



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

IDENTIFICACIÓN DEL SÍNDROME DE MÜNCHHAUSEN
EN LA PRÁCTICA ODONTOLÓGICA.

TESINA

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

CIRUJANA DENTISTA

P R E S E N T A:

ALMA SUSANA GALÁN MERINO

TUTOR: MTRO. OCTAVIO GODÍNEZ NER

ASESORA: C.D. MARÍA ELENA VELÁZQUEZ ROMERO

MÉXICO, D.F.

2009



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

A la Universidad Nacional Autónoma de México
Facultad de Odontología

A las personas que siempre han estado conmigo demostrándome su apoyo y su cariño en todo momento, por soportarme y estar siempre cerca de mi, porque me han enseñado las lecciones mas importantes y porque gracias a ustedes he terminado una etapa muy importante en mi vida.

"MUCHAS GRACIAS"

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN

GENERALIDADES.....	1
ANTECEDENTES HISTÓRICOS.....	10
CONCEPTO Y DEFINICIÓN.....	15
ETIOLOGÍA.....	16
EPIDEMIOLOGÍA.....	19
MANIFESTACIONES CLÍNICAS.....	25
ERROR DE “CLEVER HANS”	31
COMPLICACIONES Y SECUELAS.....	34
IDENTIFICACIÓN DEL SÍNDROME DE MÜNCHHAUSEN EN LA PRÁCTICA ODONTOLÓGICA.....	38
CASOS CLÍNICOS.....	44
DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.....	56
PRONÓSTICO.....	62

TRATAMIENTO.....	63
CONCLUSIONES.....	69
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	71

INTRODUCCIÓN

Durante mi segundo año de preparación académica, conocí a una paciente en la clínica de endodoncia, quien, curiosamente, parecía asistir cada año, en diferente turno y con diferentes alumnos, para recibir un nuevo tratamiento cada vez. Su queja siempre era por dolor dental y presentaba endodoncia en la mayoría de los molares y de los premolares, asistía puntualmente a la clínica, nunca estaba acompañada y frecuentemente refería dolor en un diente diferente al que se le estaba dando tratamiento.

Durante la práctica profesional, se nos presentará un gran número de pacientes, y es nuestro deber otorgarles el tratamiento adecuado al padecimiento que ellos presenten. Pero que pasa si los síntomas referidos por los pacientes no son reales o son provocados por ellos mismos?

Seguramente muchos de nosotros nos hemos encontrado con pacientes en quienes el proceso de enfermedad por el que acuden a consulta, no responde a ningún tratamiento o tiende a reaparecer y sus problemas de salud parecen no tener solución.

Precisamente este es el enfoque que se le da a ésta investigación, en donde se describen los aspectos generales del Síndrome de Münchhausen; el cual se trata de una enfermedad mental en la cual los pacientes provocan síntomas en ellos mismos o en personas que tengan bajo su cuidado y control (muy frecuentemente en niños), para recibir atención médica o incluso intervenciones quirúrgicas.

No sabemos con que frecuencia podemos encontrar a estos pacientes en el consultorio dental, por lo que en esta investigación se proporciona la información para la identificación y manejo adecuado de estos enfermos

durante nuestra práctica profesional. Es muy común que el odontólogo confunda las señales de peligro, que podrían llevarlos con más rapidez a la identificación del síndrome de Münchhausen, con los signos de un falso diagnóstico, como se hace más frecuentemente con la hipocondría o con los simuladores, que fingen enfermedad, por ejemplo, para conseguir recetas, etc., e incluso se corre el riesgo también, de hacer el diagnóstico de Síndrome de Münchhausen en una situación que no lo amerite.

La actitud de los pacientes durante la realización de la historia clínica, se coloca en un punto donde, con sus respuestas, logren convencer al médico que ese padecimiento que el clínico esta sospechando, es justamente el que mejor encuadra, en estos casos, el odontólogo por ejemplo, cuando no existe sospecha del verdadero padecimiento de estos pacientes ayudará al desarrollo de la enfermedad con tratamientos que podrán llevar a complicaciones más graves que pondrán en riesgo la vida del paciente, y por supuesto, el profesional de la salud no está exento de todos los riesgos y complicaciones que se presentan, por ejemplo, al brindar un tratamiento para una enfermedad facticia como lo es el Síndrome de Münchhausen.

GENERALIDADES

El sistema nervioso central es el encargado de recibir y procesar las sensaciones recogidas por los diferentes sentidos y de transmitir las órdenes de respuesta de forma precisa a los distintos efectores. Y se puede decir que el sistema nervioso central es, sin lugar a duda, el más importante de todos los sistemas que se encuentran en nuestro cuerpo para la realización de una vida. Está constituido por el encéfalo y la médula espinal quienes están protegidos por envolturas óseas, que son el cráneo y la columna vertebral respectivamente.

El encéfalo (del griego "*en*" - dentro y "*cefalé*" - cabeza, "dentro de la cabeza"), es la parte superior y más masiva del sistema nervioso. Tiene los siguientes componentes estructurales: el cerebro, el tronco cerebral y el cerebelo.⁵⁰

El cerebro es el máximo integrador del sistema nervioso y es la parte más voluminosa del encéfalo. Se divide, visto desde fuera, en dos hemisferios (izquierdo y derecho) y se caracteriza por su superficie con repliegues irregulares llamados circunvoluciones o giros cerebrales, más acentuados en los humanos que en cualquier otro animal (exceptuando casos particulares como el de los delfines) y entre ellos depresiones lineales irregulares llamadas cisuras.

El cerebro, como todas las partes del sistema nervioso central contiene una porción de sustancia blanca y una porción de sustancia gris. Esta última se halla en menor cantidad y es la que forma la corteza cerebral, y a su vez, por convención y fijándose en ciertos límites marcados por

algunas de las cisuras que no son siempre evidentes, se divide en lóbulos: frontal, parietal, temporal y occipital.

Su peso es de aproximadamente 1300-1600 gramos. La superficie de la corteza cerebral, si estuviera extendida, cubriría una superficie de 1800-2300 centímetros cuadrados. Se estima que en el espesor de la corteza cerebral hay aproximadamente 22,000 millones de neuronas, aunque hay estudios que llegan a reducir esa cifra a los 10,000 millones y otros a ampliarla hasta los 100,000 millones. Por otra parte, es el único órgano completamente protegido por una bóveda ósea y alojado en la cavidad craneal.

El cerebro procesa la información sensorial, controla y coordina el movimiento, el comportamiento y puede llegar a dar prioridad a las funciones corporales homeostáticas, como los latidos del corazón, la presión sanguínea, el balance de fluidos y la temperatura corporal. No obstante, el encargado de vigilar y controlar ciertos procesos automáticos es el bulbo raquídeo.

Las Funciones Cerebrales Superiores se adquieren y se desarrollan a través de la interacción social, a diferencia de las funciones instintivas reflejas, que son funciones naturales más primitivas que están determinadas genéticamente. En la interacción con los demás se adquiere la conciencia, el uso de los símbolos, que, a su vez, permiten pensar en formas cada vez más complejas. A mayor interacción social, mayor conocimiento, mayor posibilidad de actuar y mas robustas funciones mentales. Por ejemplo: cuando un niño llora porque le duele algo, es una función mental inferior, porque es una reacción al medio ambiente. Sin embargo, cuando el niño llora

para llamar la atención, es una función mental superior, ya que es una forma de comunicación que se da en la interacción con los demás.

La corteza cerebral es el asiento anatómico-funcional de las más importantes funciones intelectuales o superiores del individuo. La corteza no solo contiene los cuerpos neuronales principales que soportan las funciones consideradas "simples", como las motoras, sensitivo-motoras, auditivas o visuales, sino que integran funciones muy elaboradas como la memoria, el lenguaje, razonamiento abstracto o actividades gestuales.⁵¹

El modelo de exploración neurológica propuesto por el Dr. José Nava Segura consta de seis capítulos que se mencionan a continuación. Primero Elaborada la Historia Clínica que se inicia con el estudio del Padecimiento Actual luego se pasa a la exploración Neurológica que comienza con:⁵⁵

1. Pares craneales. Algunos de ellos envían impulsos al Sistema Nervioso Central, otros, por lo contrario les dan salida hacia los músculos estriados, a las estructuras musculares lisas denominándose en éste último caso nervios motores, si un nervio posee tanto fibras sensitivas como motoras se denomina nervio mixto.⁵²

- El I par o nervio olfatorio conduce impulsos sensitivos hacia el Sistema Nervioso Central. Se origina en las neuronas receptoras olfatorias que están en la mucosa de la porción superior de la fosa nasal sobre el nivel de la concha superior.⁵² El sistema olfatorio no es sólo un receptor de olores, sino que también activa y sensibiliza otros sistemas neuronales que son el sustrato de respuestas emocionales y patrones conductuales. Así, los

olores pueden evocar reflejos autonómicos como la salivación y la secreción de jugos gastrointestinales.⁵³

- El par II o nervio óptico transmite al cerebro las imágenes visuales captadas por la retina.⁵² Trabaja en coordinación con el cerebro para realizar funciones de reconocimiento de imágenes o patrones. Es un nervio sensorial que emerge del globo ocular; es el nervio que permite la visión.⁵³

- El par III o motor ocular común envía impulsos motores del Sistema Nervioso Central a los diversos músculos donde terminan. Nace en la cara ventral del mesencéfalo, luego se dirige hacia la órbita y termina en todos los músculos del ojo excepto en el recto externo y en el oblicuo mayor.⁵² Inerva al músculo elevador del párpado superior, músculo recto interno, recto superior, recto inferior y oblicuo menor.⁵³

- El par IV o nervio troclear o patético envía impulsos motores del sistema Nervioso Central a los diversos músculos donde terminan. Nace de la cara dorsal del mesencéfalo, lo rodea y se dirige hacia adelante a terminar en el músculo oblicuo mayor de la órbita.⁵² Inerva al músculo oblicuo superior y permite el movimiento del ojo en dirección inferolateral.⁵³

- El par V o nervio trigémino posee tanto fibras sensitivas como motoras por lo que se denomina nervio mixto. Es el nervio craneal más grande, proporciona la inervación somatosensorial de los 2/3 anteriores de la cara y la inervación motora de los músculos derivados del primer arco faríngeo, los cuales cumplen una función masticatoria. La región inervada por la raíz sensitiva comprende la cara, órbitas, mucosa nasal, senos paranasales, cavidad oral, dientes y la mayor parte de la duramadre

craneana. La raíz motora se distribuye principalmente a los músculos de la masticación.

- El par VI o nervio motor ocular externo nace en la cara ventral del romboencéfalo o vesícula cerebral posterior, corre hacia delante, penetra en la órbita y termina en el músculo recto externo.⁵² Proporciona la inervación al músculo recto externo del globo ocular, por lo que permite la rotación del globo.⁵³

- El VII par o nervio facial posee tanto fibras sensitivas como motoras por lo que se denomina nervio mixto. Nace en el romboencéfalo a los lados del VI par, corre hacia fuera y arriba, para introducirse en el conducto auditivo interno, recorre el hueso temporal en varias direcciones para emerger después en la cara posteroinferior del peñasco del temporal, yendo a terminar en los músculos de la cara.⁵²

- El VIII par o nervio auditivo conduce impulsos sensitivos hacia el Sistema Nervioso Central. Nace en la parte lateral del romboencéfalo y se introduce con el nervio pasado en el conducto auditivo interno para terminar el oído interno. Este nervio posee dos porciones una vestibular y la otra coclear, ambas porciones son sensitivas y se encargan: la primera de informarnos de los movimientos giratorios de la cabeza y la segunda de informarnos de los ruidos y sonidos producidos fuera o dentro del cuerpo.⁵² Es responsable del equilibrio y la función auditiva.⁵²

- El IX par o nervio glossofaríngeo posee tanto fibras sensitivas como motoras por lo que se denomina nervio mixto. Nace del romboencéfalo en su parte lateral yendo a la mucosa de istmo de las fauces, así como a la mucosa y músculos de la faringe.⁵² Desciende por el cuello junto a la vena

yugular interna y a la arteria carótida interna hasta encontrarse con el borde posterior del músculo estilofaríngeo, al cual inerva. Avanza entre los músculos constrictores superior y medio de la faringe para dar ramas sensitivas a la mucosa faríngea y al tercio posterior de la lengua.⁵³

- El X par o nervio vago o neumogástrico posee tanto fibras sensitivas como motoras por lo que se denomina nervio mixto. Emerge en la parte lateral del romboencéfalo y en particular en la cara lateral del bulbo raquídeo, desciende para inervar las viseras del tórax y la mayoría de las vísceras del abdomen exceptuando la mitad izquierda del intestino grueso.⁵² Inerva la faringe, el esófago, la laringe, la tráquea, los bronquios, el corazón, el estómago y el hígado.⁵³

- El XI par o nervio accesorio espinal es un nervio motor. Nace del romboencéfalo por debajo del neumogástrico, y va a terminar en los músculos esternocleidomastoideo y parte alta del trapecio.

- El XII par o nervio hipogloso mayor nace en la cara ventral del bulbo raquídeo y desciende para terminar inervando los músculos intrínsecos de la lengua además de los músculos geniogloso, hiogloso y estilogloso. Se encarga especialmente de coordinar los movimientos de la lengua.⁵²

2. Sensibilidad. Es la capacidad del individuo de integrar sensaciones y percepciones, acompañadas de un matiz afectivo agradable o desagradable. Se puede dividir en dos grupos: exteroceptiva y propioceptiva.⁵⁴

La sensibilidad vital o exteroceptiva comprende: la sensibilidad al tacto grueso o táctil no discriminativa; sensibilidad térmica, al frío, al calor y a la sensibilidad dolorosa.

