

Tema IV: Formas particulares del maltrato infantil (continuación)

Conferencia orientadora 3: Síndrome de Munchausen.

Contenidos:

- Síndrome de Munchausen. Definición. Síndrome de Munchausen por poder. Definición. Historia. Actualización terminológica. Epidemiología. Afecciones afines. Características generales.
- Indicadores en el niño. Indicadores en los padres. Formas de presentación. Participantes. Modo de crear los síntomas y signos
- Diagnóstico. Diagnóstico diferencial. Evolución y pronóstico

Objetivo:

Identificar las características de este síndrome para desarrollar investigaciones que permitan su prevención en la comunidad.

En el encuentro anterior estudiamos las características del síndrome de negligencia física y emocional. Hoy continuaremos el estudio de otra forma particular del síndrome del maltrato infantil, que es el síndrome de Munchausen por poder (SMP).

El Síndrome de Munchausen por poder es una forma de maltrato que muchos profesionales han presenciado en su quehacer, sin embargo su desconocimiento ha hecho que se escape su diagnóstico. En este tipo de maltrato (Síndrome de Munchausen por poder) se hace pasar al infante en muchas ocasiones por dolorosas pruebas tratando de encontrar enfermedades imaginarias cuyo cuadro clínico es inventado por sus progenitores y/o tutores en busca de un beneficio. Las características de este síndrome serán abordadas en esta conferencia.

Para comenzar haremos referencia a la figura del Barón Karl Friedrich Hieronymous Von Munchausen, soldado germano nacido en 1720 (oficial de caballería) y fallecido en 1797; aventurero y notorio por los relatos absurdamente exagerados y fantasiosos de sus hazañas.

Historia:

- _ Citas bíblicas: Rey David (1 Samuel 21:11-15)
- _ Siglo II: Galeno: Auto inducción de síntomas y falsificación
- _ 1838: Héctor Gavin "On feigned and factitious diseases"
- _ 1853: Robert Carter: "Tertiary hysteria", en el libro Histeria
- _ 1951: Asher es quien introdujo el término de Síndrome de Münchhausen para describir aquellos pacientes (adultos) que "fabrican" historias clínicas espectaculares con falsos síntomas y absurdas evidencias sobre enfermedades, se someten a múltiples investigaciones medicas

operaciones y tratamientos innecesarios y, en ocasiones, peligrosos para la vida de los enfermos.

- _ 1962: J.C. Barker: "pseudología fantástica"
- _ 1968: H. R. Spiro: Deprivación temprana como factor
- _ 1976: John Money, June Werlwas: Münchhausen syndrome by proxy (Kaplan).
- _ En 1977, Meadow hace una descripción de las formas infantiles (Münchhausen syndrome by proxy). Estableció la relación entre las enfermedades inducidas paternalmente y la intoxicación accidental, el abuso físico y la muerte súbita en el niño.
- _ 1994 :DSM-IV: "Factitious disorder y Factitious disorder by proxy"
- _ 1995: CIE-10: F-68: Otros trastornos de la personalidad y del comportamiento, en adultos.
 - o F68-1: Producción intencional o simulación de síntomas o de incapacidades, tanto físicas como psicológicas (trastorno facticio).

Frecuencia del síndrome:

Se considera como un trastorno raro, lo cual no se ajusta a la realidad, ya que suele pasar desapercibido ante su desconocimiento y dificultad diagnóstica. La revisión bibliográfica de Rosenberg (1987) examinando un total de 117 casos y la más reciente de Sheredan (2003) con 451 casos analizados, procedentes de 154 artículos de revistas médicas y psicosociales, así lo evidencia.

Por tanto el hecho que se describan grupos pequeños de pacientes, y en ocasiones un solo caso, responde a la sutileza de los síntomas y signos por parte de los protagonistas; también resulta difícil hacer el diagnóstico cuando no se piensa en esta posibilidad. Este conjunto de pseudoenfermedades o enfermedades obtenidas por medios diferentes no es imposible de descubrir cuando se busca con esa intención, independientemente del nivel cultural de los padres, lo cual depende de la habilidad del médico, la enfermera o la trabajadora social. Esta pesquisa evita, en lo fundamental, las admisiones hospitalarias, las investigaciones innecesarias, la complacencia, las infecciones nosocomiales, que en definitiva ponen en peligro a vida del paciente. No se puede evitar considerar esta posibilidad en el diagnóstico diferencial de otras enfermedades, error que se comete con mucha frecuencia.

