados en nuestro estudio permite establecer características demográficas y clínicas generales que pueden ser de apoyo para los médicos pediatras en la atención de esta compleja entidad, sin embargo, se requieren estudios con mayor número de casos para establecer frecuencias y riesgos, no obstante, este será la línea de inicio para estudios posteriores.

REFERENCIAS

1. Ali-Panzarella AZ, Bryant TJ, Marcovitch H, Lewis JD. Medical Child Abuse Munchausen Syndrome by Proxy: Multidisciplinary Approach from a Pediatric Gastroenterology Perspective. *Curr Gastroenterol Rep.* 2017 Apr;19(4):14. doi: 10.1007/s11894-017-0553-1. PMID: 28374307.
2. Asher R. Munchausen's syndrome. *Lancet.* 1951 Feb 10;1(6650):339-41. doi: 10.1016/s0140-6736(51)92313-6.

3. Scully A, Small A, West A, Bachim A. Medical Child Abuse or Munchausen Syndrome by Proxy. In: Maldonado-Duran, J.M., Jimenez-Gomez, A., Saxena, K. (eds) Handbook of Mind/Body Integration in Child and Adolescent Development. Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-031-18377-5_10
4. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. Arlington: American Psychiatric Publishing; 2013. p. 324–6
5. Mayo Clinic. Trastorno Facticio 2017. <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/factitious-disorder/symptoms-causes/syc-20356028>
6. Lauren B D, Faust J, Ryan A, Black D, Alexander A. Personality profiles of factitious disorder imposed by mothers: A comparative analysis. *Journal of Child Custody*. 2017; 14: 191-208
7. APSAC Taskforce. Munchausen by Proxy: Clinical and Case Management Guidance. *Am Prof Soc Abus Child*. 2017;1-29.
8. The American Professional Society on the Abuse of Children. Munchausen by proxy: Clinical and case management guidance. APSAC Advisor 2018.
9. Rosenberg DA. Web of deceit: a literature review of Munchausen syndrome by proxy. *Child Abuse Negl*. 1987; 11:547-563.
10. Rosenberg DA. Munchausen syndrome by proxy: medical diagnostic criteria. *Child Abuse Negl*. 2003;27:421–430
11. Roesler TA, Carole-Jenny,. Medical Child Abuse: beyod Munchausen Syndrome by Proxy. *American Academy of Pediatrics*. 2008. <https://doi.org/10.1542/9781581105131>
12. Lovaglio, G. S. y Del Bagge, P. Síndrome de Münchausen por poderes. Alto riesgo para la vida de niños, niñas y adolescentes. *Revista de Psicología*. 2021; 2: 123–138
13. Yates GP, Feldman MD. Factitious disorder: A systematic review of 455 cases in the professional literature. *Gen Hosp Psychiatry*. 2016;41:20-8.
14. Comas J.R. V V. Síndrome de Munchausen: cuadro clínico, diagnóstico diferencial y una propuesta de tratamiento. *Rev Fac Med UNAM*. 2005;48.
15. Gregory P, Yates GP, Marc D. Feldman MD, Factitious disorder: a systematic review of 455 cases in the professional literatura. *General Hospital Psychiatry*. 2016; 41: 20–28
16. García Losa E. Trastorno Facticio, simulación, enganche terapéutico dependencial y apego, en la Unidad de Salud Mental: Las personalidades subyacentes y la problemática asociada. <https://psiquiatria.com/trabajos/188.pdf> Revisado en enero 2022
17. Lanzarone A, Nardello R, Conti E, Zerbo S, Argo A. Child abuse in a medical setting: Case illustrations of two variants of munchausen sindrome by proxy. *Euro Mediterranean Biomed J*. 2017;12(10):47-50.
18. Goldfarb J. A Physician's Perspective On Dealing with Cases of Munchausen by Proxy. *Clin Pediatr (Phila)*. 1998;37(3):187-9
19. Gomes G. T, Germano M. María Eduarda. Síndrome de Munchausen by proxy: definición, contextualización y factores psíquicos involucrados. *Revista de Psicología (PUCP)*. 2014; 32(1):139-156
20. Morrell MS, Scott Tilley D. The Role of Nonperpetrating Fathers in Munchausen Syndrome by Proxy: A Review of the Literature. *Journal of Pediatric Nursing*. 2012; 27:328-35.
21. L. de Ugarte Moreno C. Trastorno facticio con síntomas psicológicos. Diagnóstico y tratamiento. ¿Es útil la confrontación? *Acta Esp Psiquiatr*. 2009;37:57-59
22. Bass C, Halligan P: Factitious disorders and malingering: challenges for clinical assessment and management. *Lancet*. 2014;383:1422-1432.