A la sensibilidad gnóstica o discriminativa y a la percepción de aquellas sensaciones que provienen del propio organismo o del ambiente se les agrupa y denomina sensibilidad propioceptiva, y comprende, la sensibilidad que permite conocer las cualidades de los objetos: sensibilidad vibratoria, a la posición de los segmentos corporales, al peso y a la presión.

La discriminativa táctil se explora con las puntas de un compás. Al aplicar las puntas en un área determinada del cuerpo, si esa área cutánea posee una sensibilidad táctil elevada, se perciben las dos puntas, tal como sucede en los pulpejos de los dedos, en la punta de la nariz y en la lengua; en cambio, en áreas de la piel con pobre sensibilidad táctil, es necesario separar a más de 15 cm. Las dos puntas del compás para que se sientan como un estímulo doble. En el pulpejo del dedo índice a una distancia de 3 mm, las puntas del compás se perciben como un estímulo doble.

3. Motilidad voluntaria en las cuatro extremidades. Se considera la potencia muscular y si el paciente tiene predilección por usar la mano derecha o la izquierda (diestro o zurdo).⁵² Se lleva a cabo invitando al paciente a realizar movimientos y comprobando el resultado.

Para descubrir alteraciones discretas se valora la fuerza o se acude a las maniobras de Barré y Mingazzini que consisten en mantener los brazos extendidos a la misma altura, las piernas elevadas y con las rodillas flexionadas a la misma altura y con los ojos cerrados.⁵³

4. Coordinación motora. Es la capacidad que nos permite llevar a cabo diversos movimientos de una manera eficaz. Para llevar a cabo la ejecución de un acto complejo, es necesaria la planeación y después la ejecución.⁵² Se puede dividir en general y específica. La coordinación general nos permite aprender nuevos movimientos, controlar y regular el movimiento, y adaptarlo y transformarlo según la necesidad. Por ejemplo en habilidades tales como andar, correr, saltar, escalar, mantener la cabeza erguida, sentarse, etc.

Una coordinación más fina y específica es la responsable de que seamos capaces de manipular objetos pequeños usando movimientos musculares de los dedos, generalmente en coordinación con la vista. Un tipo notable de coordinación específica es el uso de las cuerdas vocales para hablar o cantar. También se pueden citar el equilibrio, la orientación, el ritmo y la reacción.⁵³

5. Reflejos, tono, tropismo, estación y marcha. Los reflejos pueden ser: normales o patológicos.⁵²

Los reflejos normales pueden ser despertados en condiciones de normalidad y los diferenciamos en dos tipos: los reflejos profundos u osteotendinosos, cuando el estímulo se aplica sobre el tendón, actúa sobre los receptores de los husos musculares, y la respuesta es la contracción del músculo correspondiente. Su arco reflejo es el mismo que mantiene el tono; y los reflejos superficiales o cutaneomucosos cuando los estímulos actúan sobre la piel o las mucosas y la respuesta (una contracción muscular). Su arco reflejo es más complicado. Los reflejos patológicos sólo pueden ser despertados en condiciones anormales o, los que sólo en estas condiciones dan respuesta característica.⁵³

6. Funciones Cerebrales Superiores:⁵⁵

1. El estado de Vigilia y el estado de Dormido.
2. El Lenguaje (mímico, verbal, escrito y musical)
3. El Cálculo Numérico.
4. Las Gnosias.
5. Las Praxias.
6. El Esquema Corporal.
7. La Percepción del Espacio Extracorporal
8. La Atención. (y la concentración de la Atención)
9. La Memoria. (Reciente y Remota)
10. La Vida Afectiva.
11. El Pensamiento Lógico o el Pensamiento Correcto.
12. La Agresividad, La Pasividad.
13. La Voluntad.
14. La Conducta.
15. El Aprendizaje.
16. La Conciencia.

NOTA. La capacidad de memoria y olvido son funciones fisiológicas normales. Uno de los principales conceptos clínicos neurológicos es que el asiento anatómico-funcional del lenguaje está en el hemisferio izquierdo en el 98% de los diestros y en el 70% de los zurdos. ⁵¹

La estimulación de la cara externa del lóbulo temporal y del occipital originan el recuerdo de experiencias pasadas, cada persona tiene una percepción de la realidad en el momento actual que depende de la

congruencia entre las sensaciones previas y la sensación que se presenta en ese momento.⁵²

ANTECEDENTES HISTÓRICOS

El Doctor Richard Asher aplicó, por primera vez, en 1951, el nombre de síndrome de Münchhausen en referencia al Barón Karl Friedrich Hieronymus Von Münchhausen (1720-1797) que nació en Bodenwerder, Alemania. De familia aristocrática, hizo carrera militar como oficial de caballería en el ejército ruso, que fue un mercenario militar famoso por contar historias de aventuras impregnadas de gran fantasía.^{9,23-25,27,44-48}

A partir de estas hazañas extraordinarias y extravagantes que el relatava, como montarse en balas de cañón, viajar a la Luna (donde los selenitas pueden separarse de su cabeza) o al infierno con Vulcano, bailar en el estómago de una ballena, matar a un oso y cubrirse con su piel para pasar desapercibido entre otros osos, cabalgar sobre un caballo cortado por la mitad (cuando bebía agua, ésta le salía por la parte de atrás al mismo tiempo), sacarse a sí mismo de un ciénaga tirando de su coleta, llegar a un pueblo completamente enterrado por la nieve, de tal manera que al día siguiente, cuando la nieve se despeja, y el pueblo aparece a los ojos de todos, se da cuenta de que ha atado su caballo a la aguja más alta del campanario, y que por tanto éste se halla colgando del mismo; o conseguir encender la mecha de un fusil gracias a su nariz (esto le permitió, entre otras cosas, viajar agarrado a una cuerda que se encontraba conectada a una bandada de patos, los cuales le llevaron en un gran trecho de su extraordinario periplo).

Las historias sobre estas aventuras fueron recopiladas y publicadas en Londres en 1785 por Rudolf Erich Raspe bajo el título “*Narración de los Maravillosos Viajes y Campañas del Barón Münchhausen en Rusia*” (*Barón Münchhausen's Narrative of his Marvellous Travels and Campaigns in Russia*) también llamada “*Las sorprendentes aventuras del Barón Münchhausen*” (*The Surprising Adventures of Baron Münchhausen*) creando un personaje literario entre extraordinario, cómico y bufón en algunas ocasiones, actualmente un reconocido mito de la literatura infantil, heredero entre muchos del *Quijote* y de *Los viajes de Gulliver*, y con un mensaje filosófico radicalmente opuesto al racionalismo imperante en su época.^{9,27,36}

En 1786 Gottfried August Bürger tradujo las historias de Raspe de vuelta al alemán y las amplió con nuevas aportaciones del folclore popular. Las publicó bajo el título “*Viajes maravillosos por mar y tierra: Campañas y aventuras cómicas del Barón de Münchhausen*” (*Wunderbare Reisen zu Wasser und zu Lande: Feldzüge und lustige Abenteuer des Freiherrn von Münchhausen*). Esta versión, de un tono profundamente satírico, es la más conocida por los lectores alemanes en la actualidad.²⁷

Es de destacar que estos libros dañaron la reputación del auténtico barón, que por otra parte no era mucho más exagerado que otros militares de carrera, y al que le afectó profundamente su inesperada fama como mentiroso oficial.

Münchhausen también ha sido objeto de numerosas obras de arte, pero la última palabra de su imagen visual pertenece a una edición del libro publicada en 1862 e ilustrada por el artista Gustave Doré, conocido también por su trabajo para “*La divina comedia*” de Dante y de la Biblia cristiana.

La primera adaptación cinematográfica de la vida del barón fue un cortometraje dirigido por George Méliès en 1911 y la más conocida es realizada en 1988 por Terry Gilliam, y titulada “*Las aventuras del Barón Munchausen*” (*The Adventures of Barón Munchausen*), rodada en Belchite (España), con John Neville en el papel del barón y la participación, entre otros, de Robin Williams, Sarah Polley, Uma Thurman y Eric Idle.²⁷

El término de “Síndrome de Münchhausen” fue usado para describir a los adultos que simulaban enfermedades para conseguir la atención médica, para adoptar el papel de enfermo y recibir los procedimientos médicos totalmente innecesarios así como los tratamientos, pero sobre todo recibir la constante atención del personal médico y la fama de padecer una enfermedad “rara” o desconocida. Las historias, síntomas y hallazgos, planteaban serias inconsistencias, y que luego de un difícil y extenso análisis médico, se demostraba, que eran producidos por el mismo paciente. Ascher resaltaba la falta de sentido que tenía el producirse estas enfermedades, ya que no existía una ganancia secundaria.^{11,16}

Como contradicción entre las fuentes de información, se menciona que el Pediatra Roy Meadow en 1977 acuñó el término de “Síndrome de Münchhausen por Poder”^{3,4,9,15,35-38,43-48} para describir el caso en que una persona finge la sintomatología de otra y, como es lógico, se observa en seres humanos en estado de indefensión,²¹ mientras que en otras fuentes se informa que en el mismo año, Burman y Stevens dan a conocer un tipo de Münchhausen familiar en el que la madre lo provoca en sus hijos, denominándolo “Síndrome de Polle”^{13,28,37} y así fue aplicado en honor del hijo del barón Münchhausen, el cual murió a la edad de 10 meses de forma misteriosa, algunos dicen que padeció una enfermedad facticia provocada

por el padre. El término “Síndrome de Münchhausen por Poder” es más aceptado actualmente en la literatura pediátrica.¹³

Roy Meadow dio a conocer los casos de dos madres, que en ese año, mintieron respecto a síntomas que dijeron padecían sus dos niños, los cuales eran provocados por ellas mismas. Uno de los niños tenía una historia de afecciones respiratorias que se prolongó mucho tiempo, pasando de asfixia recurrente a orina sangrienta, y el otro tenía una historia de hipernatremia (exceso de sodio en la sangre) recurrente.^{4,11,38}

El primer niño cuyos síntomas sólo ocurrieron en la presencia de su madre, mejoró durante el tratamiento psiquiátrico de la madre. Los síntomas del segundo niño sólo ocurrieron en casa, y murió como resultado de una grave hipernatremia. En 1994, el médico informó que la madre del niño admitió a su psiquiatra que ella mató a su hijo con el envenenamiento por sal. Estos dos casos subrayan la importancia de reconocimiento temprano del Síndrome de Münchhausen por la gravedad de sus consecuencias.¹¹

En la descripción de Meadow (1977, 1982), todos los pacientes presentaban una sorprendente colección de síntomas y signos que hacían pensar en una enfermedad multisistémica atípica; habían sido estudiados y tratados repetidas veces en diversos hospitales durante un tiempo que oscilaba entre 4 meses y 7 años; y cada caso reunía un complejo historial médico con gran número de pruebas diagnósticas y de tratamientos innecesarios y potencialmente dañinos.²⁰

Los médicos que asisten a estos enfermos y que incluso los intervienen quirúrgicamente, no tienen la más remota idea de lo que esta

sucediendo. Pues en su acción médica no hay confabulación sino error. Luego de pasado algún tiempo, el enfermo encontrará en su persona otras molestias, inquietudes y necesidades (afecto), que le hagan ir, de nueva cuenta, al médico. Dando así origen a un padecimiento, en el cual se descubre una característica más no siempre explícita en los textos, su recurrencia cíclica.

En el siglo pasado el diagnóstico se establecía cuando al Hospital llegaba un enfermo, en quien lo más llamativo de su persona era que portaba, como hecho distintivo, diversas y numerosas cicatrices quirúrgicas en el cuerpo. Entonces, si el médico estaba bien informado, sospechaba y luego confirmaba su diagnóstico de Síndrome de Münchhausen.⁹

Originalmente estos enfermos fueron considerados “mitómanos”, personas que gustan decir mentiras. El nombre que recibe ahora este síndrome, esta más relacionado con la fantasía que con la mentira,⁹ por lo que un cuadro frecuentemente relacionado con el síndrome de Münchhausen es la “pseudología fantástica”, la cual fue descrita por Delbrück en 1891, y posteriormente en la literatura inglesa por Healey y Healey (1915), es la narración de historias sensacionales que mezclan verdades y falsedades, y que el oyente encuentra inicialmente interesantes y fascinantes,⁴ denominan a los sujetos que la padecen como “mentirosos patológicos”.^{20,38}

Este padecimiento fue descrito en la época en que la cirugía era considerada como el único tratamiento resolutivo válido y confiable. Y, entre la clase pudiente, una moda. Se decía entonces: padecimiento que no lo cura la cirugía, no lo cura nadie.⁹

CONCEPTO Y DEFINICIÓN

El término facticio significa “voluntariamente”. En los trastornos facticios son padecimientos en los que el individuo se produce a sí mismo los signos o síntomas de la enfermedad, ya sean síntomas físicos o psicológicos, con la finalidad de recibir asistencia médica, quirúrgica o psiquiátrica y en otros casos obtener sustancias farmacológicas, ayuda económica o cualquier otro supuesto “beneficio”. Los sujetos de este grupo han recibido nombres como: pacientes con problemas de peregrinaje, vagos de los hospitales y sujetos con “adicción quirúrgica”.^{1,2}

El Síndrome de Münchhausen también es conocido con los nombres de: enfermedad ficticia o facticia o pseudopsicosis.¹⁹ El Doctor Richard Asher señaló: “*Se trata de un síndrome que muchos médicos han visto, pero sobre el que se ha escrito muy poco*”.¹⁵ Es una enfermedad mental en la cual el paciente aparenta sufrir enfermedades, usualmente agudas, aparatosas y convincentes.^{12,16,28,42}

Puede decirse que es el grado sumo de la hipocondría. Estas personas son conscientes del engaño, no así de los motivos que los llevan a obtener la atención de los demás,^{25,40} ellos refieren síntomas físicos, pero niegan tener problemas psicológicos.¹⁵