Actualización terminológica:

Esa actualización fue un verdadero requerimiento llevado a cabo por la American Professional Society on the Abuse of Children (Ayoub 2002) con el objetivo de unificar criterios, arrojar luz sobre el difícil campo de la falsificación de la enfermedad y evitar catalogaciones erróneas. Es conveniente precisar que en la conceptualización de Asher, se diferencian dos "actores"; de una parte el "paciente", con sus fábulas tendentes a engañar a la otra y el médico, con su potencial clínico. Al añadir Meadow "por poder", damos paso a un tercer

"actor". Esta tercera persona, provoca e inventa síntomas sobre el menor, del que es responsable. Teniendo en cuenta esta precisión, se crea un término específico a utilizar en el diagnóstico médico nominado "falsificación de un proceso pediátrico (FPP)". Término con el que se admite la existencia de muchas formas de exagerar o elaborar enfermedades, con motivaciones distintas al SMP. El denominado "síndrome de la mascarada" cuyo propósito es mantener al niño en casa, o el "buscador de ayuda" circunstancia que cesa tras su obtención o el denominado síndrome de Munchausen tipo Doctor Shopping -de compra al médico- debido a la "honesto" creencia de que no se está atendiendo/examinando correctamente al niño, exagerando los síntomas que ayuden a pasar de un examen físico a otro. En estos casos no suele haber daño físico real infligido. Por otro lado el término "desorden facticio por poderes (DFP)" constituye una categoría diagnóstica que se aplica al cuidador/a -"tercer actor"- que ha provocado daños al niño mediante la FPP, para servir a sus particulares intereses psicológicos. El motivo primario parece ser una intensa necesidad de recibir la atención de profesionales y manipularlos. Indica la existencia de unas necesidades causales diferentes de las halladas en otras formas de FPP. En la clasificación DSM-IV-TR no aparece como tal el SMP, usándose el término "desorden facticio por poderes" para definirlo. En consecuencia el SMP, propiamente dicho, se debe aplicar al trastorno que comporte los dos elementos básicos de las conceptualizaciones anteriores: un diagnóstico en el niño y un diagnóstico en el cuidador. Solamente cuando la motivación sea la autosatisfacción de sus necesidades psicológicas debe usarse el término como parte del SMP. Sin duda, en ambos y en relación al menor nos encontramos ante un caso de maltrato o abuso infantil. Esta diferenciación terminológica aportada por la American Professional Society on the Abuse of Children representa una ayuda de especial importancia, a la hora de establecer qué tipo de medidas son precisas para garantizarla protección al niño.

Términos afines:

- _ Síndrome de Munchausen
- _ Síndrome de Munchausen infantil
- _ el delfín de Munchausen
- _ Síndrome de Munchausen por poder
- _ Síndrome de Meadow (forma alérgica)
- _ Intoxicación no accidental
- _ Síndrome de Polle
- _ Somatización

Según la Clasificación Internacional de Enfermedades. OPS/OMS. (CIE-10):
-F60-F69: Trastornos de la personalidad y del comportamiento en adultos

F68: Otros trastornos de la personalidad y del comportamiento en adultos

F68.1: Producción intencional o simulación de síntomas o de incapacidades, tanto físicas como psicológicas (trastorno ficticio). El paciente finge síntomas repetidamente, por razones no obvias, e incluso puede llegar a autoinfligirse daños para generar síntomas o signos. La motivación es oscura y presumiblemente interna, orientada a adoptar el comportamiento de enfermo. A menudo se combina con serios trastornos de la personalidad y de las relaciones.

Paciente peregrinador

Síndrome de Münchhausen

Síndrome del visitante de hospitales

Excluye:

dermatitis facticia (L98.1)

persona que se finge enferma (con motivación obvia), Z276.5

Epidemiología:

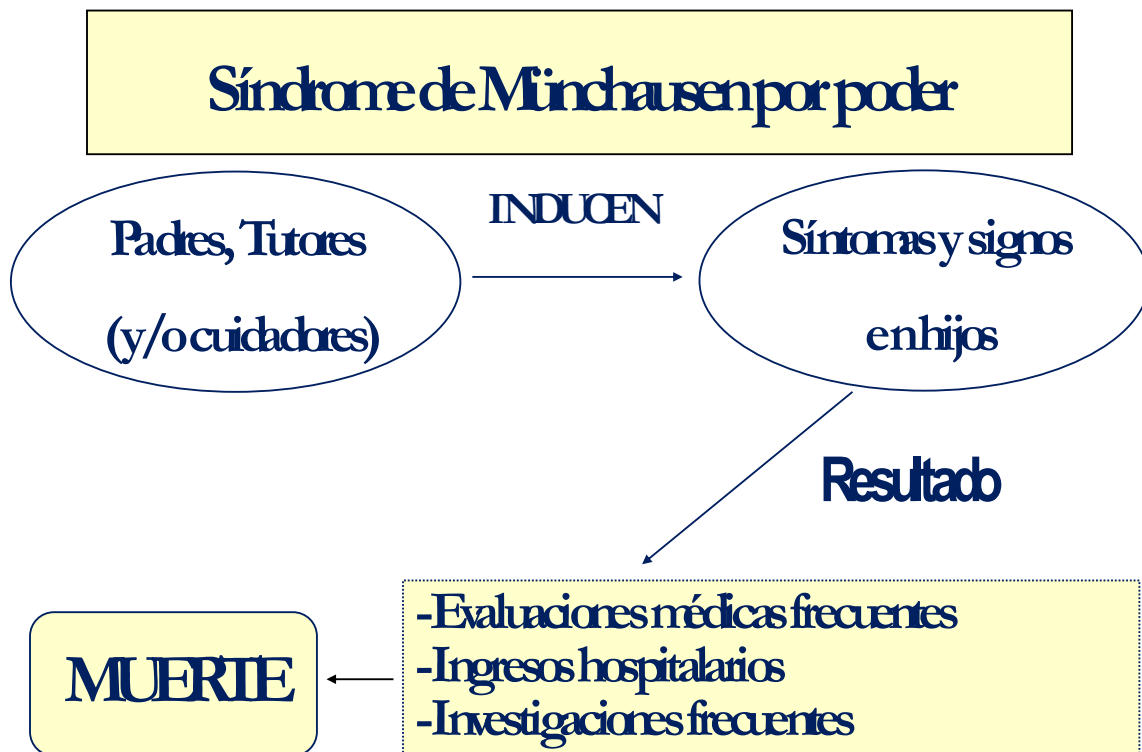
-Frecuencia estimada:

