

Más allá del síndrome de Munchausen por poderes: identificación y tratamiento de los malos tratos infantiles en un ámbito médico

John Stirling, Jr, MD, y el Committee on Child Abuse and Neglect

El proceso conocido de forma difundida como síndrome de Munchausen por poderes comprende tanto los malos tratos físicos como el desamparo médico y también es una forma de maltrato psicológico. Aunque es una modalidad relativamente rara de malos tratos infantiles, es preciso que el pediatra mantenga un índice elevado de sospecha cuando se enfrenta a hallazgos o fracasos del tratamiento en apariencia inexplicables. La invención de una enfermedad pediátrica es una forma de malos tratos infantiles y no simplemente un trastorno de salud mental, y si el niño permanece en su domicilio, es posible que se asocie con muy mal pronóstico. En el presente informe, se identifican los factores que pueden ayudar al médico a reconocer este tipo insidioso de malos tratos infantiles que acontecen en un ámbito médico, y se proporcionan recomendaciones a los médicos relativas a cuándo informar a los servicios o departamentos nacionales de protección infantil.

INTRODUCCIÓN

En el aforismo tantas veces citado de Hipócrates, se amonesta al médico para que “ante todo, no perjudique”¹, y, con toda la razón. Aun cuando sean necesarios, en el mejor de los casos, los exámenes diagnósticos son molestos e incómodos y, con frecuencia, cruentos o dolorosos. El tratamiento entraña riesgos, porque en ocasiones incluye el ingreso hospitalario, la administración de fármacos o cirugía. Cuando el diagnóstico es difícil de establecer y los esfuerzos diagnósticos se vuelven más agresivos, el médico siempre debe sopesar los riesgos para el paciente frente a los beneficios de un diagnóstico preciso. Este cálculo es más importante que nunca en las raras circunstancias en las que el cuidador del paciente se inventa los signos o síntomas de la enfermedad en cuestión, en lo que tradicionalmente se ha denominado síndrome de Munchausen por poderes.

Las recomendaciones de este informe no indican un curso exclusivo del tratamiento o del procedimiento a seguir. Teniendo en cuenta las circunstancias individuales pueden estar indicadas las variaciones.

DESCRIPCIÓN

El Barón Von Munchausen es un personaje ficticio, cuyas divertidas y fantasiosas aventuras y proezas bélicas se han recreado en un libro cuya popularidad con el tiempo ha asociado este nombre con las mentiras bien contadas. Los médicos han tomado prestado el nombre para describir un grupo de pacientes cuyas molestias son inventadas, pero con tanta convicción que se someten a hospitalizaciones, pruebas de laboratorio e incluso cirugía innecesarias. El *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, cuarta edición (DSM-IV)* hace referencia a este síndrome como un “trastorno ficticio”² (300.19), y las motivaciones de esta conducta extraña continúan fascinando e intrigando a los médicos y psiquiatras.

En 1977, Meadow describió por primera vez los casos en los que los síntomas aparentes del síndrome se proyectaban en un niño a su cargo, cuando el padre se inventaba los signos y síntomas de una enfermedad inexistente³. Cuando las mentiras incluyen a un individuo al cargo de un adulto, como este caso, el proceso es comparable al síndrome de Munchausen experimentado “por poderes”, y dicho diagnóstico se incorporó al léxico médico. En el DSM-4, el proceso se propone como una nueva categoría llamada “trastorno ficticio por poderes”⁴.

No existe una presentación típica de esta entidad. Pueden suscitarse sospechas cuando los padres malinterpretan o exageran las conductas normales, y los casos reales fluctúan desde la invención evidente de los síntomas descritos hasta la falsificación total de los signos de la enfermedad. Los cuidadores pueden describir signos y síntomas indetectables para el observador médico, o el niño puede demostrar signos que desafían una interpretación médica. En los informes de casos, de modo apropiado o inapropiado, se ha denominado síndrome de Munchausen por poderes a una amplia variedad de situaciones, incluidos los ejemplos descritos más adelante:

- Una madre lleva a su hijo al consultorio del médico para evaluaciones frecuentes de abusos sexuales, incluso en ausencia de pruebas objetivas o de antecedentes de abusos⁵.
- La madre insiste en que su hijo necesita tratamiento para un trastorno por déficit de atención con hiperactividad aun cuando no se disponga de pruebas para establecer el diagnóstico⁶.