La característica esencial de estos pacientes es la habilidad para representar síntomas orgánicos tan bien que consiguen ser hospitalizados. Para respaldar su historia, los pacientes pueden fingir síntomas sugerentes de un trastorno que afecta a cualquier sistema orgánico. Están familiarizados con el diagnóstico de la mayoría de los trastornos que requieren

hospitalización o tratamiento farmacológico o quirúrgico, y pueden proporcionar historias excelentes capaces de engañar incluso a clínicos experimentados.^{5,39,40}

Cuando el paciente hace lo mismo con sus seres queridos, como por ejemplo, con sus hijos pequeños, el trastorno se llama Síndrome de Münchhausen por Poder, por proximidad,^{11,20} inducido, o por delegación.²⁸ En este caso, se trata de una forma de abuso infantil en la que uno de los padres induce en el niño síntomas reales o aparentes de una enfermedad inexistente,^{10-18,22,42,43} cuya gravedad radica en su difícil diagnóstico y posterior manejo, que a menudo pasa desapercibido durante semanas, meses e incluso años.²¹ La finalidad es la misma, pero el daño se inflige al propio hijo en vez de al propio cuerpo.¹⁴ Los hijos sirven como intermediarios de los problemas de los padres, de aquí su nombre, "por Poder".¹⁵

Actualmente están en uso el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales cuarta edición donde no aparece como tal el Síndrome de Münchhausen por Poder, usándose así el término "desorden facticio por Poder" para definirlo;^{16,21,34} y la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y otros Problemas de Salud utiliza su décima versión. En ambas clasificaciones psiquiátricas internacionales el Síndrome de Münchhausen forma parte de los Trastornos Facticios.^{30,45,48}

ETIOLOGÍA

Realmente no existe una etiología para el Síndrome de Münchhausen, ni un cuadro clínico unimodal, pero se sabe que los motivos para fingir enfermedades no son consientes, es decir que ellos mismos no saben el

porque se su conducta, y se desconoce su raíz psicológica. Se cree que tal vez comience después de una enfermedad real, de una pérdida amorosa o de un rechazo que genere un patrón de “patologías”.^{19,24} Sin embargo, los datos obtenidos, que se mencionarán a continuación, se han repetido en las historias de la mayoría de los pacientes diagnosticados con éste síndrome, pero esto no quiere decir que sea necesario para presentarlo, es decir, que incluso pacientes, en cuyas historias existen datos de acontecimientos más desagradables, pueden presentar un estado de salud mental mas óptimo que pacientes cuyas historias no se muestran tan dramáticas.

Los pacientes diagnosticados con el Síndrome de Münchhausen tienen en común una historia de abuso emocional, físico y abandono emocional en la infancia, su dinámica familiar se encuentra muy mal estructurada en la gran mayoría de los casos (niños que viven con abuelos, madres solteras, inmaduras o con personalidad patológica, separación de los cónyuges, abandono del hogar de los progenitores, etc.), historias de enfermedad temprana u hospitalizaciones prolongadas.^{1,3-5,7,21,42}

Quienes presentan personalidad limítrofe experimentaron dificultades de desarrollo durante la fase de separación - individuación (cuando el niño empieza a caminar) de la infancia. Cuando no se logra con éxito la separación del individuo, éste entra en la vida adulta con una imagen personal deteriorada, sintiéndose con una necesidad vehemente de “algo” y dependiente de los demás, pero esperando que sus necesidades sigan siendo frustradas por las figuras autoritarias.

La historia del desarrollo puede describir diversos aspectos de importancia en un individuo con enfermedad facticia. En primer lugar esta la

sensación del paciente de necesitar que lo cuiden. Por las experiencias pasadas, sin embargo el deseo del sujeto de que lo cuiden, suele acompañarse de expectativas de decepción. En consecuencia, estos pacientes presentan a menudo un disfraz de adaptabilidad anhelada que cubre una actitud hostil y cautelosa subyacente.¹

Otro aspecto importante la ira por las privaciones pasadas, suele hacer que estos individuos estén cargados de ansiedad y remordimientos. Las intervenciones quirúrgicas y los procedimientos de diagnóstico invasivos y dolorosos sirven como “castigo” para aliviar los sentimientos de culpa; también permiten que el paciente vuelva a representar experiencias tempranas de la infancia durante las cuales los padres proporcionaron atención, al igual que dolor. Así, los médicos y las enfermeras representan las figuras “paternas” de la temprana infancia.^{1,46}

Un tercer aspecto es la experiencia desagradable de un trauma temprano. Los niños hospitalizados pueden sentirse extremadamente vulnerables. Cuando se repite en ellos la experiencia como adultos, es posible que esperen controlar la situación como no lo lograron cuando eran niños. A veces esto es lo que ocurre cuando los pacientes parecen no preocuparse por su estado clínico, mientras los médicos efectúan febrilmente investigaciones diagnósticas.¹

Se cree también, que estos pacientes están intentando sobreponerse al dolor y el miedo que experimentaron cuando eran niños, asumiendo la función de pacientes y “aliviando el dolor vivido” una y otra vez. Sin embargo, en lugar de recibir el amor y la aprobación que anhelan, el desenlace

inevitable es la cólera y el rechazo por parte de los miembros de la familia, amigos e, incluso, médicos y enfermeras que se resienten ante el engaño.^{19,24}

El síndrome puede atentar contra la vida de un niño involucrado, en el caso del Síndrome de Münchhausen por Poder, ya que este comportamiento inusual puede llegar hasta el punto de daño físico grave e incluso la muerte. Los hijos de las víctimas tienden a colaborar con las madres en su afán natural por ser amados y rara vez cuentan sus martirios.^{10-13,18,25}

Los perpetradores en el caso del Síndrome de Münchhausen por Poder también tienden a presentar a menudo personalidad limítrofe, una historia de alteraciones físicas a una situación límite, síndrome de Münchhausen y depresión. La gran mayoría presentan problemas en sus matrimonios. El 70 % ha sido víctima de abuso emocional y el 25 % ha sufrido abuso físico o sexual. El 55 % abusa del alcohol o las drogas y el 60 % ha intentado suicidarse. En el 50% de los casos existían rasgos ansiosos - depresivos en las madres.²¹ El 71% de los niños afectados presenta trastornos de la alimentación. Se trata de personas que, por sus experiencias de rechazo y maltrato, han aprendido que sólo pueden obtener atención y cuidados de los demás cuando están enfermas o lo están sus hijos.^{14,25}

EPIDEMIOLOGIA

No existe un acuerdo sobre la prevalencia del síndrome de Münchhausen, pero la frecuencia en que se presenta es baja,^{37,38} tal vez porque pocas veces se diagnostica. Parece ser que se manifiesta en adultos jóvenes y de edad media (aunque se han referido casos de todas las edades),^{19-24,28} está protagonizado en su mayoría por pacientes del sexo

masculino, y suelen estar afectados dos veces más que las mujeres; la mayoría son concededores de las prácticas médicas y presentan trastornos de la personalidad, tales como personalidad límite o antisocial,^{1,2,37-40} incluyendo poco control de sus impulsos, conductas autodestructivas.¹¹

Los mejores estudios epidemiológicos se han descrito en pacientes con fiebre de origen desconocido. En un estudio de los Institutos Nacionales de la Salud en Estados Unidos más de 9% de estos individuos se diagnosticaron como casos de fiebre facticia. Un estudio semejante efectuado en *Stanford* indicó fiebre facticia en 3% de estos pacientes. Parece que los trastornos facticios ocurren más a menudo en los centros de asistencia terciaria de la salud, a los que se envían los problemas diagnósticos complejos para su valoración.¹

Suntherland y Rodin (1990) diagnosticaron el trastorno en el 0,8% de los casos remitidos de pacientes médicos o quirúrgicos a los servicios de interconsulta psiquiátrica. Bhugra (1988) halló que el 0,5% de los ingresos psiquiátricos presentaba el Síndrome de Münchhausen. La mayoría de los casos notificados correspondía a pacientes de 20 a 50 años de edad, pero también se han comunicado casos en niños, adolescentes y adultos mayores.⁴

La enfermedad mental de Münchhausen es causa de muchas muertes infantiles en todo el mundo, sin embargo, todos advierten que es imposible dar con la cifra exacta, dada la dificultad con la que frecuentemente se topan los especialistas para diagnosticar el síndrome.

En más del 95% de los casos de Síndrome de Münchhausen por Poder, la madre es quien ocasiona las enfermedades del niño, en busca de atención médica innecesaria.^{10-13,17,18,37,40-48} Y se estima que la mayoría son mujeres jóvenes casadas.¹⁴ En algunos casos, la madre ha sido sospechosa de fabricar los síntomas de su niño para intentar que su compañero regrese a la familia. Una minoría (10-25%) de estas mujeres también inducen los síntomas en ellas mismas. La madre en cuestión, raramente tiene una enfermedad mental severa (como la esquizofrenia), aunque todo parece indicar que la presencia de uno o más desórdenes de personalidad es común.^{11,38}

El padre, habitualmente, está alejado del conflicto, pero cuando está presente carece de autoridad, o es indiferente a la suerte del niño y los peligros que se ciernen sobre éste, confiando en la madre de su hijo; también pueden apoyarlas y negligentemente pueden volverse cómplices pasivos de un abuso continuado. Los perpetradores pueden ser también los abuelos, los padres adoptivos, y las niñeras.^{3,4,11,37-43}

En el hospital infantil *Children's Health Care de Scottish Rite*, Atlanta, los doctores no lograban encontrar respuesta para los repetidos ingresos de niños con inexplicables enfermedades crónicas. El doctor David Hall, director del estudio, decidió instalar cámaras ocultas en 41 habitaciones con casos sospechosos. Había, por ejemplo, niños que padecían infecciones bacterianas que durante meses eran resistentes a cualquier tratamiento. Las cámaras revelaron que la causa era la orina que sus madres les inyectaban a través de los catéteres intravenosos, por los mismos que les administraban los medicamentos. La edad promedio de los niños era de 2 a 5 años, en el momento del diagnóstico,³ y de no haber sido por las cámaras ocultas

muchos podrían haber muerto. En varias ocasiones, el equipo que controlaba los vídeos alertó a las enfermeras para que entraran en las habitaciones y las madres paraban lo que estaban haciendo.^{11,38,48}

Se dice que el abuso del niño normalmente empieza a temprana edad, aunque también se han encontrado casos de víctimas más grandes. En un informe médico, la sofocación empieza entre el primer o tercer mes de vida y dura entre 6 y 12 meses o hasta que el paciente muere. En otro informe de niños con alergias a los alimentos, en 16 de 301 niños (5%) se identificaron como víctimas de este síndrome. En un pueblo inglés pequeño con una población de 200.000 habitantes, se documentaron 39 casos de sofocación intencional de niños en un periodo aproximado de 20 años.^{11,38,45}

El intervalo de tiempo desde el comienzo de los síntomas en el niño hasta que se realiza el diagnóstico puede variar ampliamente, desde un promedio de +/-15 meses hasta años.^{3,4}

Aunque no se conoce con precisión la incidencia y el predominio de este síndrome es preocupante, pues más de 700 casos, ya se han documentado en los países de habla hispana, pero éstos sólo representan los más graves del Síndrome de Münchhausen. Un equipo de estudiosos informó sobre la incidencia inconstante del Síndrome.^{11,38}

En 1991, Schreier y Libow dirigieron un estudio en los Estados Unidos. Entre los 316 médicos que respondieron al estudio, 212 informaron un contacto con 192 sospechosos y 273 víctimas inveteradas del Síndrome de Münchhausen. Un estudio de la Unidad de Vigilancia de la Asociación Pediátrica Británica encontró 128 casos de este síndrome en el Reino Unido

e Irlanda en un periodo de dos casos por año, con una incidencia de 2,8 por 100.000 niños menores de un año de edad y 0,5 por 100.000 niños menores de 16 años. Usando éste criterio se calcula que aproximadamente 625 casos de envenenamiento y sofocación relacionados con este síndrome pueden estarse presentando en Estados Unidos cada año.^{3,4,11,38}

Los datos aportados por la literatura, en otro informe, señala que en un 25% se conocían hermanos muertos y en un 61,3% la existencia de enfermedades similares o haber presentado sospecha del Síndrome de Münchhausen por Poder. Con respecto al pronóstico un 7,3% sufrieron lesiones a largo plazo o secuelas permanentes, con un 6% de fallecimientos. La madre fue causante del 76,5% de los casos, y llama la atención que conforme se profundiza en el conocimiento del síndrome, una más amplia gama de perpetradores son identificados.²¹

Según la revista *Pediatrics*, a fin de encontrar una respuesta a casos de lactantes internados en estado grave, en Noviembre del año 2000 se llevó a cabo un estudio, dirigido por el Doctor David Southhall y basado en las grabaciones con cámara oculta, realizadas en un periodo de ocho años en varios hospitales de Gran Bretaña.

Se grabó a madres internadas con sus bebés con resultados alarmantes: en 30 de 39 casos se observó que los progenitores (en su mayoría, las madres) intentaban matar o maltratar a sus hijos; en otros dos casos, trataron de envenenar al niño; en otro, la madre rompió deliberadamente el brazo de su hija de tres meses. Muchas de estas madres actuaban en forma metódica y luego explicaban los síntomas de su hijo. Las

pacientes que abusan de niños no son mayoría, pero su enfermedad podría explicar muchos casos de muerte infantil.^{25,38,43}

En un estudio realizado en el “Hospital Prof. Dr. Juan P. Garrahan” entre diciembre de 1991 y marzo de 1998, se evaluaron 31 historias clínicas de Síndrome de Münchhausen por Poder, los porcentajes de mortalidad oscilan entre el 10% y 30%, se detectó que “el perpetrador fue la madre en el 80.6% de los casos, el padre en el 6.5%, ambos en el 9.7% y otros (abuelos, padres adoptivos, niñeras, etc.) en el 3.2%”.⁴⁴

En Alemania, según las estadísticas criminológicas, un 40% de casos de maltrato infantil son cometidos por mujeres, y un 85% a 90% de ellas sufren de este síndrome.