En UK, una encuesta entre pediatras (1), permitió calcular: 3 casos por cada 100.000 habitantes menores de un año y 1 caso por cada 100.000 habitantes de 1 a 4 años.

En Reino Unido, según otro estudio, ocurrieron 97 casos en dos años (1992-1994) y 18 muertes (18,5%), en 15 de 83 familias. En otro estudio británico se habla de 64 casos anuales.

En Venezuela, con 25 millones de habitantes se reportan 15 casos menores de 1 año y 10 casos en niños de 1 a 4 años; mientras que en Colombia, con 40 millones de habitantes se reportan 24 casos menores de 1 año y 16 casos en niños de 1 a 4 años.

Hasta los años 70, los únicos médicos que desconfiaban de los datos aportados por los pacientes y sus familiares eran los médicos forenses y los que trabajaban para los seguros públicos o privados, sin embargo, a partir de las publicaciones de Asher en 1951 y especialmente de Roy Meadow en 1976, los médicos de adultos primero y luego los demás profesionales que atendemos niños, tenemos la obligación de dudar de la veracidad de las historias de los pacientes, especialmente cuando tienen determinadas características extrañas que veremos a continuación.



Se describe como un síndrome donde los padres o tutores relatan historias falsas sobre los padecimientos de sus hijos, induciendo síntomas y signos, por lo que a menudo estos niños son objeto de evaluaciones médicas, ingresos hospitalarios e investigaciones frecuentes.

Afecciones más afines a este síndrome:

- _ Fiebre de etiología desconocida
- _ Desnutrición
- _ Trastornos alérgicos
- _ Sepsis polimicrobiana
- _ Intoxicaciones medicamentosas
- _ Hipoglicemia
- _ Sangramiento
- _ Diarreas
- _ Vómitos
- _ Convulsiones
- _ Coma

Estos síntomas son de comienzo agudo generalmente. Estos síntomas y signos son los más frecuentemente relatados.

Características

- Edad media: 3 años.
- Niñas y niños igualmente afectados.
- Síntomas y/o signos clínicos persistentes o recidivantes, en presencia de la madre, de causa inexplicable.
- Complementarios: no aclaran el diagnóstico

Estas son las características de este síndrome reconocidas mundialmente:

- Habitualmente se trata de un niño en la edad de lactante-preescolar, aunque la edad al diagnóstico oscila entre 1 mes y 21 años de edad.
- No existen diferencias de sexo.
- La duración de la “enfermedad” oscila entre unos pocos días a 20 años con una media de 14 meses.
- Síntomas y signos que aparecen solamente cuando la madre está presente y no aparecen cuando la madre está ausente; son de causa inexplicable.
- Los exámenes complementarios no aclaran el diagnóstico.

Curso Generalidades del Síndrome del maltrato infantil



Esto es lo que llama la atención en este síndrome. Los procedimientos terapéuticos aplicados son inefectivos o no tolerados. El personal de salud piensa en la posibilidad de hallarse frente a un caso nuevo insólito.

Indicadores en el niño:

- El impacto de este síndrome a largo plazo puede dar lugar a desordenes psicológicos, emocionales y comportamentales.
- Los niños mayores frecuentemente toleran y cooperan con el perpetrador en su propio abuso, confabulando con su madre para confirmar ellos mismos sus "enfermedades" a veces por miedo a contradecir a su progenitor y otras veces debido a la persuasión en el tiempo.
- Algunos niños creen en realidad que están enfermos y que presentan un desorden misterioso que los médicos no pueden detectar.
- En otros casos el niño está consciente de que la explicación del perpetrador es improbable pero no lo dicen temiendo su venganza o que nadie le creerá su historia.

Indicadores en los padres, tutores y/o cuidadores:

-Perpetrador: relata síntomas y/o signos en discrepancia con examen físico y resultados de laboratorio. Generalmente es la madre con las siguientes características:

Madre: cabeza de familia, inteligente, atenta, mantiene buena relación con el personal sanitario, excesivamente protectora, existe reacción paradójica con respecto a la enfermedad de su hijo (ya sea por exceso: se queja de que se está haciendo poco por diagnosticar la enfermedad de su hijo, o por defecto: esta menos preocupada por la enfermedad de su hijo que el personal médico), historia personal de enfermedad parecida a su hijo o antecedentes de un Münchausen.

Las madres con nivel educativo, son más articuladas y en extremo cooperativas con el médico.