- Un padre provoca en su hijo un estado de inanición porque cree erróneamente que presenta múltiples alergias alimentarias⁷.
- Un médico sospecha un trastorno hematológico poco común después que la madre golpee a su hijo repetidas veces y a escondidas con un martillo⁸.
- Un padre asfixia a su hijo a propósito y le causa la muerte durante su hospitalización para una “apnea”⁹.

Es difícil imaginar cómo estas situaciones tan variadas pueden incluirse en la definición del síndrome. En algunos casos, simplemente el cuidador ha exagerado los síntomas del niño; en otros, los ha imaginado. En los peores casos las acciones intencionadas del cuidador han inducido los signos y síntomas de la enfermedad. En algunos pacientes, las consecuencias son menores, en otros, mortales. De hecho, lo único en común de las presentaciones descritas previamente son la insistencia del cuidador en que algo va mal, la ausencia de hallazgos patológicos suficientes para explicar los signos o síntomas descritos, y los consiguientes efectos lesivos para el niño.

TERMINOLOGÍA

El uso del término “síndrome de Munchausen por poderes” ha dado lugar a una notable confusión en los estudios publicados. Por ejemplo, algunos expertos insisten en que este término sólo se aplica cuando el padre solicita asistencia médica porque de algún modo se sienten impulsados personalmente a relacionarse con el sistema de asistencia sanitaria^{10,11}, mientras que otros consideran que la motivación no es importante^{5,12}. Aunque la descripción original hacía referencia a una asistencia médica perjudicial, otros autores han ampliado la denominación de síndrome de Munchausen por poderes a los casos en los que los únicos efectos lesivos se originan del desamparo o de la falta de cumplimiento médico^{13,14} o incluso de la interferencia educativa⁶. Además, sigue suscitando confusión quién debe establecer el diagnóstico, ¿un psiquiatra o un pediatra?; si el diagnóstico se aplica al padre o al hijo y si el diagnóstico es pediátrico o de salud mental. Estas ambigüedades son de particular importancia cuando el personal médico presenta su diagnóstico a otros profesionales o a un jurado tratando de proteger a la víctima, es decir, al niño.

Para aliviar la confusión, recientemente la American Profession Society on the Abuse of Children ha hecho una distinción más explícita entre los malos tratos (la falsificación de una enfermedad pediátrica) y el supuesto motivo que es la base de la mayor parte de estos casos³ (trastorno ficticio por poderes). Esta distinción tiene la ventaja de reemplazar un epónimo por una nomenclatura más descriptiva, una tendencia reciente y bienvenida en medicina. Sea cual sea su denominación, es importante recordar que el efecto lesivo incurrido cuando el cuidador exagera, se inventa o induce síntomas de una enfermedad puede seguir denominándose “malos tratos, que tienen lugar en un ámbito médico”.

Esta denominación nos recuerda que la intervención siempre debe prestar atención a la identificación y minimización de los efectos perjudiciales para el niño, sea cual sea la motivación del perpetrador.

DEFINICIÓN

Con independencia de que lo denominemos síndrome de Munchausen por poderes, falsificación de síntomas pediátricos o simplemente malos tratos infantiles, lo que sigue siendo el aspecto esencial de importancia es que un cuidador provoca efectos lesivos a un niño, relacionados con una asistencia médica innecesaria, perjudicial o potencialmente perjudicial. Para establecer el diagnóstico, el médico debe plantearse tres preguntas:

1. ¿Son la historia clínica y los signos y síntomas de la enfermedad creíbles?
2. ¿Está recibiendo el niño una asistencia médica innecesaria y perjudicial o potencialmente perjudicial?
3. En caso afirmativo, ¿quién instiga las evaluaciones y tratamientos?