En un proyecto piloto a nivel nacional dirigido por el Departamento de Psiquiatría Forense de la Clínica Universitaria de Wurzburg se estudió el tema en 190 hospitales de niños alemanes. En total, se pudieron confirmar 91 casos, y hubo sospechas firmes en otros 99 casos. La edad promedio de las madres fue de treinta años, y la de sus hijos, de cuatro años. Un tercio de las pacientes fueron canalizadas a psiquiatría.²⁵

En 41 casos revisados entre 1974 y 1984, la edad media del infante fue de 4.4 años sin observarse diferencias en cuanto al sexo. La madre fue la responsable de los síntomas en más del 78% de los casos y con una elevada frecuencia eran conceptuados como patológicos desde el punto de vista psiquiátrico (Síndrome de Münchhausen, Depresiones, Trastorno de personalidad, etc.).²⁸

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

Como es de suponer, existe un polimorfismo grande en las manifestaciones clínicas que pueden presentar estos pacientes, por lo que no se puede hablar de formas clínicas típicas. De cualquier forma, hay datos cuyo conocimiento es interesante.^{9,37}

Los pacientes con Síndrome de Münchhausen parecen representar una minoría, debido a que la mayoría de los pacientes no tienen las características de sociopatía (mentir sin mostrar ningún sentimiento de culpa), impostura, peregrinación y resistencia notoria al tratamiento, por lo que tienen enfermedad física intermitente y leve (por ejemplo, dermatitis facticia) y sus episodios de enfermedad usualmente ocurren como una reacción a un agresor específico. La elección del sistema orgánico, en donde servirá como sitio de ubicación del dolor o de algún otro síntoma, se limita a la creatividad del paciente y recursos de que dispone (inyectarse insulina para producirse hipoglucemia, etc.).^{1,36}

Los pacientes parecen tener problemas de identidad, graves dificultades emocionales, autoestima baja, control inadecuado de los impulsos, sentido de la realidad deficiente, episodios psicóticos breves y relaciones interpersonales inestables, determinados rasgos de personalidad, de tipo dependiente, explotada o de minusvalía, La mayoría presenta personalidad limítrofe.

Tienden a actuar de manera impulsiva y tienen dificultades para tolerar la ira o la depresión y pueden sufrir psicosis.¹

Son capaces de simular muchas enfermedades físicas tales como infarto del miocardio o fiebre de origen desconocido. A veces terminan convirtiéndose en una inacabable responsabilidad, para los servicios médicos o quirúrgicos, pero, no obstante, el problema fundamental es mental, mucho más complejo que una simple simulación engañosa de síntomas, y vinculada a graves trastornos emocionales. Saben como simular una enfermedad con sofisticada habilidad.^{12,28,42}

La mayoría de estos enfermos solicitan el alta de los hospitales por propia voluntad, o antes de lo recomendado^{15,23,37} alegando la poca o ninguna mejoría del paciente y se trasladan a otra institución. El proceso de la enfermedad no responde como se espera a los tratamientos usuales.^{3,4,20-23,47} y presentan recaídas después de mejorías de la condición.^{22,46}

Es importante mencionar que estos enfermos, a pesar de estar largo tiempo en los hospitales, suelen estar solos, sin familia y sin amigos.³⁴

Se considera que estos pacientes son más bien enfermos fingidos o mentirosos que emplean vívidos, imaginativos y convincentes síntomas, para obtener asistencia médica, hospitalización, medicamentos. De tal suerte que cuando se les pone en evidencia, entonces simplemente cambian de ciudad o de hospital en busca de tratamiento, muchas veces con nombre falso, para que se les atienda una y otra vez.^{12-16,25,28} y en casos extremos, la simulación de una enfermedad llega a ser tan convincente que el paciente no solo es hospitalizado, incluso es sometido a intervenciones quirúrgicas.²⁴

Estas personas son, en un alto porcentaje, inteligentes y llenas de recursos: no sólo saben cómo imitar enfermedades con bastante acierto, sino

que también tienen un minucioso conocimiento de las prácticas médicas y pueden llegar a manipular de tal modo que consiguen su objetivo.^{1-21,34,37,41-45}

Es común que el paciente se deje llevar por una tendencia incontrolable y patológica a mentir (pseudología fantástica), una conducta disruptiva y demandante, y frecuentes quejas de dolor con demandas de analgésicos. En ocasiones el paciente puede llegar a hacer viajes locales e incluso internacionales de un hospital a otro.

El frotar el termómetro para producirse "fiebre", el pincharse un dedo para dejar caer unas gotas de sangre en la orina y aparentar una hematuria, el frotarse los bordes de una herida, e incluso contaminarla para que no cicatrice, el ingerir exceso de sal para provocar hipernatremia, el cambiar radiografías y resultados de otros exámenes, son sólo algunos ejemplos que se pueden mencionar de una larga lista de "mecanismos patogénicos".^{11,37}

En el síndrome por poder, el perpetrador puede simular signos de enfermedad en su hijo o el niño que tiene a su cuidado añadiendo sangre a su orina o heces, dejando de alimentarlo, falsificando fiebres, administrando eméticos o catárticos para inducir vómitos o diarrea, mediante la ingestión de productos dañinos e incluso se practican heridas y mutilaciones para llamar la atención, también pueden usar otras maniobras como infectar las líneas intravenosas para que el niño aparente o en realidad este enfermo.^{11,38}

Las madres se niegan a que los hijos se separen de su lado o que alguien distinto los cuide.^{11,21,38,47} Para ello es recomendable, durante la consulta odontológica, pedir a la madre que espere afuera.

En el hospital, la madre es muy colaboradora y apreciada por el personal de enfermeras por el cuidado que le da al niño. Comúnmente se le ve como devota y de una abnegación poco común, lo que hace poco probable que el personal médico sospeche el diagnóstico real.^{10-14,18,21,38,47} Sin embargo, también pueden presentarse como hostiles y emocionalmente débiles.¹¹ Frecuentemente se vuelven una fuente de apoyo para los miembros del personal o las familias de otros pacientes. Normalmente se muestran calmadas ante la confusión que denotan los médicos ante la enfermedad misteriosa que su niño está experimentando.

Sus visitas frecuentes al hospital les dan fácil acceso para poder inducir más síntomas. Según los psicólogos especializados en este síndrome, el hábito de mentir se convierte en una actuación tan perfecta que las madres realmente llegan a creerse que están ayudando a sus hijos, a estas madres les gusta el prestigio social de una enfermedad misteriosa; les gusta la proximidad de los profesionales de la salud; les gusta la atención y el drama, la sensación de estar en un consultorio. Además de eso, algunas madres parecen obtener satisfacción por aterrorizar a sus niños.¹¹

La mayoría de los casos muestran urgencias orgánicas, con siete formas de presentación habitual (Gunn 1996, Enoch 1990). Las tres primeras son las más frecuentes y fueron descritas por Asher. Las restantes fueron añadidas por Enoch y Trethowan:^{15,20,28,38,40-48}

1. Tipo dolor abdominal agudo: Es la forma más frecuente. En él, aparecen en la exploración a menudo, múltiples cicatrices de laparotomía. Los pacientes se someten a múltiples intervenciones

quirúrgicas que pueden complicarse. Por ejemplo las obstrucciones intestinales por adherencias.

2. Tipo hemorrágico: Frecuentemente se reportan bajo la forma de hemoptisis, hematemesis o hematuria.

3. Tipo neurológico: Generalmente manifiestan dolores de cabeza, pérdida de conciencia, anestias o síntomas cerebelosos.

4. Tipo cutáneo: Presentan lesiones autoinfligidas, ya sea con agujas, calor etc.

5. Tipo cardíaco: Aparecen síntomas similares a la angina de pecho o trombosis coronaria.

6. Tipo respiratorio: semejante a enfermedades respiratorias.

7. Tipo mixto: combinaciones de distintas formas de presentación, en diferente orden cronológico.

La sintomatología esencial es la manifestación de síntomas físicos que generalmente son presentados por el paciente de forma dramática, involucran a cualquier sistema orgánico y son cambiantes. Los síntomas pueden ser totalmente inventados, autoinfligidos, exageraciones de un síntoma real o una combinación de todos ellos.²⁸

Los métodos utilizados para la elaboración de la sintomatología son tan diversos como sorprendentes y los sistemas de producción y los cuadros clínicos pueden considerarse casi ilimitados, siendo la mayor o menor accesibilidad de los aparatos, y la imaginación; lo que determina la mayor o menor frecuencia de presentación. En cuanto a los métodos la más directa es la simple alegación y/o exageración de síntomas inexistentes, y junto a ésta la producción directa de lesiones, traumatismos, intoxicaciones, etc. En

ocasiones utilizan métodos más elaborados como manipulación de muestras.^{28,36}

El número de muestras sugeridas como síntomas para el diagnóstico de éste síndrome creció tan rápidamente que por 1996 sobre cien síntomas habían sido identificadas.³⁵ Los más comunes incluyen el dolor abdominal, vómito, diarrea, la pérdida de peso, cólicos, apnea, las infecciones, las fiebres, sangrando, envenenamiento y letargo. Un estudio informó las enfermedades múltiples en 64% de 56 niños que eran víctimas de este mal.^{11,16}

Todas estas manifestaciones clínicas deben ser muy tomadas en cuenta para lograr un diagnóstico correcto. No se debe olvidar que para esto, se debe tener mucho en cuenta la actitud del clínico frente a los pacientes en general, es decir que durante el interrogatorio dirigido, los pacientes con Síndrome de Münchhausen estarán más atentos al comportamiento del médico, de esta forma les permitirá formarse una o varias ideas acerca de lo que el médico busca para su posible diagnóstico.

Esta actitud de parte del médico ayudara a los pacientes a responder de tal manera que logre convencer al médico que el padecimiento del cual se esta sospechando es el correcto .En todo este proceso juegan un papel muy importante, todos los movimientos corporales que surgen, durante la entrevista, de parte del médico y muy en especial los que proceden de su cara, de sus manos y de su voz, que invariablemente constituyen las fuentes de información que más vigila el paciente durante la entrevista médica y de esa manera se repite, ni más ni menos, que el error de *Clever Hans*.⁹

ERROR DE “CLEVER HANS”

La evaluación del curso clínico de una enfermedad puede ser influida por diversos factores, en este caso, quizá es menos conocida la razón por la que en muchas ocasiones conviene "cegar" no sólo al paciente, sino también al observador, a la persona que registra los datos del paciente. Para ello, nada más útil que reseñar la historia de Clever Hans.³¹

Por la fecha de 1900,³¹ se hizo público que había un domador de caballos de nombre Herr Von Osten quien montó un espectáculo, mostrando a un caballo excepcionalmente inteligente. Clever Hans era el caballo que parecía entender y responder preguntas sobre una increíble variedad de temas, con una precisión inaudita.⁹

El caballo era capaz de realizar sumas, restas, multiplicaciones, divisiones e incluso raíz cuadrada, sin error en el resultado. Herr Von Osten paraba al caballo frente al público con las patas anteriores apoyadas en dos taburetes de madera. Luego pedía a una persona del público que le dictara cualquier operación matemática, misma que él escribía sobre una pizarra y acto seguido la mostraba al caballo. A continuación, el caballo respondiendo a las voces que daba el domador, ensayaba dar la respuesta golpeando sobre los taburetes con una mano marcaba las decenas y con la otra las unidades. Y para asombro de los asistentes el animal golpeaba una y otra vez hasta que cubría, con precisión el resultado correcto.⁹ Si se esperaba que el número de golpes que tenía que dar era elevado, comenzaba a golpear rápidamente; en caso contrario lo hacía más lentamente. Los problemas de aritmética eran contestados con un determinado número de golpes; coincidente con el resultado, en cuanto a las preguntas referentes a otros temas, respondía por medio de un código en el que los números

significaban palabras o símbolos. Se hizo tan famoso, que su nombre se citaba en canciones populares y aparecía en etiquetas de licor.³¹

Tal popularidad condujo a la constitución de una comisión para investigarlo. Su dueño, el Sr. Von Osten, un viejo maestro de escuela, quería que el caballo fuera sometido a investigación científica y cooperó con la comisión, quien comprobó que, sin ningún entrenamiento, la gente podía comunicarse con Clever Hans; llegaron a hacerlo hasta 40 personas y se demostró que, en ausencia de su dueño, era capaz de responder preguntas y que su inteligencia no era fraudulenta. Resolvía problemas aritméticos comunes, e incluso era capaz de reconocer el valor de diferentes monedas, decía qué hora era y distinguía algunas canciones. Seleccionaba a personas en específico entre una multitud e identificaba a personas por fotografías. Reconocía los colores. Cuando cometía un error, parecía reconocer inmediatamente su magnitud, ya que, cuando se le preguntaba en cuánto se había equivocado, solía dar la respuesta correcta.³¹

Se descubrió que Clever Hans no necesitaba que se le pronunciara la pregunta, bastaba pensar en ella. Cuando una operación matemática le era preguntada por dos personas que conocían todos sus términos, el caballo contestaba correctamente, pero si cada una de las dos personas aportaba un término de la operación y no conocía el planteado por la otra, Clever Hans se equivocaba irremisiblemente. Además, se pudo comprobar que cuando la persona que preguntaba se alejaba del caballo, éste comenzaba a cometer errores, tanto más, cuanto más lejos estaba quien le preguntaba; cuando se le tapaban los ojos se equivocaba más y que cuanto más oscuro era el ambiente más errores cometía.³¹

En 1904 Oskar Pfungst,³¹ después de mirar con cierta displicencia atinó a descubrir el error y la trampa. Y para ponerlo en evidencia solicitó al domador la pizarra y él mismo anotó la operación matemática a realizar. Pero sin que el domador tuviera acceso al contenido. Luego le pidió que lo mostrara al caballo y con cierta decepción se pudo comprobar que el caballo era incapaz de resolver la operación aritmética más sencilla.⁹ También pudo comprobar que todos los comunicantes que habían obtenido respuestas del caballo, mientras le miraban como golpeaba la pata o movía la cabeza, le estaban dando pistas no conscientes, por medio de modificaciones mínimas de la posición de su cabeza debidas a cambios de tensión muscular. Estos movimientos sutiles eran extraordinariamente difíciles de evitar, incluso si la persona que preguntaba sabía que estaba dando pistas al caballo de este modo. Desde entonces éste error gestado, sin control, por el propio promotor del cuestionamiento se denomina, en honor al caballo, “Error de *Clever Hans*”.⁹

Esta historia muestra cuán sutil y en ocasiones irreconocible puede ser la comunicación no verbal de las personas. Se dice que las personas tienden a hacer lo que creen que se espera de ellas, y no es menos cierto que los pacientes tienden a evolucionar, como se espera de ellos, que evolucionen. En ciertas circunstancias, es conveniente que no sólo el paciente, sino también el observador, desconozcan cuál es el tratamiento administrado. Sin embargo, de manera consciente o no, el observador puede depositar más esperanzas en una de las intervenciones, en detrimento de la otra u otras.³¹

Por esto, es muy importante también, tener una actitud seria y limitada frente al enfermo de parte del clínico, es decir, el clínico debe permitir que el

paciente refiera todas sus molestias por si solo, sin mostrar signos de qué tan grave es lo que el paciente refiere (por ejemplo, cuando el médico asiente con la cabeza sin darse cuenta), de esta manera se observará, si existe, cierta discrepancia que ayudará para la identificación de algún trastorno, en este caso, la presencia del Síndrome de Münchhausen.