- Niño: es el objeto manipulado, según ella es la única que puede entenderlo.
- Padre: por lo general está alejado o ajeno del conflicto y en ocasiones también está manipulado. En los pocos casos en que el padre es el perpetrador no tiene el perfil atento y protector de las madres, sino que son desinteresados, descomprometidos y pasivos, a pesar de la enfermedad de su hijo, así como emocionalmente lábiles y mentalmente inestables.

En cuanto a los antecedentes es válido mencionar que en el 8.5 % existe antecedentes de Síndrome de muerte súbita del lactante.

Clasificación del síndrome:

Preferimos adoptar la clasificación cubana planteada Profesor Dr. Néstor Acosta, estudioso en el tema del maltrato infantil por más de 30 años, que incluye 3 formas: la simple, la compuesta y la compleja. Pasemos a describir cada una de ellas:

-Forma simple:

Es aquella representada por un signo o síntoma ficticio referido por uno o ambos padre. Se ingresa al niño varias veces con el mismo cuadro clínico. Los síndromes con que mayormente se presenta esta forma son:

- Síndrome febril prolongado
- Síndrome comatoso
- Síndrome emético
- Hematemesis
- Síndrome doloroso abdominal.

En esta forma el niño es traído por el mismo síntoma o signo, no relacionado con ninguna enfermedad. El síntoma más utilizado es la fiebre o la orina simulando una hematuria o quiluria, siempre referido por uno de los padres, generalmente la madre. Aquí cabe destacar que el síndrome comatoso, que se confunde con procesos neurológicos graves o la asfixia de causa desconocida.

En pacientes con síndrome febril prolongado (el cual representa de 5 a 40% de los pacientes egresados por fiebre), este subjetivamente se atribuye a virus o infección bacteriana no confirmados; sin embargo en estos estudios no se incluye el diagnóstico diferencial la posibilidad de que algunos pacientes de este grupo inmenso pudieran ser Síndrome de Münchausen por poder, sobre todo cuando son niños con ingresos reiterados por la misma causa. Así mismo sucede con el coma o la asfixia; siempre que no se encuentre la causa que justifique esta sintomatología, debe tomarse en cuenta el uso de medicamentos no prescritos por el médico.

El dolor de cabeza (cefaleas), Hematuria, Alergia Intolerancia a los alimentos son frecuentemente referida por los padres de los niños, sin que se pueda establecer una relación causal con enfermedades naturales; por lo que hay que sospechar el Síndrome de Münchausen por poder.

Esta forma generalmente se observa en el niño menor de 5 años, pero la madre suele preparar el síntoma desde la etapa de lactante.

Forma compuesta:

Se presenta cuando en un mismo niño la madre alega que tiene dos o más síntomas que pueden o no estar relacionados entre sí; son frecuentes el vómito y la pérdida de peso, el síndrome febril y el coma.

En el niño mayor se dificulta el diagnóstico pues generalmente está la simulación de la madre y del propio niño, para cuyo fin han tenido un período de adiestramiento por parte de ella, de modo que sean creíbles los actos que ejecuta el paciente.

Forma compleja:

ES la forma compuesta por varios síndromes que aparecen sucesivamente en el transcurso de algunos meses o años.

En estos niños están tan bien elaborados que resulta casi imposible detectarlos, porque la madre conoce bien los mecanismos dentro de las salas de los hospitales o está muy relacionada con el hospital o con el médico de cuidados del niño.

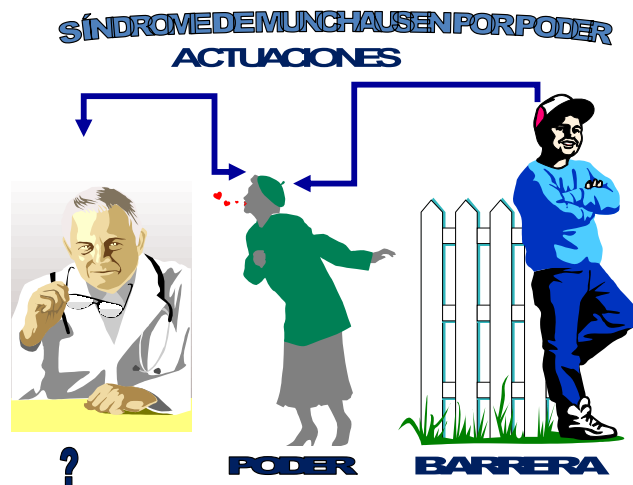
Suele presentarse como una forma simple o compuesta pero cuando esto desaparece o la madre piensa que la pueden descubrir aparecen nuevamente

el o los síntomas o va acomodando al médico o al personal paramédico para el síndrome siguiente y así sucesivamente. Pueden eslabonarse hasta cuatro o cinco síndromes diferentes. En estudios cubanos se han descrito en pacientes hospitalizados y ambulatorios.