Si el niño recibe una asistencia médica excesiva, innecesaria porque el médico es claramente compulsivo o, peor, es incompetente, los malos tratos no son una consideración. Si el niño obtiene asistencia médica innecesaria porque el padre tergiversa sistemáticamente los síntomas, produce síntomas a propósito, manipula las pruebas de laboratorio, o incluso provoca intencionadamente lesiones en el niño para crear síntomas (caso de una intoxicación o asfixia), el propio tratamiento médico continuado puede llegar a ser agresivo. En su búsqueda de un diagnóstico orgánico cada vez más difícil de establecer, el personal médico puede perder de vista su inverosimilitud primordial. Para establecer el diagnóstico de esta forma de malos tratos son necesarias dos circunstancias: los efectos perjudiciales o potenciales efectos perjudiciales en el niño relacionados con la asistencia médica, y un cuidador responsable de que ocurren.

Aunque es útil para el médico, el motivo del cuidador no tiene importancia para establecer el diagnóstico de malos tratos. En ninguna otra forma de malos tratos infantiles se incluyen los motivos del perpetrador como criterio diagnóstico. Un individuo puede abusar sexualmente de un niño por una variedad de razones pero esta motivación es irrelevante. En el niño seguirá estableciéndose el diagnóstico de abusos sexuales. Un adulto puede agredir físicamente y con violencia a un lactante porque éste llora mientras le alimenta, porque está intoxicado o drogado, o porque cree a pies juntillas que es la mejor forma de conseguir que se comporte y empiece a comer, pero esta conducta seguirá denominándose malos tratos infantiles.

Los malos tratos son un diagnóstico pediátrico, que describe lo que le está sucediendo al niño. Con frecuencia, la motivación del perpetrador se convierte en un problema cuando la sociedad considera su ingreso en prisión, tratamiento o su reencuentro con el niño, pero no cuando el médico establece el diagnóstico de malos tratos infantiles.

DIAGNÓSTICO

El diagnóstico de una enfermedad inventada puede ser especialmente difícil, porque los signos y síntomas son indetectables (como cuando se exageran o se imaginan) o inconstantes (cuando se inducen o se inventan). Los investigadores pueden diferenciar entre exageración

e invención o inducción de síntomas, pero es preciso que la percepción de los efectos lesivos o potenciales efectos lesiones en el niño determine las acciones emprendidas por el médico.

Con independencia de la naturaleza exacta de la duplicidad, al médico puede seducirle la prescripción de exámenes diagnósticos y tratamientos potencialmente perjudiciales. Es más fácil de lo que se piensa. Después de todo la certeza absoluta es rara en el diagnóstico médico y todos los médicos saben que el tratamiento empírico es eficaz. Sin embargo, en ocasiones la búsqueda bienintencionada pero equivocada de un diagnóstico cada vez más difícil de establecer o de un tratamiento eficaz conduce al personal médico a un dilema ético. La asistencia médica potencialmente perjudicial puede variar desde la búsqueda diagnóstica alienta y permite sutilmente el delirio del cuidador hasta todo el espectro de exámenes cruentos e intervenciones médicas o incluso quirúrgicas. Por otra parte, un niño puede presentarse en el consultorio con un diagnóstico habitual pero que parece resistente a una variedad cada vez más agresiva de pautas de tratamiento. En todos los casos el factor común es el hecho de no considerar una enfermedad ficticia en el diagnóstico diferencial, a pesar de que con frecuencia es más probable que los crípticos diagnósticos que se buscan con tanta asiduidad.

Los malos tratos infantiles no son un diagnóstico de exclusión. Por el contrario, cuando un médico sospecha que se ha falsificado una enfermedad, debe seguirse energicamente esta hipótesis y confirmarse el diagnóstico para preservar al niño de mayores lesiones. Al tratar de determinar si los signos y síntomas de una enfermedad se han inventado, el médico debe hacer todos los esfuerzos posibles para reunir información de todos los implicados y poner en conocimiento de otros profesionales sus preocupaciones. La asistencia de los niños que son víctimas de una enfermedad ficticia por poderes suele incluir a diversidad de personal médico, desde médicos de atención primaria y consultores de subespecialidades médicas a dietistas, fisioterapeutas y asistentes sociales, y cada uno de ellos tiene una perspectiva exclusiva. Con frecuencia, el personal de enfermería y de apoyo contribuye a establecer el diagnóstico refiriendo sus observaciones y experiencias con el niño y la familia al médico supervisor. No obstante, es preciso destacar que la falsificación de un proceso médico es un diagnóstico médico. Aunque los datos del equipo multidisciplinario pueden ser útiles en el diagnóstico y esenciales en el tratamiento, los psicólogos, asistentes sociales y otros no se encuentran en posición de establecer o confirmar el diagnóstico.