COMPLICACIONES Y SECUELAS

La incidencia de muerte y las complicaciones médicas serias no se conocen con precisión.^{11,37}

Debido a que el enfermo cambia su actitud, de ser aquel sujeto que va a solicitar ayuda, al de tratar de engañar al médico; el resultado es una relación tensa, antagónica, difícil.^{11,37} Existe la tendencia a que el médico se moleste con el paciente cuando se siente manipulado o engañado, pero lo adecuado es asumir que se trata de un enfermo mental y que requiere un trato especial.

En el caso del Síndrome de Münchhausen por Poder, el niño puede presentar complicaciones por las lesiones, las infecciones, los medicamentos o las cirugías. El riesgo de complicaciones psicológicas como depresión, ansiedad, trastorno de estrés postraumático y otros aumentan en los sobrevivientes del maltrato infantil,^{10,13,18,47} con frecuencia originan un perjuicio en su desarrollo físico y mental, enfermedades reales provocadas, riesgos graves e incluso la muerte.²⁸

Los niños más grandes que son a menudo víctimas de este síndrome conspiran con sus madres confirmando las historias más improbables incluso

sobre sus historias médicas, a veces por el miedo de contradecir a sus madres y otra debido a la persuasión de sus madres. Algunos de estos niños creen que ellos están muy enfermos, con un desorden misterioso que los doctores no pueden diagnosticar. En otros casos, el niño sabe que la explicación de la madre no es real, pero no habla, por miedo a la venganza de la madre o a que nadie les crea.^{3,4,11,37,38}

Entre hermanos pueden ser víctimas del mismo abuso por el mismo progenitor. En una serie que estudió la muerte de 27 infantes que fueron sofocados, 48% tenían un hermano que según se alega se murió de síndrome de muerte infantil súbito.

En una clínica americana informaron que se admitieron 122 de 128 niños en el hospital como resultado del Síndrome de Münchhausen por Poder. De los 128 niños, 119 (93%) tenían intervenciones innecesarias, 45 enfermedades médicas mayores sufridas, 31 dolencias físicas menores, y 8 murieron.

En un estudio más temprano de 51 clínicas de apnea infantil, 54 de 20.090 niños (0,27%) eran víctimas del síndrome de Münchhausen por Poder, en 21 de estos 54 niños recibieron resucitación cardiopulmonar, y 24 fueron hospitalizados.^{11,37,38}

Las víctimas de este síndrome no se presentan sólo con las dolencias físicas inducidas, sino que también pueden manifestar síntomas psicológicos fabricados. Además, el impacto de abuso de este síndrome no sólo es físico. Similar a las víctimas de otros tipos de abuso, los niños que son víctimas del

Síndrome Münchhausen por Poder padecen también desórdenes emocionales y psicológicos a largo plazo.^{11,21,37,38}

Varios estudios de médicos especialistas en el tema describieron a niños que exhibieron problemas conductuales que incluyeron trastornos emocionales, inasistencia escolar y miedos a lugares específicos o situaciones, trastornos del sueño, y rasgos de desorden nervioso e incluso desórdenes de alimentación en los bebés; hiperactividad, y conductas conflictivas en los preescolares. Los niños más grandes cooperaron con sus padres en su propio abuso y las enfermedades médicas fabricadas. Los niños tenían más perturbaciones que las niñas.

La mayoría de los niños que permanecían con sus madres después del diagnóstico del síndrome, fueron expuestos a la manifestación repetida de los síntomas. Otros niños que estaban más grandes en el momento del abuso, más probablemente habrán hecho víctima a los hermanos.^{11,37}

En casos avanzados de la enfermedad, tras muchos años de maltrato, los síntomas pueden ser inducidos por el propio niño que se encuentra en un círculo del cual siente que ya no puede salir.⁴¹

Los niños que se quedan en casa por fingir una enfermedad para no ir a la escuela están en riesgo de sufrir esta enfermedad facticia.¹ Conforme crecen de edad los niños, los síntomas se van haciendo más sofisticados, como son el uso deliberado de esteroides, o el de un paciente lesionándose la piel y colocándole sustancias irritantes.³⁴

La situación ética es muy complicada para el médico. Nunca se puede estar seguro al 100 % que la persona es sana o que está fingiendo o exagerando al máximo. La experiencia dice que mientras más se hace por el enfermo y se le "complace", las cosas irán peor en estos casos. Siempre habrá nuevas dudas, nuevas quejas y es muy fácil indicar nuevas pruebas o nuevos tratamientos. Inicialmente, el enfermo puede aceptar al médico que se le asigne para su atención (cuando no puede seleccionarlo), pero cuando el médico comience a sospechar de un trastorno mental, el paciente pide cambiar de médico, lo que generalmente el profesional acepta de buena gana. Como ya se sabe, si se le confronta al paciente, éste se irrita y, muchas veces, se va a atender con otro médico o en otra institución.^{11,37,41}

Algunos autores han intentado calcular el costo económico que representan estos enfermos y son cifras impactantes. Powell y Boast han calculado que un solo paciente con Síndrome de Münhausen le costó al Sistema de Salud Inglés un millón de dólares.³⁴

Existen muy pocos estudios que hayan logrado seguir a estos pacientes en forma adecuada por lo que se desconoce realmente cómo es su evolución final. Ireland describió algunas posibilidades:

1. La cronicidad mencionada como característica del síndrome.
2. Envejecimiento y pérdida de la vitalidad necesaria para mantener ese tipo de comportamiento.
3. El suicidio.
4. La muerte, ya sea por una enfermedad intercurrente real, o consecuencia de algún procedimiento.
5. Otros pueden evolucionar incluso hacia una psicosis franca.³⁶

Existen algunos ejemplos que es importante mencionar para explicar mejor las consecuencias y secuelas que estarán presentes en pacientes con Síndrome de Münchhausen. Por ejemplo, un hombre que se producía lesiones en su mano izquierda tuvo como consecuencia la inmovilización de la misma, pero si no recibiera el tratamiento adecuado, seguirá produciéndose mas lesiones en su mano hasta dejarla completamente inútil o amputarla, lo cual no sería el peor de los casos, ya que si existiera alguna infección grave podrá perjudicar a toda la extremidad.

En algunos otros casos, los pacientes son sometidos a intervenciones quirúrgicas, en donde se pueden presentar complicaciones durante la cirugía, o alteraciones por los medicamentos ingeridos, etc. Así que muchos de los casos en donde los pacientes se producen una enfermedad pueden llegar a afectarse tanto, que provocan una enfermedad real.

IDENTIFICACIÓN DEL SÍNDROME DE MÜNCHHAUSEN EN LA PRÁCTICA ODONTOLÓGICA

Desafortunadamente, es más común el diagnóstico de estos pacientes cuando ya existe una evolución de la enfermedad, que describir las condiciones para evitarla, aunque resulta muy difícil saber esto en muchas ocasiones, ya que no se cuenta con los expedientes de otras clínicas, o consultorios para la rectificación u obtención de nuevos datos.¹¹

Diagnosticar el síndrome a veces es complicado, debido a que se mezclan síntomas fingidos, con algunos signos validos de problemas físicos, además, los profesionales deben eliminar cualquier enfermedad física y mental posible, y utilizan a menudo una variedad de pruebas de diagnóstico

y de procedimientos antes de confirmar el diagnóstico del Síndrome de Münchhausen.^{17,22,23}

Cabe destacar que el Síndrome de Münchhausen puede incluir una historia médica falsa, la contaminación de muestras de laboratorio, la alteración de los resultados, o la inducción de heridas o enfermedades,²⁰ por lo que no existe un patrón específico que permita identificar a estos enfermos. Aunque muestran algunas peculiaridades que deben llamar la atención del clínico porque sugieren el diagnóstico, tales como que:

- Los pacientes tienden a acudir constantemente a la consulta e invaden los servicios médicos de primer contacto igual que los de especialidad de segundo y tercer nivel, tanto de la práctica institucional como de la privada. Manifiestan una recurrencia cíclica, la regularidad no siempre es fácil de descubrir.⁹ Una serie de hospitalizaciones sucesivas se convierte en un patrón de por vida ^{17,19}

- Generalmente los pacientes no presentan signos o síntomas clínicos que sean característicos de un padecimiento específico, sino más bien son cuadros clínicos bizarros y en ocasiones, patrones de cuadros clínicos demasiado típicos, como de un libro de texto.^{15,23,37,46} Quizás esta sea una de las primeras características distintivas.

- Un estudio médico cuidadoso no siempre puede validar un diagnóstico con base orgánica. Y esto hace que se les considere mitómanos o enfermos mentales.⁹ Aquí está la razón de ser del verdadero especialista, honesto consigo mismo y la llave del diagnóstico.

- La mayoría posee numerosos estudios de laboratorio ya sean realizados por ellos mismos o recomendados por los diferentes médicos que han consultado, y su expediente suele ser muy grueso en el caso de que la práctica sea institucional, aunque muchas veces ingresan con nombres falsos y dificulta su seguimiento, mientras que en caso de ser privada será casi imposible saberlo.⁹

- Ostentan, durante la exploración, múltiples cicatrices quirúrgicas o de lesiones y traumatismos.^{9,46,47}

- Fingir enfermedades, lesiones y otras condiciones "patológicas", sin causa demostrada.^{15-24,37}

- Historia dramática y plausible.^{1,4,34-47} Se puede identificar por la fantasía y datos extraordinarios de las que están formadas sus historias. Es notoria una discrepancia entre la anamnesis y los hallazgos.^{4,20}

- Demasiado interés en someterse a exámenes, procedimientos quirúrgicos, cualquier tipo de pruebas dolorosas. etc.^{15,23,28} En relación con los exámenes complementarios, puede llamar la atención la reacción inesperada y exagerada de algunos y la paradójica normalidad de otros.

- Comportamiento pasivo - agresivo, fuera de las reglas normales, "elusivos y truculentos".^{15,23,37}

En el caso de ser síndrome de Münchhausen por Poder:

- Siempre están dispuestas a que al niño le hagan pruebas médicas, tratamientos e intervenciones quirúrgicas.^{3,4,11,38,41}
- Otros niños que han estado bajo el cuidado de la misma persona también han padecido enfermedades crónicas inexplicables Existen antecedentes de muertes no explicadas en la familia, por ejemplo los hermanos.²⁰
- Los síntomas del niño mejoran en la presencia del profesional pero reaparacen al regresar al hogar^{10-18,37,47} o solo se dan en presencia de la madre o perpetrador.^{20,21,35}
- La madre o perpetrador no muestra interés al pronóstico,^{41,47} parece estar más preocupada por el diagnóstico y tratamiento.
- Los síntomas del niño no se sistematizan para integrar un cuadro clínico específico o no concuerdan entre sí. Hay presencia de signos y síntomas “raros”.^{10-21,47}
- Comportamiento bizarro de la madre o perpetrador, lo cual puede levantar sospechas a la luz de otros hallazgos.¹⁰⁻¹⁸

La identificación de una enfermedad falsa no suele ser difícil una vez que se plantea la sospecha. El paciente que experimenta abscesos bacterianos los tiene solamente en una región accesible a la autoinoculación. Al cultivar el contenido de los abscesos se encuentra flora bacteriana poco habitual, que indica contaminación bucal o fecal. El indicio principal de la identificación se encuentra al examinar los antecedentes del paciente. Cuando un enfermo con los antecedentes antes mencionados se presenta

con un problema crónico no explicado por completo mediante mecanismos fisiopatológicos normales, deberá pensarse en la posibilidad de enfermedad facticia.¹

Para la identificación de éste síndrome, el profesional de la salud debe realizar una historia clínica, enfocándose, no solo en las manifestaciones buco-dentales, sino también con la adecuada observación del comportamiento del paciente y el registro cronológico de todas sus enfermedades.

En muchas ocasiones, cuando un paciente llega por primera vez, no se sabe a cuantos consultorios ha asistido antes, y aunque algunos de ellos afirman que han sido atendidos por varios médicos, pero que ninguno ha podido resolver su problema; no hay manera de saber si este motivo es el que no se ha hecho el diagnóstico de Síndrome de Münchhausen.