Observemos algunas formas clínicas descritas en la literatura internacional:

Características	Producción	Simulación
Hemorragias	Cumarina, warfarina, heridas	Sangre exógena, colorantes
Convulsiones	Sofocación, agua, sal	Mentir
Fiebre	Administración de sustancias	Frotar o calentar el termómetro, adulterar registros
Diarrea / Disentería	Laxantes, purgantes, bacterias	Mentir, agregar agua o sangre
Vómitos	Jarabe de Ipecacuana, mecánica	Mentir
Afecciones de la piel	Sustancias irritantes, cáusticos, mecánica	Colorantes
Intoxicaciones	Diversas sustancias	Mentir
Modificación de exámenes de laboratorio	Agregar sangre, azúcar	Adulterar resultados
Apnea Paro respiratorio	Sofocación	Mentir
Abuso sexual	Heridas en genitales	Mentir, inducir a mentir
Depresión del Sistema Nervioso Central (SNC)	Sedantes, gas doméstico	Mentir
Hipoglicemia	Insulina, hipoglicemiantes orales	Ayuno
Infecciones	Administrar bacterias, pus, tierra, heces, etc.	Adulterar resultados

Participantes:



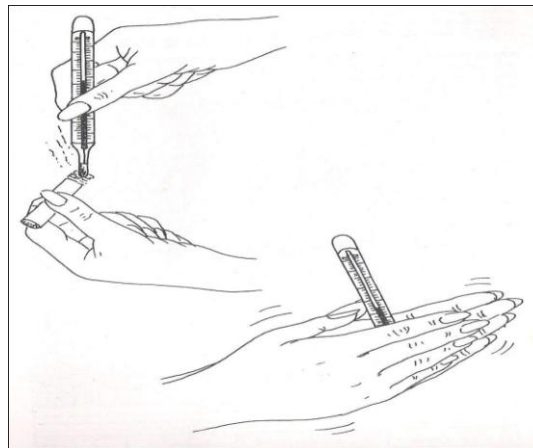
Aquí pueden ver cómo la madre actúa como barrera entre el médico (que tiene dudas respecto a la “enfermedad” del niño que es narrada por la madre de este) y el niño.

En todos los Síndromes de Münchhausen, es evidente la participación del propio individuo en la producción de sus síntomas ficticios, pero generalmente es un triángulo formado por la madre, el niño y el médico.

Modo de crear los síntomas y signos:

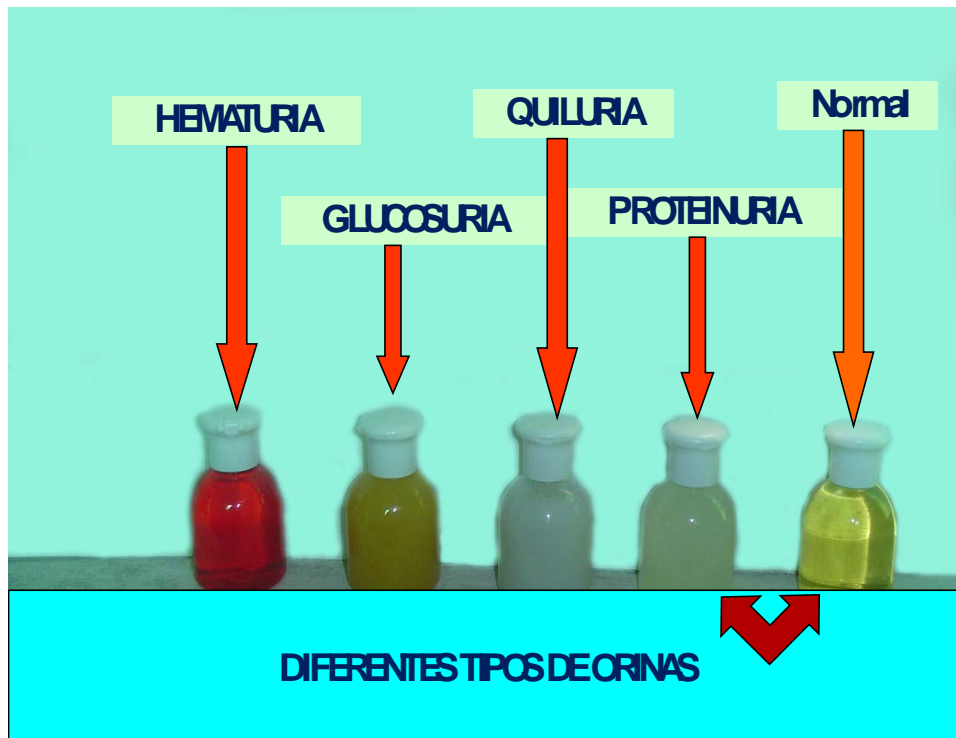
Los síntomas y signos del Síndrome de Münchhausen y del Síndrome de Münchhausen por poder pueden ser inducidos de diversas formas por los padres o el propio niño o niña, usando diferentes artificios como vimos en los ejemplos anteriores, e incluida la palabra. El éxito depende de la habilidad del médico en el reconocimiento precoz de la falsa enfermedad, teniendo en cuenta que los padres exageran el estado del niño, a tal extremo que muchas veces dramatizan la situación para ganarse la confianza del médico y el personal paramédico; de esta forma la mayor parte de las veces alcanzan sus objetivos y pueden mantenerlos por muchos años. Los modos más comunes en la obtención de la falsa sintomatología, son los siguientes:

-Elevación de la temperatura: frotan el termómetro o lo sitúan junto a un objeto caliente. Con frecuencia la fiebre la refiere uno de los padres. Nunca corresponde con el grado de bienestar del niño. También puede ser que no empleen los medicamentos antitérmicos indicados por el médico para prolongar la estancia en el hospital.