En ocasiones, antes de poder establecer el diagnóstico se requiere más información sobre los malos tratos. Cuando se sospecha que no existe una enfermedad real y se considera que el perjuicio para el niño es inminente, se ha recomendado el uso de vigilancia encubierta con vídeo¹⁵⁻¹⁷. Dicha vigilancia puede captar la mala conducta del padre, caso de cuando se maltrata al niño físicamente en el hospital. No confirma los síntomas descritos cuando se están exagerando o, en presencia de una enfermedad real, exonerará a un cuidador que ha suscitado sospechas. En cualquier caso, la vigilancia con vídeo no puede considerarse un "patrón oro" o mantenerse como único medio de diagnosticar una forma in-

sidiosa de malos tratos infantiles. Cuando se utilizan grabaciones con vídeo, deben presentarse las garantías suficientes, como una vigilancia continua y un plan de acción muy claro para prevenir lesiones adicionales.

TRATAMIENTO

Al reconocer que este problema es una forma de malos tratos infantiles que tiene lugar en un ámbito médico, se define un claro papel del sistema de protección de la infancia, vigente en la actualidad en los estados de nuestro país. Se autoriza a los departamentos y servicios de protección de la infancia para que pongan a salvo al niño que es víctima de abusos sexuales, malos tratos físicos y psicológicos, con independencia de que éstos acontezcan en el domicilio o el hospital.

Cuando se considera el tratamiento de los malos tratos infantiles que tienen lugar en un ámbito médico, deben aplicarse los principios básicos usados en cualquier otra forma de maltrato infantil:

1. Garantizar que el niño está a salvo.
2. Garantizar que en el futuro no corre riesgos.
3. Permitir que el tratamiento tenga lugar en el ámbito menos restrictivo posible.

Por ejemplo, si un padre sobreprotector que ha insistido en una atención médica excesiva para su hijo está dispuesto a cooperar con el médico y aprender cuándo es apropiado solicitar asistencia, el niño puede recibir tratamiento sin riesgos en el seno de la familia. En comparación, si un padre ha intentado repetidas veces asfixiar al niño, es probable que el "ámbito menos restrictivo" que garantizara la seguridad del niño fuera su acogida permanente en un centro o familia.

Si la solicitud de asistencia del padre está perjudicando al niño, pero aquél se niega a cooperar con el médico para limitar el grado de asistencia médica hasta un nivel apropiado, es preciso informar a los servicios estatales de protección de la infancia. Si el padre persiste en sus acciones perjudiciales en el niño, se declararán malos tratos infantiles en un ámbito médico de la misma forma que se declaran los malos tratos físicos y los abusos sexuales infantiles. Siempre que la acción de un adulto perjudique o provoque lesiones a un niño a su cargo, deben intervenir los servicios protectores de la infancia.

Más adelante, se incluye una lista de las posibles intervenciones, desde las menos a las más restrictivas. Algunas de estas opciones requieren la acción de servicios externos (servicios protectores de la infancia, consejeros privados, fuerzas de orden público, etc.).

1. Utilización de terapia individual y/o familiar, aunque en función de un médico de atención primaria que sea el "guardián" de la futura utilización de asistencia médica.
2. Monitorización del uso de asistencia médica continuada implicando a personas o instituciones externas al consultorio para que pongan sobre aviso al médico que actúa de guardián de las cuestiones de asistencia sanitaria. Por ejemplo, en caso de una investigación de los servicios de protección de la infancia, o, con el consentimiento de los padres, se puede alertar a la compañía aseguradora para que informe al médico de atención primaria o al entorno médico de las visitas a otros profesionales. Otro ejemplo sería que el padre autorice a la escuela a llamar al médico cada vez que el niño no acuda

o que la escuela esté de acuerdo en no aceptar ninguna ausencia sin la aprobación del médico.