Tanto en la práctica médica como en la práctica odontológica, lo que es realmente importante como base para la identificación de esta enfermedad es tanto la exploración física, como la observación atenta y cuidadosa de sus actitudes, ante el interrogatorio y propuesta de diagnóstico, estudio y tratamiento. En algunos casos es conveniente entrevistar a un amigo o familiar.

Durante la realización de la anamnesis habitualmente se consigue información también de las siguientes áreas:⁸

- Aspecto general y conducta (estado emocional y lenguaje corporal), y
- Estabilidad emocional.

Es muy importante el conocimiento de este síndrome, debido a que está asociado en la actualidad a muchas situaciones “inexplicables” ya sean médicas u odontológicas. La dificultad para reconocer los casos de enfermedad facticia es aún mayor cuando el paciente recurre a los síntomas facticios pocas veces y de modo intermitente. Puede ocurrir también enfermedad facticia en individuos que tienen un trastorno orgánico comprobado (Diabetes Mellitus, Hipertensión arterial, etc.), en cuyo caso el diagnóstico será más difícil aún.^{1,36}

En la práctica odontológica, muchas veces el cirujano dentista se encuentra con casos que son difíciles de explicar y comienza la preocupación por resolver el problema físico del paciente; por ejemplo, en el caso de una persona que refiere dolor en un incisivo central superior y después de hacer las pruebas necesarias el profesional concluye que el tratamiento a seguir es la endodoncia, pero al finalizarla, el paciente dice tener molestias en el incisivo lateral y realizando el mismo procedimiento el tratamiento será el mismo y así sucesivamente o incluso llegando a extracciones. Difícilmente el odontólogo llegará al diagnóstico de Síndrome de Münchhausen porque se enfocará más a la búsqueda de una enfermedad real.

Existen normas de actuación ante la sospecha cuando se presenta el Síndrome de Münchhausen por Poder, las cuales pueden ser usadas para la prevención del agravamiento de esta enfermedad en el niño:

- Comprobar detalles de la historia clínica del niño: antecedentes personales, familiares, entorno social, 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.
- Recoger muestras para examen bioquímico y toxicológico.
- En caso de la presencia de factores que hagan sospechar el diagnóstico del Síndrome de Münchhausen, es recomendable solicitar el apoyo de un psicólogo o de un psiquiatra.

CASOS CLÍNICOS

El caso más famoso es el del inglés, William McIlroy, quien consiguió ser intervenido quirúrgicamente 400 veces. Estuvo internado en 100 *hospitales diferentes, bajo 22 nombres falsos*. El mayor periodo de tiempo que permaneció sin hospitalizar desde que desarrolló el síndrome fue de seis meses.

Finalmente en 1979, súbitamente creyó superada su enfermedad y aceptó que “estaba harto de tanto hospital” y se recluyó voluntariamente hasta el fin de sus días en un asilo geriátrico.^{25,40}

CASO 1

Una mujer de 30 años de edad que *trabajaba como técnica de radiología* se sometió a valoración por lesiones cutáneas: escoriaciones

superficiales que se habían producido en la parte interna del muslo y el monte de Venus. Sus síntomas se habían desarrollado unas cuantas semanas después que se sometió a histerectomía total abdominal y a salpingooforectomía bilateral por ruptura de embarazo ectópico: había sido su primer intento para tener un bebe.

El dermatólogo utilizó parches cutáneos para identificar si las lesiones eran facticias y envió a la paciente a consulta psiquiátrica. La mujer había sufrido *síntomas depresivos* importantes desde su operación. Observo que “ya no se sentía como mujer completa” y que había perdido su interés por el sexo. Se envió a psicoterapia sostenida para ayudarle a afrontar su sensación de “femineidad perdida”.¹

CASO 2

Una *enfermera* titulada, divorciada de 30 años de edad, que tenía antecedentes de dolor abdominal, náuseas, vómitos y hematemesis, ingresó a un hospital general para valoración.

En el servicio de admisión dijo: “creo que necesitaré cirugía”. Informo antecedentes de 10 años de úlcera péptica para la que había recibido tratamiento quirúrgico, también se había sometido a colecistectomía y a varias laparotomías por posible obstrucción intestinal.

La paciente describió diversas crisis de estado séptico en las que no se había encontrado nunca la causa original de la infección. Tenía *numerosas cicatrices quirúrgicas en el abdomen y muchos cortes en los brazos y las piernas*.

Se solicitó consulta psiquiátrica. Al principio la paciente *se irrito* pero accedió a participar. Se quejó con el psiquiatra de que el dolor le impedía el coito con su novio. En realidad el dolor actual se había iniciado justamente cuando dicha relación se volvió sexual.

Con los antecedentes familiares descubrieron que la había criado una madre fría, distante y competitiva que la criticaba y humillaba con frecuencia. El padre de la enferma la había violado, según su informe. La paciente sentía remordimiento porque quizá había “fomentado sin darse cuenta” la conducta de su padre.

El consultor sugirió psicoterapia, pero aún así se sometió a la operación y evolucionó bien durante seis días después de la misma, tras lo cual cayó en choque séptico. Un día antes de este acontecimiento el novio de la paciente le había llevado un anillo de compromiso. No se descubrió ninguna causa de la sepsis de la enferma.¹

CASO 3

Un hombre de aproximadamente 50 años de edad trabajaba en los Ferrocarriles Nacionales de México como mecánico en uno de sus talleres. Cuando el médico que estableció el diagnóstico lo entrevistó, el paciente se encontraba realizando el trámite médico-administrativo de Pensión por Invalidez Parcial Permanente.

Era un hombre que podía pasar por un individuo en plenitud de sus facultades físicas y mentales, si no fuera porque una de sus manos permanecía inmóvil, lo cual le impedía, desde hacía ya varios meses, realizar

su trabajo y por ello estaba a la espera del dictamen del Departamento de Medicina del Trabajo.

Cuando se hizo la revisión cuidadosa de su *expediente que era muy grueso* se encontró que tenía *numerosos ingresos al hospital y a los servicios médicos de urgencias* por repetidos “accidentes de trabajo”. Tales como heridas sangrantes, machacamientos, fracturas, excoriaciones y lesiones que le incapacitaban para realizar su trabajo por varios días, semanas o meses y la mayoría de estas le habían ocurrido en su mano izquierda.

El enfermo declaró que cuando un trabajador sufría una lesión accidental en su trabajo, la empresa estaba obligada a darle atención médica y / o quirúrgica, enviarle de descanso y reposo a su domicilio, protegido por un documento legal que le eximía de sus obligaciones laborales (la Incapacidad) y además le protegía su sueldo.

Así las cosas se le preguntó si alguna vez él había propiciado de alguna manera alguno de sus accidentes y él confesó que sólo cuando tenía algún compromiso social o familiar. Como por ejemplo, el casamiento de algún amigo o familiar, algún bautizo o cumpleaños, etc.⁹

CASO 4

Una mujer de 28 años de edad, madre soltera quien tenía una niña de 4 años de edad era empleada en el servicio de intendencia. De esta paciente destacan los siguientes rasgos: esporádicamente asistía a la consulta médica, pero era evidente que siempre denotaba, en su rostro, un enojo o

incomodidad mal disimulados y no era raro que al término de la consulta se generara una discusión entre el médico y la paciente. Cuando ella reclamaba y exigía, bajo amenaza de poner su queja, si no se le otorgaba, una incapacidad.

Cuando se revisó su *grueso expediente* de manera exhaustiva, se encontró lo siguiente: los principales motivos de incapacidad, eran accidentes, algunos en su trabajo y la mayoría en su hogar (sin testigos): quemarse una mano al estar cocinado o herirse con un vaso de cristal roto, un resbalón y una caída en el baño, una torcedura en el tobillo, al caminar deprisa rumbo a su trabajo, un traumatismo craneal al bajar y caer de la camioneta del transporte público y otras diversas causas que le impedían asistir a su trabajo.

Llamaba la atención, en este caso, que llevadas a una gráfica, las fechas de las consultas generadoras de Incapacidad, se podía prever cuando estaría solicitando la próxima. Puesto que éstas coincidían con el inicio del año, la semana santa, el mes de mayo (día de la madre), septiembre (las fiestas patrias) y diciembre (la época de posadas).⁹

CASO 5

En la especialidad de dermatología, al síndrome de Münchhausen se le conoce como dermatitis artificial o facticia. Se reporta el caso de una mujer, de 28 años, atendida por presentar una úlcera hemorrágica, de tres años de evolución, en la rodilla izquierda, que provocó un síndrome anémico por sangrado. Había estado *hospitalizada en 21 ocasiones*, habiendo recibido 73 paquetes globulares, que son aproximadamente 18 L.

Los médicos decidieron inmovilizar y cubrir la lesión, confrontar a la paciente, quien reconoció haberse estado lesionando con diversos objetos (tijeras, lápices, uñas, etc.) y perpetuar el sangrado con la ingestión de salicilatos. Con la psicoterapia evolucionó bien durante el año de seguimiento.³⁴

CASO 6

Un hombre de 27 años con nefrolitiasis intratable de tres años de evolución. El paciente refería abuso de narcóticos y reconoció el haberse estado insertando piedras en su uretra y vejiga y tener adicción a los analgésicos narcóticos. Comentan los autores que los cólicos renales con hematuria son la forma más frecuente de presentación, ya que son los más fáciles de reproducir y falsear por los pacientes.³⁴

CASO 7

Una *estudiante de terapia respiratoria* quien simulaba tener insuficiencia respiratoria a quien se le practicó traqueostomía y respiración ventilatoria asistida prolongadamente, y en quien se descubrió que a través de la traqueostomía se introducía diversos materiales para provocarse los síntomas.³⁴

CASO 8

Una mujer de 43 años con los siguientes antecedentes: amigdalectomía, apendicectomía, ooforectomía, colecistectomía, exploración de las vías biliares y laminectomía cervical. Tenía problemas por el abuso de

alcohol y en un año se le realizaron: esplenectomía, vagotomía, gastrectomía subtotal e histerectomía. También había sido *internada en varios hospitales psiquiátricos* con los siguientes diagnósticos: síndrome de Munchausen, *abuso de alcohol, depresión mayor, depresión neurótica, trastorno esquizoafectivo, trastorno limítrofe de la personalidad, y trastorno antisocial de la personalidad.* Había presentado gastritis alcohólica y síndrome de abstinencia al alcohol. Posteriormente presentó una crisis convulsiva probablemente secundaria al síndrome de supresión alcohólica y hepatitis B. En cuanto se le decía que iba a ser egresada del hospital amenazaba con suicidarse.

Al cuarto mes del internamiento aceptó ser egresada, para regresar 12 horas después, alcoholizada y expresando ideas de suicidio. Durante el internamiento *se le descubrió entrevistando a un paciente psiquiátrico para conocer sus síntomas y así poder simular una enfermedad mental.*

En una carta escribió: “He estado entrando y saliendo de los hospitales tantas veces, desde que era una niña, pero probablemente no he necesitado haber estado en la mitad de ellos pero....era la forma en que la gente se preocupara y me cuidara y mostrara interés por mí”. Después de evolucionar favorablemente fue egresada, para regresar unos días después, por intentar quitarle la pistola a un policía para suicidarse.³⁴

CASO 9

Una mujer de edad avanzada, se presenta con ulceraciones en la mucosa bucal, cuyas biopsias informaron: “necrosis tisular de origen desconocido”.

El patólogo a cargo se retira un momento de la consulta, al volver se encuentra con que las *lesiones que estaban ausentes habían reaparecido*. Observó un cigarrillo recién apagado y sospecha de que eran quemaduras recién causadas y se lo preguntó a la paciente. La mujer opta por salir rápidamente del consultorio. Se descubre que esa mujer *había pasado ya por lo menos por 20 dentistas en 4 años*.³⁹

CASO 10

Paciente femenino de 28 días de vida, ingresó al servicio de Urgencia del Hospital Calvo Mackenna, presentando un cuadro respiratorio obstructivo y sangrado de la boca y fosas nasales. Los médicos que la vieron decidieron hospitalizarla, no sólo por la gravedad del cuadro que presentaba, sino también por los alarmantes antecedentes que la madre refería. *La niña era su quinta hija, y la única viva. Sus cuatro hijos mayores habían muerto, decía la madre, por cuadros de "muerte súbita"*.

Al día siguiente, la niña estaba curiosamente bien: activa, con llanto vigoroso y con hambre. Algunos hechos, sin embargo, llamaron la atención de los médicos. En primer lugar, todos los niños eran medios hermanos entre sí, ya que ella había tenido cinco hijos y un aborto con cuatro parejas distintas. En segundo lugar, no recordaba con claridad las fechas de nacimiento y de defunción de sus otros niños, y no recordaba siquiera el nombre de su primer hijo.

Otro hecho que llamó la atención a los médicos fue que, habiendo ingresado por una apnea, y por ello monitorizada, la paciente no presentó ningún episodio sugerente durante su estadía en el hospital. En los 56 días

de su hospitalización sólo *hubo un episodio alarmante que se produjo cuando la niña estaba a solas con su madre*, la cual habría dicho a la auxiliar de enfermería que la niña había presentado una apnea pues el monitor había sonado. Al observar que la niña respiraba tranquila, esta atribuyó la alarma a una falla del aparato y no una apnea. Se realizó una reunión clínica multidisciplinaria donde participaron una asistente social, psicoterapeutas y un abogado. Se decidió que las medidas urgentes eran evaluar psicológicamente a la madre y recopilar la información de las historias médicas de los hermanos:

El hermano mayor: Fue hospitalizado a los cuatro meses de edad por diarrea aguda y síndrome convulsivo. Reingresando por convulsiones tres días después. Alta con diagnóstico de reflujo gastroesofágico. Dos días después reingresa por "ahogo", agitación, temblor generalizado, y pérdida de conciencia. Permanece dos días en el hospital, asintomático. Alta en buenas condiciones. Trece días después *muere en su casa* a los cinco meses de edad.