-Falsos sangramientos: añaden sangre de otra persona a los productos de desechos del paciente: heces fecales, para simular una enterorragia; orina, para simular un síndrome hematórico; vómito, para simular un síndrome hematórico; falsas, otorragias y otras.

-Orina: agregarle sangre, glucosa, jabón, parásitos, colorantes, heces fecales.



Aquí observan diferentes tipos de orina, desde la normal pasando por la proteinuria, quiluria, glucosuria y hematuria. Todos estos tipos de orina pueden ser falseados al añadirle a la orina agregarle sangre, glucosa, jabón o intercambiando incluso el frasco de orina por otro de un niño verdaderamente enfermo.

-Vómitos alimentarios: yogurt, a veces lo mezclan con sangre (simulando hematemesis), en otras ocasiones estimulación de la laringe.

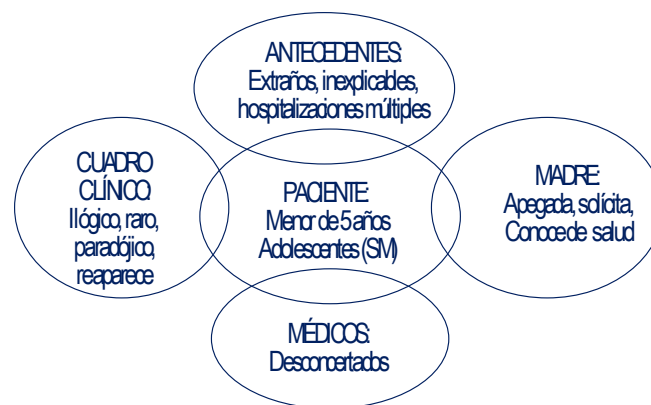
-Falsos estados alérgicos o intolerancia alimentaria: se obtiene al cambiar el estilo o régimen dietético del niño. En la mayoría de los casos es un síndrome referido por los padres; otras veces se hace por complacencia hacia la madre que insiste con uno o varios facultativos sobre la enfermedad de su hijo, lo cual facilita el cambio de dieta.

-Apnea inducida en lactantes pequeños: es, probablemente, la forma más grave de este síndrome, porque la mayoría de los casos es letal o deja secuelas irreversibles el SNC por la hipoxia. Esta apnea se logra al cubrir la boca y nariz con el cuerpo del inductor, o las manos, ropas del paciente, algodón o insertar los dedos en la parte posterior de la laringe.

-Simulación aprendida por el niño por sí mismo, ya sea por imitación o aprendizaje con la madre, de muchos estados de falsas enfermedades durante el curso de meses o años, para evadir responsabilidades en la escuela, ser centro de la familia o acercar a un ser querido. Pueden hacer que se confunda con estados clínicos verdaderos que hacen difícil el diagnóstico diferencial, por ejemplo: dificultad para la marcha, cefaleas, conjuntivitis traumática (al frotarse los ojos o utilizar cualquier producto que provoque irritabilidad), dolor abdominal recurrente, dificultad respiratoria e incluso simular un asma bronquial.

Diagnóstico: ¿Cuándo sospechar del síndrome?

- Niño con uno o más problemas médicos o quirúrgicos, poco frecuentes, desconcertantes e inexplicables, que no responden a los tratamientos
- Ingresos múltiples generalmente en diversos hospitales
- Antecedentes de enfermedades extrañas o de accidentes frecuentes, en el paciente o en familiares. Interés especial: casos de muerte súbita
- Madre (95%) acompañante con experiencia en área de salud, “disfruta” ambiente hospitalario, muy colaboradora, especialmente en toma de muestras, temperatura, y resultados.
- No se separa del paciente (madre “Adams”)
- Madre solícita en público. Indiferente o cruel en privado. Ansiosa cuando el paciente mejora
- Relata situaciones terribles, incendios, robos, accidentes graves
- Síntomas y signos recurrentes, inexplicables
- Cuadro clínico raro, paradójico: antecedentes-ex. físico-resultados de exámenes
- Mejorías: si las hay son cortas
- Los hallazgos clínicos o de laboratorio en relación con presencia de la madre, desaparecen en su ausencia



Quando el perpetrador es el padre: Meadow no encontró ningún padre en los primeros 10 años de investigación. En la segunda década de búsqueda (1987-1997), publicó 15 casos de padres victimarios y concluyó que:

- Más riesgo de lesiones graves
- Más posibilidades de muerte (11 de 15, (73%), vs 9 a 10%, madres)
- Más casos de sofocación, apnea, convulsiones
- Padre resucitador,
- No se pudo precisar invención vs. fabricación de las crisis
- Trece de 15 (87%), vivían con la cónyuge
- Seis de 15 padres tenían trastornos de somatización
- Cinco de 15 padres habían sido víctimas de Münchausen por delegación (por poder)

Parece el síndrome pero no lo es:

- _ Mentir sobre abuso sexual infantil por parte del padre para lograr decisiones legales en casos de divorcio
- _ Fingir (niño) enfermedad para no ir a colegio o deportes
- _ Fingir enfermedad para lograr beneficios, permisos, etc., (niño que engaña a la madre)
- _ Solicitar nuevas opiniones por creer que su hijo no está bien diagnosticado o tratado (Doctor shop)
- _ Ansiedad, desconfianza del médico
- _ Hiper reactivas por problema reciente

No parece el síndrome pero sí lo es: la muerte súbita en la cuna en niños mayores de 6 meses.