3. Ingresar al niño en un ámbito hospitalario o en un programa hospitalario parcial, donde puedan monitorizarse sus signos y síntomas reales (en comparación con los referidos por la madre). Este ingreso es un recurso muy importante si ésta tiene tendencia a exagerar o a mentir acerca del dolor o incapacidad de su hijo. Por lo tanto, puede elaborarse un programa que trate a la familia en conjunto para definir al niño como normal a ojos de sus padres.

4. Hacer participar a los servicios de protección de la infancia para obtener la dependencia, dentro o fuera del domicilio, controlar el uso excesivo de los servicios médicos y reintroducir gradualmente al niño en el domicilio del cuidador al mismo tiempo que se monitoriza que no corre riesgo alguno.

5. Integrar al niño de forma permanente en una familia de acogida.

6. Interponer una acción judicial contra el padre o perpetrador y encarcelarlo, con lo que cesará su acceso al niño.

El papel del médico en las opciones 4 a 6 será informar a las autoridades apropiadas, documentar cuidadosamente los malos tratos y, si es necesario, testificar en representación del niño en los tribunales. Obviamente, las opciones 3 a 6 sólo se requieren en los casos más extremos o persistentes de malos tratos en un ámbito de asistencia sanitaria.

CONSEJOS A LOS MÉDICOS

Cuando los médicos diagnostican y tratan casos de malos tratos en un ámbito médico, los consejos médicos descritos más adelante contribuirán a garantizar el desenlace más satisfactorio del caso:

1. Siempre que sea posible, si no dirige el equipo, se consultará el caso con un pediatra experto en malos tratos infantiles. Esto puede contribuir a reducir un diagnóstico erróneo "falso positivo" y a identificar mejor los casos reales.

2. Se revisarán las historias clínicas de estos casos complicados. En general, los padres que infligen malos tratos solicitan asistencia médica de una diversidad de fuentes y pueden cambiar de médico con frecuencia. Es importante implicar a todos los médicos responsables en el proceso. Los médicos de atención primaria y los de subespecialidades deben trabajar en equipo para identificar a los padres que solicitan una asistencia médica excesiva. Deben comunicarse con regularidad acerca del grado de utilización de ésta y alcanzar un consenso sobre el tratamiento. La cooperación de todos los médicos implicados no sólo es decisiva para la asistencia óptima del paciente sino que también impide que el padre manifieste confusión o que enfrente deliberadamente a un médico contra otro.

3. Trabajar con un equipo multidisciplinario hospitalario o comunitario de protección de la infancia. Estos equipos aportan una diversidad de habilidades y puntos de vista al proceso de tratamiento y proporcionan una consulta con expertos en maltrato infantil y protección de la infancia para el médico de atención primaria.

4. Cuando es necesaria una respuesta "más restrictiva", no debe dudarse en implicar a los servicios sociales es-

tales responsables de proteger al niño de los malos tratos. Si el médico tiene acceso a un equipo multidisciplinario de protección de la infancia, éste puede contribuir a coordinar los esfuerzos para proteger al niño y facilitar la comunicación con el servicio estatal de protección de la infancia.

5. Implicar a toda la familia en el tratamiento. Es preciso ajustar su visión íntegra de la salud y la enfermedad en su vida. Deben abordarse los problemas continuados de la familia para garantizar que en el futuro la víctima y cualquier otro niño en el hogar no corren riesgos. Cuando sea apropiado, los terapeutas pueden usar técnicas eficaces de tratamiento conductual para modificar las conductas disfuncionales del niño.