El segundo hermano: La primera hospitalización a los dos meses por crisis de apnea. Reingresa cuatro días después por presentar nueva crisis de apnea. Nueva hospitalización dos semanas después por episodios de cianosis relatados por la madre. Catorce días después reingresa por bronconeumonía posiblemente viral. Tres días después reingresa por "ahogos". Sexta hospitalización, de un mes de duración, se diagnostica reflujo gastroesofágico y se opera. La siguiente hospitalización es nuevamente por apnea. Es monitorizado, sin presentar crisis, al alta está en buenas condiciones. Tres días después el niño *muere en su casa*, a los ocho meses de edad.

El tercer hermano: A los 20 días de nacido esta en control en cardiología por antecedente de "hermanos muertos de muerte súbita". Diez días después: "Sano. No requiere control por especialidad". *Muere en su casa* a los tres meses por asfixia".

El cuarto hermano: Alta de maternidad con monitor de apnea por antecedente de hermanos muertos. Atendido durante primera hospitalización por crisis de cianosis "detectada por la madre". Se diagnosticó reflujo gastroesofágico y comunicación interauricular. Previo al alta, la madre es vista en Psiquiatría y considerada "en condiciones de cuidar a su hijo". Dieciocho días después consulta en otro hospital por apnea, palidez, hipotonía. En catorce días *muere en su casa*, a los cuatro meses de vida. Informe de autopsia: "Asfixia por sofocación por aspiración de vómitos".

Entre los datos más relevantes recopilados están los antecedentes de una hospitalización de la madre por un cuadro psicótico y que cada una de *las muertes de los niños había coincidido con el abandono de sus parejas*.⁴³

CASO 11

Una mujer comenta que a los dos años, tenía una *lesión en el tobillo que no curaba*. Aumentaba su hinchazón y sufría fiebres muy altas por lo que visitaba regularmente el hospital. Tuvo varias fracturas. Cada día su condición empeoraba sin explicación aparente.

De adulta, en un artículo escrito por ella misma "Mi mamá causó mi enfermedad" ("*My Mother Caused My Illness*"), publicado en la revista "*Pediatrics*", contó la verdad: sus crisis médicas fueron causadas por su

madre, que por ocho largos años golpeaba las piernas de su hija con un martillo e infectaba las heridas con un clavo. La madre negó todo, *no era consciente de que sufría un raro desorden mental llamado Síndrome de Münchhausen por Poder*.⁴⁴

CASO 12

Una pareja en París fue detenida y acusada en Versalles por “actos de tortura y barbarie” perpetrados contra su pequeña hija, una niña de cuatro años que habían *adoptado* cuando tenía tres meses.

Los padres habían sometido a la niña a toda clase de vejaciones: arrancarle el pelo, destrozarle las encías y obligarle a ingerir productos corrosivos que le quemaron el esófago y la boca.

Los especialistas en pediatría del Hospital Necker-Niños Enfermos de París en los últimos tres meses, tuvieron que hospitalizar en cuatro ocasiones a la pequeña, después de que los padres hubieran logrado engañar a los numerosos médicos que consultaron durante los tres años y medio precedentes de enfermedades que ellos mismos provocaban.

Este caso tiene dos particularidades que lo convierten en una forma excepcional de síndrome de Münchhausen por poder: en primer lugar, en los malos tratos estaba implicado el padre adoptivo, cuando en la mayoría de los casos, sólo interviene la madre y su compañero lo ignora todo; la segunda circunstancia inusual es que, para poner enferma a la niña, *los padres recurrieron a malos tratos particularmente bárbaros*.⁴⁹

CASO 13

Marie-France Le Heuzey del Hospital Robert Debré de París, presentó en un congreso el caso de una niña de casi tres años, cuya madre le manchaba sus pañales con su propia sangre, para poder *reclamar atención médica de urgencia*. Le Heuzey dictaminó que la madre era víctima del Síndrome de Münchhausen por Poder y había sufrido hemorragias de pequeña. En esos años, *fue maltratada y experimento importantes carencias afectivas. Su familia nunca la había llevado al médico.*⁴⁹

OTROS CASOS

El caso de una mujer que *fue separada de su hijo* de once meses acusada por un médico que diagnosticó, erróneamente, el Síndrome de Münchhausen por Poder. Un mes más tarde el bebé falleció por una seria infección.⁴⁴

Un hombre de 36 años con hemoptisis y dolor torácico quien había sido *hospitalizado en 23 ocasiones* con los mismos síntomas, en diferentes hospitales.³⁴

Dos pacientes *fabricaron sus síntomas y alteraron sus registros clínicos* para convencer a otros que padecían de cáncer.³⁴

Una *enfermera* con lesiones en la piel de los miembros inferiores a quien inicialmente se le diagnosticó lupus eritematoso, y posteriormente presentó hemoptisis recurrente. En una de las revisiones le descubrieron cortes en la parte posterior de la lengua y ella aceptó que se las producía con

una hoja de rasurar para producirse el sangrado. También confesó que las lesiones en las piernas se las había producido inyectándose leche.³⁴

Un caso del *British Dental Journal*, comentado por el Dr. L. H. Meskin, cuenta que un hombre de 31 años se quejaba de dolor en el maxilar superior izquierdo, llegando a 15 endodoncias y 2 extracciones *sin alivio*.³⁹

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Existen diversos trastornos facticios que pueden asemejarse al síndrome de Münchhausen. Los pacientes se pueden provocar a propósito los signos propios de la enfermedad, por ejemplo, produciéndose traumatismos en la piel o inyectándose a sí mismos un alérgeno al que saben que son sensibles, entonces solicitan atención médica, pero sabotean el tratamiento con una lesión o alteración autoinducida o autopropetuada. Estos pacientes se diferencian de los del síndrome de Münchhausen en que tienden a simular sólo una enfermedad, sólo lo hacen durante períodos de estrés psicoafectivo importante, no tienden a ir de hospital en hospital o de médico en médico y, por lo general, pueden ser tratados con buenos resultados.^{28,36,42,47,48}

Trastorno facticio:

A. Producción intencional o fingimiento de signos o síntomas físicos o psicológicos.

B. El objetivo de su conducta es asumir el papel de enfermo.

C. No siempre existen incentivos externos evidentes para la conducta (como ganancia económica, evasión de responsabilidad legal o mejoramiento del bienestar físico, como en la simulación).

D. La conducta no se explica mejor mediante otro trastorno mental.

Códigos basados en tipos.

- Con predominio de signos y síntomas psicológicos: Si los signos psicológicos predominan en la presentación clínica.

- Con predominio de signos y síntomas físicos: Si los signos y síntomas físicos predominan en la presentación clínica.

- Con combinación de signos y síntomas psicológicos y somáticos: Si existen tantos signos y síntomas psicológicos como físicos, pero ningún tipo predomina en la presentación clínica.

- Trastorno facticio no especificado: Son los trastornos con síntomas facticios que no cumplen los criterios para un trastorno facticio específico. Por ejemplo, trastorno facticio por poder, que es la producción intencional o fingimiento de signos y síntomas físicos en otra persona que esta bajo el cuidado del individuo, con el propósito de asumir de manera indirecta el papel del enfermo.^{1,4,29}

Las mentiras en este Síndrome pueden generar tal engaño, que dificultan la distinción de estos pacientes con los que padecen un cuadro delirante. De hecho Kraepelin en 1896 incluyó a varios pacientes con delirios

sistematizados bajo el epígrafe de pseudología fantástica, y Krafft Ebing (1886) empleó el término de «paranoia inventada» para definir a los mentirosos patológicos y sujetos delirantes.²⁰

Las características clínicas de la pseudología fantástica son:

- Grandes y extensas invenciones.
- El contenido y extensión de las mentiras son desproporcionadas para cualquier finalidad discernible o de ventaja personal.
- Las mentiras intentan crear una nueva y falsa identidad en el autor de las mismas.
- El sujeto aparenta alcanzar sus propias invenciones, las cuales toman vida en el sujeto que llega incluso a creérselas.
- La mentira es una característica central y persistente en la vida del paciente. La mitología de su vida pasada pasa a suplantar recuerdos verdaderos.²⁰

El consumo de medicamentos es una cuestión cotidiana en la sociedad, esto ha llevado a la aparición de pacientes con enfermedades complejas ficticias, pero sin ser histéricos ni simuladores, si bien son conscientes de sus actos, no tienen argumentos para lo que se hacen.

Los trastornos somatomorfos son un amplio grupo de enfermedades psiquiátricas que toman forma clínica en el cuerpo. El Síndrome de

Münchhausen en realidad no es considerado un verdadero trastorno somatomorfo. Su principal característica va a ser la preocupación corporal, la presencia de síntomas físicos para la que no se va a encontrar una explicación médica. Dentro de los trastornos somatomorfos se incluyen:

- Trastorno de somatización: Es un trastorno caracterizado por un patrón de múltiples síntomas somáticos, clínicamente significativos y recurrentes (incluidos el dolor y los síntomas genitourinarios, sexuales y neurológicos), que no se pueden explicar suficientemente por la presencia de una enfermedad orgánica.^{32,34}

- Trastorno somatomorfo indiferenciado: Cuando un paciente con problemas persistentes y recurrentes no cumple plenamente los criterios antes citados, es muy similar al de somatización, pero no tan completo en sus características clínicas.³²

- Trastorno de conversión: antiguamente conocido como “histeria”. El paciente convierte el conflicto psicológico en un trastorno físico (incapacidad para mover ciertas partes del cuerpo o usar los sentidos de manera normal) por ejemplo la parálisis de un miembro, la afonía, la ceguera, la sordera, las zonas de anestesia, etc.^{32,34}

- Trastorno por dolor: Trastorno en que el dolor, localizado en una o más zonas del organismo, se debe exclusiva o predominantemente a factores psicológicos; constituye el principal foco de atención del paciente y produce un malestar significativo y deterioro de las actividades del sujeto. Es relativamente frecuente. Se ignora la incidencia exacta, pero en Estados

Unidos, sólo el dolor psicógeno de la espalda causa algún tipo de incapacidad laboral en el 10-15% de los adultos todos los años.³²

- Hipocondría: Se caracteriza por la preocupación persistente y obsesiva por estar enfermo, y por las funciones corporales ^{32,34,36} causada por ansiedad y que, en algunos casos, puede ser síntoma de una depresión endógena. Han hecho de la preocupación por el propio organismo su eje de vida, y tienden a cuidarse en forma excesiva con el fin de prevenir el agravamiento de sus síntomas.²⁶ Se basa en una interpretación errónea de las sensaciones cinestésicas y de los síntomas físicos.^{32,34} Los sujetos refieren síntomas físicos, pero niegan tener problemas psicológicos.^{15,29} El diagnóstico, que viene sugerido por la historia y la exploración, se confirma cuando los síntomas persisten durante 6 meses o más sin ser atribuibles a depresión o a cualquier otra alteración psiquiátrica.³²

-Trastornos psicológicos que afectan a enfermedades médicas o enfermedades psicosomáticas: Se refiere a “factores psicológicos que afectan una condición médica”, como un trastorno mental (depresión o ansiedad), síntomas psicológicos (tensión emocional), rasgos de personalidad (como un estilo de confrontación), etc., que afectan, producen o exacerban enfermedades como colon irritable, gastritis crónica, psoriasis, asma bronquial, etc. Igualmente en estos casos los síntomas no son voluntarios o intencionales.³⁴

- Trastorno dismórfico corporal: Se da por la preocupación de padecer algún defecto en el aspecto físico que causa malestar significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del sujeto. El defecto es imaginario o, si existe, la preocupación del paciente es excesiva.

Sólo se llega al diagnóstico de trastorno dismórfico cuando no hay otra alteración psiquiátrica que explique mejor las preocupaciones del paciente.³²

La simulación es una enfermedad psicosomática (factores psicológicos que afectan a enfermedades orgánicas) y se caracteriza por la producción voluntaria de síntomas físicos o psíquicos, falsos o exagerados, con el fin de lograr un objetivo, por ejemplo: evitar el servicio militar o acciones militares peligrosas, buscar un beneficio económico, crear un sentimiento de culpa en los familiares o amigos, una incapacidad laboral temporal o definitiva, evitar acciones legales en las que está involucrado, obtener drogas ilegales, etc. Pueden aceptar someterse a algunas pruebas diagnósticas, pero es improbable que permita la realización de técnicas dolorosas o intervenciones quirúrgicas.

La simulación tiende a ser un rasgo de carácter usado en épocas de estrés desde la adolescencia hasta la senectud.³³ También es llamado "*malingering*" (fingir estar enfermo).^{22,34}

La neurosis de renta es una enfermedad en la cual el paciente utiliza de forma no consciente su problema orgánico para reorganizar su vida, obteniendo una ganancia secundaria a partir de su enfermedad que le permita abandonar sus obligaciones.³³ Esta presente muy frecuentemente entre los burócratas.

Existe otro término específico nominado "falsificación de un proceso pediátrico". Término con el que se admite la existencia de muchas formas de elaborar enfermedades, sus motivos son diferentes al Síndrome de Münchhausen por Poder, por ejemplo, el denominado "síndrome de la

mascarada" cuyo propósito es mantener al niño en casa, o el conocido como síndrome de Münchhausen tipo Doctor Shopping (de compra al médico) debido a la "honesta" creencia de que no se está atendiendo o examinando correctamente al niño, en estos casos no suele haber daño físico real infligido.²¹

PRONÓSTICO

El síndrome tiene un pronóstico grave. Más del 12% de los casos descritos en todo el mundo mueren a causa de la enfermedad (López Linares, 1986).²⁰ Aunque el pronóstico es mejor en quienes la enfermedad apenas comienza, y cuentan con una familia cooperadora.