Es importante tener presente los síntomas y signos y el modo de fabricarlos que se ha descrito anteriormente; no nos podemos dejar impresionar. Basta una observación cuidadosa de la madre o el individuo para buscar la verdad de lo que se está diciendo, su comportamiento en la sala del hospital, sus relaciones sociales y la utilización de medicamentos. NO nos podemos dejar llevar por la cooperación o confianza excesiva; detrás hay algo que los padres esconden, cuando buscan un propósito.

En nuestro país están creadas las condiciones para evitar estas formas de malos tratos, una vez que se conoce el modo de presentación, contamos con el médico y la enfermera de la comunidad, los trabajadores sociales, los médicos de las salas de urgencia y la propia comunidad.

Consecuencias negativas:

El médico en su búsqueda se convierte en un verdadero detective mientras que el perpetrador trata de engañar al facultativo; la situación ética se torna muy complicada si se descubre el engaño del paciente lo cual repercute de forma negativa dentro del ámbito familiar, social y laboral.

Manejo del mismo una vez sospechado:

Como premisa básica "asegurar en todo momento la protección y bienestar tanto del niño sospechoso de ser víctima de un SMP, como la de sus hermanos". Debido a la falta de especificidad de los criterios utilizados para definir el SMP, en nuestra práctica diaria nos vamos a encontrar muchas situaciones con mayor o menor grado de sospecha clínica con un potencial riesgo para el menor, en las que resulta muy difícil contar con una certeza en cuanto al diagnóstico. No puede considerarse aceptable la pasividad por parte

del personal sanitario en espera de nuevos acontecimientos que confirmen nuestra sospecha, especialmente si no podemos asegurar un control -seguimiento adecuado. Su manejo debe recaer en un equipo interdisciplinario. Éste estará formado por su médico y enfermera de la familia, su pediatra de atención primaria, los distintos médicos especialistas implicados, personal de enfermería, equipo de trabajo social, equipo de salud mental y a ser posible alguien con experiencia en otros casos de SMP. La misión de este equipo será la de elaborar una estrategia común en el manejo y seguimiento tanto del menor víctima del maltrato como de sus hermanos. Este equipo deberá:

- Comprobar detalles de la historia del niño: antecedentes personales, familiares, entorno social, psicoafectivo, etc.
- Investigar si existe relación temporal entre los signos y síntomas, y la presencia de la madre.
- Separar al niño de la madre para comprobar si los signos y síntomas ocurren en su ausencia (prueba de la separación).
- Recoger muestras para examen bioquímico y toxicológico
- Solicitar ayuda psiquiátrica
- Llenar certificado de lesionado.

Resumiendo ¿Qué se debe hacer?:

- _ Mantener un escepticismo prudente
- _ Sospechar en todo caso de historia o hallazgos ilógicos
- _ Demostrar: Normas para toma de muestras, datos tipo
- _ Temperatura corporal, toma de muestras, manejo de resultados, ex. paralelos
- _ “Test de la separación”
- _ Filmar en caso de que existan las condiciones pertinentes para ello
- _ Diagnosticar
- _ Llenar certificado de lesionado
- _ Tratar a ambos (quienes lo niegan, generalmente lo rechazan)
- _ No adjudicar el niño a familiares muy cercanos
- _ No incorporarlos a la familia o hacerlo bajo control estricto

Actuación desde el área de Salud Mental:

Debe estar orientada a evaluar la situación personal del niño, relación padre-hijo, grado de vínculo de la víctima con cada uno de los progenitores, experiencia del propio abusador en la infancia, red de apoyo social y dinámica familiar. Asimismo ofrece la oportunidad de planificar un seguimiento psicológico que sirva como instrumento de prevención de nuevos episodios. El manejo desde el punto de vista psicopatológico debe incluir un triple enfoque: el niño como víctima del maltrato, la persona cuidadora (generalmente la

madre) como agente causal y la familia al completo como núcleo en el que se desarrollan los hechos.

Actuación desde el área de Trabajo Social:

La valoración de la situación sociofamiliar del niño debe incluir aspectos como la capacidad de los padres para proporcionar cuidados básicos materiales y emocionales, la cobertura de las necesidades educacionales y sociales tanto de la víctima como de sus hermanos, las características y condiciones socioeconómicas de la familia, facilitar información y apoyo durante todo el proceso asistencial. Resulta de utilidad contactar con los educadores de la escuela para intercambiar información y comprobar si existe ausentismo escolar en relación con problemas de salud.