RESUMEN

La entidad conocida como síndrome de Munchausen por poderes puede describirse mejor como falsificación de un proceso pediátrico o simplemente malos tratos infantiles que acontecen en un ámbito médico. En la búsqueda agresiva de un diagnóstico difícil de establecer, en ocasiones los médicos perjudican a sus pacientes y es preciso que sean conscientes de esta posibilidad. El pediatra que sospecha que los signos o síntomas de una enfermedad son inventados debe concentrarse en los efectos lesivos o potenciales efectos lesivos para el niño causados por las acciones del cuidador y por los esfuerzos del personal médico en diagnosticar y tratar una enfermedad inexistente. El diagnóstico apropiado de una enfermedad inventada incluye una evaluación exhaustiva de la historia clínica, una clara comunicación entre médicos y, a menudo, una estrategia multidisciplinaria. Para el diagnóstico de esta forma de maltrato infantil, no es necesario prestar atención a la motivación del cuidador, aunque es útil en el tratamiento.

COMMITTEE ON CHILD ABUSE AND NEGLECT

Carole Jenny, MD, MBA, Presidente

Cindy Christian, MD

Roberta A. Hibbard, MD

Nancy D. Kellogg, MD

Betty S. Spivak, MD

John Stirling, Jr, MD

COORDINADORES

David L. Corwin, MD; American Academy of Child and Adolescent Psychiatry

PERSONAL

Tammy Piazza Hurley

Todas las declaraciones apoyadas por la American Academy of Pediatrics expiran automáticamente 5 años después de su publicación a menos que sean confirmadas, revisadas o retiradas antes o en este momento.

BIBLIOGRAFÍA

1. Smith CM. Origin and uses of *primum non nocere*: above all, do no harm! J Clin Pharmacol. 2005;45:371-7.
2. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4.^a ed. Text Rev. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2000:513.

Stirling J y el Committee on Child Abuse and Neglect. Más allá del síndrome de Munchausen por poderes: identificación y tratamiento de los malos tratos infantiles en un ámbito médico

3. Schreier H. Munchausen by proxy defined. *Pediatrics*. 2002;110:985-8.
4. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4.^a ed. Text Rev. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2000:781.
5. Rand DC. Munchausen syndrome by proxy: integration of classic and contemporary type. *Issues Child Abuse Accusations*. 1990 [consultado 12/1/2006];2:83-9. Disponible en: www.ipt-forensics.com/journal/volume2/j2_2_4.htm
6. Ayoub CC, Schreier HA, Keller C. Munchausen by proxy: presentations in special education. *Child Maltreat*. 2002;7:149-59.
7. Warner JO, Hathaway MJ. Allergic form of Meadow's syndrome (Munchausen by proxy). *Arch Dis Child*. 1984;59:151-6.
8. Bryk M, Seigel PT. My mother caused my illness: the story of a survivor of Munchausen by proxy syndrome. *Pediatrics*. 1997;100:1-7.
9. Meadow R. Suffocation, recurrent apnea, and sudden infant death. *J Pediatr*. 1990;117:351-7.
10. Meadow R. Different interpretations of Munchausen syndrome by proxy. *Child Abuse Negl*. 2002;26:501-8.
11. Fisher GC. Etiological speculations. In: Levin AV, Sheridan MS, editores. *Munchausen syndrome by proxy: issues in diagnosis and treatment*. Nueva York, NY: Lexington Books; 1995. p. 39-57.
12. Wilson RG. Fabricated or induced illness in children: Munchausen by proxy comes of age. *BMJ*. 2001;323:296-7.
13. Ernst TN, Philp M. Severe iron deficiency anemia: an example of covert child abuse (Munchausen by proxy). *West J Med*. 1986;144:358-9.
14. Godding V, Kruth M. Compliance with treatment in asthma and Munchausen syndrome by proxy. *Arch Dis Child*. 1991;66:956-60.
15. Southall DP, Plunkett MC, Banks MW, Falkov AF, Samuels MP. Covert video recording of life-threatening child abuse: lessons for child protection. *Pediatrics*. 1997;100:735-60.
16. Sanders M. Hospital protocol for the evaluation of Munchausen by proxy. *Clin Child Psychol Psychiatry*. 1999;4:379-91.
17. Hall DE, Eubanks L, Meyyazhagen LS, Kenney RD, Johnson SC. Evaluation of covert video surveillance in the diagnosis of Munchausen syndrome by proxy: lessons from 41 cases. *Pediatrics*. 2000;105:1305-12.