Adopción de medidas legales:

Como ya ha quedado claro el SMP comprende un amplio espectro de posibilidades de maltrato con distinta gravedad para la víctima, precisando una evaluación de cada situación en particular. Se han descrito indicadores de situación de riesgo en el SMP como son:

- _ Intentos de ahogo o administración de tóxico.
- _ Edad menor de 5 años.
- _ Existencia de alguna muerte inexplicada en la familia (muerte súbita del lactante..).
- _ Madre con SM propio o que lo ha padecido.
- _ Factores sociales adversos (drogas, alcoholismo..).
- _ Invención de enfermedades persistentes, incluso tras previa confrontación.
- _ No respuesta al tratamiento.
- _ SMP materializado mediante la producción de síntomas físicos.
- _ Situaciones en las que no se pueda asegurar un correcto seguimiento del menor.

En los casos mencionados estaría indicado la comunicación inmediata al organismo legal competente a través del correcto llenado del certificado médico de 1ra intención a un lesionado, que es el modelo 53/13 del MINSAP (aunque no tengamos la certeza absoluta de la autoría de los hechos), ya que resulta prioritario establecer medidas de protección para asegurar el bienestar del menor, que generalmente requerirán la separación de la figura maltratadora. En el resto de situaciones la decisión de informar a las autoridades deberá ser tomada por el equipo multidisciplinario.

Confrontación con la familia:

La confrontación con la familia de la sospecha de un SMP debe ser planificada y realizada de forma íntima por al menos dos profesionales implicados en el seguimiento del niño que cuenten con la confianza de la madre. Se llevará a cabo en presencia del cónyuge u otro miembro de la familia y no debe plantearse como una acusación directa a la madre, sino más bien como la detección de una situación anómala en la relación madre-hijo que interfiere con la salud del niño. Se utilizarán datos objetivos, pudiendo resultar de utilidad enumerar cronológicamente los distintos ingresos y pruebas realizadas al niño, así como las posibles contradicciones recogidas en la historia clínica. Deben establecerse alianzas que aseguren la implicación de la familia con el plan diseñado, advirtiéndole que en caso de no obtener la colaboración necesaria de los padres nuestra obligación como médicos del niño es informar a las autoridades pertinentes. Ambos padres serán partícipes de la estrategia a seguir y de la necesidad de obtener toda la colaboración posible por su parte.

Plan de seguimiento-intervención:

Debe basarse en controles periódicos de acuerdo a la gravedad que se estime, con evaluaciones frecuentes para valorar el correcto cumplimiento del mismo por parte de la familia. Este seguimiento se llevará a cabo en distintos ámbitos: plano médico (a nivel hospitalario y atención primaria), plano de salud mental (tanto de la víctima como del agente causal), plano educacional y de trabajo social (encargados de la evaluación periódica del plan establecido). Deberá continuarse hasta demostrar una normalidad en la relación del cuidador con el hijo y hermanos. Hay que tener en cuenta que en estos casos el tiempo juega a favor del niño, presentando menor deterioro en el desarrollo psicosocial conforme aumenta su edad.

Prevención:

El SMP constituye un cuadro clínico que por sus características es difícil de predecir. No obstante, se sugiere prevención secundaria dirigida a aquellos padres estimados vulnerables por su alto nivel de presentación somática respecto a sus hijos. Reforzar la capacidad de los padres en el manejo de síntomas y enfermedades, sería el objetivo. Entre los potenciales factores de riesgo reseñados Eminson destaca:

- _ Padres con historia actual o pasada de somatizaciones.
- _ Altos niveles de síntomas inexplicables durante el embarazo
- _ Historia de frecuente e inconsistente asistencia a medios médicos respecto a sus hijos.
- _ Cuando la experiencia clínica indica que los padres están distorsionando su percepción en cuanto a la salud de su hijo.

Antes de concluir podemos decir que este síndrome es una forma compleja de maltrato en la cual se viola la confianza en los padres y se transforma al médico en maltratador.

Hasta aquí lo referente a esta forma particular de maltrato infantil. Estamos ahora en condiciones de estudiar el síndrome de intoxicación no accidental, que es otra de las formas particulares de maltrato infantil, muy ligada al Síndrome aquí estudiado.

Bibliografía:

1. Acosta Tiele N. Maltrato infantil: un reto para el nuevo milenio. Editorial Científico- Técnica, La Habana, 1998.
2. Acosta Tiele N. Maltrato infantil. Prevención. 2da. Ed., Editorial Científico- Técnica, La Habana, 2002.
3. Acosta Tiele N. Maltrato infantil. Prevención. 3ra. Ed., Editorial Científico- Técnica, La Habana, 2007.
4. Acosta Tiele N. Prevención del maltrato infantil. Conferencia impartida en el diplomado del mismo nombre, 2005.
5. Francisco J. Síndrome de Münchhausen "by proxy" (por delegación). I Congreso del ICBF y XI Congreso Colombiano de prevención y atención del maltrato infantil. [En línea]. 2003 [Citado el 22 de Jul del 2011]. Disponible en: http://www.afecto.org.co/docs/jose_francisco.ppt
6. De la Cerda Ojeda F., Goñi González T., Gómez de Terreros I. Síndrome de Munchausen por poderes. Cuad Med Forense, 2006; 12(43-44): 47-55.
7. Espinosa Brito, AD; Figueiras Ramos, B; Mendilahaxón López, J; Espinosa Roca, A A. Síndrome de munchausen: un reto para el clínico. Rev Cuba Med;39(4):228-37, oct.-dic. 2000.