Desgraciadamente, se han observado pacientes que se han convertido, a la larga, en incurables, por lo que existe una morbilidad y una mortalidad potenciales asociadas a este síndrome, relacionadas con el hecho de que al tratar de simular una enfermedad orgánica verdadera se puede llegar a desarrollar dicha entidad, como sucede cuando se inyecta material exógeno para producir infecciones o síntomas febriles. Por ejemplo, cuando el enfermo se inyecta el virus del VIH, para provocarse SIDA, también el caso de los enfermos que se han transformado en verdaderos adictos, por el uso y abuso de analgésicos para aliviar dolores facticios, en los que nunca se ha demostrado una causa.^{11,13,37}

Este es un trastorno difícil de tratar, igualmente en los padres en el caso del Síndrome de Münchhausen por Poder y del cual se tiene poca información sobre los mejores tipos de cuidados y sus resultados. Generalmente, requiere años de apoyo psiquiátrico.^{18,47}

Se ha realizado un número insuficiente de estudios concluyentes sobre los factores pronósticos, pero los niños, los pacientes con depresión mayor y los pacientes sin trastornos graves de la personalidad pueden tener mejor pronóstico.⁴

Los niños pueden requerir atención médica para tratar las lesiones recibidas y atención psiquiátrica para manejar condiciones como depresión o ansiedad que puedan ser provocados por el abuso. Por lo regular se presentan complicaciones de lesiones, infecciones, medicamentos, cirugías o exámenes cruentos. El riesgo de complicaciones psicológicas como depresión, ansiedad, trastorno de estrés postraumático y otros aumentan en los sobrevivientes del maltrato infantil.^{10-13,18,37,47}

TRATAMIENTO

En los pacientes de síndrome de Münchhausen el tratamiento rara vez es fructífero debido a que se consideran enfermos físicos y no mentales. Acceder a las manipulaciones del paciente alivia su tensión, pero provoca una escalada, sobrepasando en última instancia lo que los médicos pueden estar o están dispuestos a hacer.

Se recomienda confrontar a estos pacientes sin culpabilizar ni reprochar. La estrategia de confrontación directa se caracteriza por informar al paciente que se detectó el engaño, que sus síntomas son provocados y que tiene un trastorno mental llamado Síndrome de Münchhausen, y que por lo tanto se le va a dar tratamiento psiquiátrico. Enfrentarse al paciente o negarse a sus demandas de tratamiento da lugar a reacciones de enfado que le llevan a cambiar de hospital. El paciente acostumbra a rechazar o eludir el

tratamiento psiquiátrico y buscar el tratamiento para su enfermedad simulada por parte de alguna otra fuente que no conozcan,^{22,36,45} aunque puede que acepte la consulta y las visitas de seguimiento, al menos para ayudar a resolver una crisis. En el mejor de los casos, acepta una terapia temporal y después la abandona, sin obtenerse mejoría.³⁴

La estrategia de confrontación indirecta, sin embargo, consiste en no decirle al paciente que se le descubrió, e iniciar tratamiento en forma “encubierta”, es decir dejarlo que relate su vida e historia, para ir conociendo todos aquellos eventos relacionados con la aparición y mantenimiento de la enfermedad. No se le confronta para decirle que está engañando a los médicos, sino que se trata de ganarse su confianza y se hace un acercamiento progresivo y lento. Paulatinamente el paciente será confrontado con el hecho de que simula su enfermedad, pero se tendrán más elementos clínicos para darle el apoyo adecuado, para que no huya o abandone el tratamiento.³⁴

El médico debe mantener la condición de enfermedad real, indicando simultáneamente al paciente que si coopera, pueden resolver el problema subyacente. A menudo habrá que implicar a algún miembro de la familia, con quien abordar el problema como una enfermedad, no como un engaño.^{12,28}

Sin embargo el tratamiento suele reducirse al reconocimiento temprano de la enfermedad y a evitar los procedimientos que impliquen riesgo como la medicación excesiva o no justificada. Además el abuso de sustancias suele complicar potencialmente el tratamiento.^{12,17,28,42}

Es recomendable analizar la conducta del paciente y ayudarlo a reconocer que ésta es autodestructiva y que puede impedirle recibir el tratamiento apropiado para su problema. El tratamiento se realiza a base de psicoterapia con un psiquiatra o con un psicólogo clínico.¹⁹

Las opciones de tratamiento incluyen las siguientes:

-Psicoterapia: Sesiones de consejería que estarán enfocadas en cambiar el pensamiento y comportamiento del paciente para reducir su mal uso o uso en exceso de fuentes médicas.^{3,4,22}

-Consejería Familiar: El psiquiatra o psicólogo aconsejará al paciente o a la familia del paciente a aprender a evitar recompensar o reforzar el comportamiento.

-Intervenciones Legales: En algunos casos, se requieren intervenciones legales para intentar prevenir que un paciente con síndrome de Münchhausen consiga servicios médicos y/o medicamentos bajo circunstancias fraudulentas.^{3,4,22}

Algunos pacientes cesan los comportamientos facticios por cuenta propia como resultado de un cambio de vida imprevisto, por ejemplo: matrimonio, participación en un grupo religioso que proporcione la atención y apoyo requeridos. Percibiendo una calidad “adictiva” a sus comportamientos facticios, otros han desarrollado creativamente programas personales de “12 pasos” que les han ayudado a concluir el engaño.⁴

Una vez reconocido, en el caso del Síndrome de Münchhausen por Poder, es necesario proteger al niño y retirarlo del cuidado directo de la

madre, padre o perpetrador, a quien se le debe ofrecer ayuda más que acusarlo. Dado que esta es una forma de abuso infantil, se debe notificar del síndrome a las autoridades. Lo más probable es que se recomiende terapia psiquiátrica para el perpetrador. Sin embargo, dado que este trastorno es poco común se conoce muy poco sobre tratamientos efectivos.^{10-13,18,24,37,47} Las medidas a tomar son determinantes, ya que al continuar el menor en esa situación, además de su integridad física, y mental, peligra su vida, razón por la cual, ante la sola sospecha el pediatra debería dejar al menor internado, haciéndolo con toda cautela sin que la madre sospeche que los médicos detectan el síndrome, porque lo mas probable es que retire a su hijo y lo lleve a otro hospital. Continuando así el menor sufriendo varias prácticas médicas innecesarias y dolorosas e incluso llegando a intervenciones quirúrgicas.¹⁶

La actuación desde el área de la salud mental se debe orientar a evaluar la situación personal del niño, la relación padre e hijo, grado de vínculo de la víctima con cada uno de los progenitores, experiencias del propio abusador en la infancia, red de apoyo social y dinámica familiar, sin olvidar la oportunidad de planificar un seguimiento psicológico que sirva como instrumento de prevención de nuevos episodios.²¹

La actuación desde el área de trabajo social incluye 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.²¹

La confrontación con la familia de la sospecha de un Síndrome de Münchhausen por Poder 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, advirtiendo que en caso de no obtener la colaboración necesaria de los padres, la obligación de los médicos del niño es informar a las autoridades pertinentes. Ambos padres serán participes de la estrategia a seguir y de la necesidad de obtener toda la colaboración posible por su parte.²¹

El plan de seguimiento y de 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 (se aconseja el ingreso en guardería tan pronto como sea posible) 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.²¹

Como premisa básica "asegurar en todo momento la protección y bienestar tanto del niño sospechoso de ser víctima de éste Síndrome, como la de sus hermanos". Debido a la falta de especificidad de los criterios utilizados para definirlo, en la práctica diaria se encontrarán 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 certeza en cuanto al diagnóstico.²¹

CONCLUSIONES

Es evidente que la obtención de información para el conocimiento del Síndrome de Münchhausen es de gran importancia en el área de la salud porque ayudará al clínico, en caso de que se presente un paciente con ésta enfermedad, a identificarla y así lograr diagnosticarla para detener el desarrollo de la enfermedad y evitar que continúe perjudicando la salud física y mental de estos pacientes.

En la facultad de Odontología de la Universidad Nacional Autónoma de México, por ejemplo, cada alumno atiende una gran cantidad de pacientes durante su preparación académica, e incluso durante su práctica profesional, pero ¿de cuántos de estos pacientes, los síntomas que refieren son reales y cuáles son facticios?. Por lo que se estima que no se tienen los suficientes elementos para la realización del diagnóstico y se ignora cuantos casos han pasado desapercibidos. Tomando en cuenta también que, incluso los profesionales de la salud, con frecuencia desconocen la existencia de esta enfermedad, lo cual noté durante la realización de la presente investigación, al comentar el tema con varios odontólogos, la mayoría de ellos se mostraron sumamente interesados, pero también confesaron no tener conocimientos previos acerca del Síndrome, ya que ellos lo confundían con la hipocondría y queda en duda cuantos de esos casos eran realmente Síndrome de Münchhausen.

Se habla de que éste síndrome lo padecen con mayor frecuencia los hombres, y de que cuando se trata de atribuir la enfermedad a un niño por ejemplo, el perpetrador generalmente es la madre. Pero durante la revisión del tema, fueron encontrados más casos clínicos, en donde las mujeres

padecían este síndrome y muy pocos casos donde los afectados eran hombres. Sin embargo, es reiterativo el cuadro clínico del Síndrome de Polle que es otro campo que queda por investigar, en el cual la enferma hace extensiva su patología a la persona de un familiar, habitualmente su hijo.

Con base a la información anterior, podemos concluir también, que cualquier acontecimiento desagradable en la vida del enfermo puede llegar a ser un factor de riesgo para el desarrollo del Síndrome de Münchhausen, pero es importante mencionar que no todas las personas que tengan un historial de antecedentes dramáticos presentarán el síndrome y no todas las personas con esta enfermedad tendrán un historial tan afectado.

Es realmente difícil imaginarse que alguien finja una enfermedad o se dañe a sí mismo, sólo para recibir tratamientos, los cuales, en la mayoría de los casos son quirúrgicos, pero la identificación del síndrome de Münchhausen no solo esta en manos del médico, del odontólogo, del psicólogo, etc., si no que también, con el adecuado conocimiento, podrá ser llevada a cabo por los familiares, amigos, etc.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Howard H. Goldman, ***Psiquiatría general*** 5ª edición, Editorial Manual Moderno, México, 1989, cap. 27, pp 477-482.
2. J. Vallejo Ruiloba, ***Introducción a la Psicopatología y la Psiquiatría*** 5ª edición, Editorial Salvat, España, 1992, pp 528
3. Robert E. Hales, Stuart C. Yudofsky, ***Tratado de Psiquiatría clínica*** 4ª edición, Editorial Masson, España, 2004, cap. 14, pp 697-702
4. Robert E. Hales, Stuart G. Yudofsky, ***Fundamentos de Psiquiatría clínica*** 2ª edición, Editorial Masson Elsevier, España, 2006, cap. 9, pp 483-495
5. Harold I. Kaplan, M. D., ***Sinopsis de Psiquiatría: Ciencias de la conducta Psiquiátrica clínica*** 8ª edición, Editorial médica panamericana, cap. 19, pp 742
6. Alfred M. Freedman M. D., Harold I. Kaplan, Benjamin J. Sadok, ***Compendio de Psiquiatría*** 2ª reimpresión, Editorial Salvat, Barcelona, 1984, pp 525
7. Bruce J. Cohen, M. D., ***Psiquiatría teórica y práctica*** 1ª edición español, Editorial Mc Graw Hill- Interamericana, España Madrid, 2006, pp 450-452
8. Henry M. Seidel, Jane W. Ball, Joyce E. Dains, G. William Benedict, ***Guía Mosby de exploración física*** 3ª edición, Editorial Mosby, 2005, cap. 2, pp 9-18
9. Godínez Neri Octavio. ***Comunicación personal. En publicación.***
10. MedlinePlus. Enciclopedia médica en español. *Síndrome de Munchausen por poderes.*
<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/001555.htm>
Consultado el 18 de noviembre de 2008, a las 13:31 h.

11. Wikipedia. La enciclopedia libre. *Síndrome de Münchhausen*.
http://es.wikipedia.org/wiki/S%C3%ADndrome_de_Munchausen
Consultado el 18 de noviembre de 2008, a las 11:05 h.
12. Tu otro médico. *Síndrome de Munchausen*
http://www.tuotromedico.com/temas/sindrome_de_munchausen.htm
Consultado el 18 de noviembre de 2008, a las 14:40 h.
13. Zona Pediátrica. *Síndrome de Munchausen*.
http://www.zonapediatrica.com/index2.php?option=com_content&do_pdf=1&id=763
Consultado el 19 de noviembre de 2008, a las 13:27 h.
14. Muñoz, Ana.
Web de psicología y medicina. *Síndrome de Munchausen por poderes*
<http://www.cepvi.com/articulos/munchausen.shtml>, Psicóloga Ana Muñoz.
Consultado el 19 de noviembre de 2008, a las 14:02 h.
15. Psicoconsul. *El síndrome de Münchhausen*.
<http://www.cop.es/colegiados/M-13935/sindrome-munchhausen.htm>
Consultado el 19 de noviembre de 2008, a las 17:15 h.
16. Dra. García Pereira Adriana y Dra. Pavón Elizabeth A.
Síndrome de Munchausen y síndrome de Munchausen por poder
http://www.caq.org.ar/img/XEnc_Sind_munchausen.pdf
Consultado el 19 de noviembre de 2008, a las 21:05 h.
17. depresión-guide.com. *Síndrome de Munchausen*
<http://www.depression-guide.com/lang/es/munchausen-syndrome.htm>
Consultado el 24 de noviembre de 2008, a las 12:22 h.
18. Dr. Espinosa Brito Alfredo D., Dr. Figueiras Ramos Benigno, Dr. Mendilahaxón López Juan B. y Dr. Espinosa Roca Alfredo A.
Síndrome de alineación parental. Síndrome de Munchausen.

http://www.sindromedealienacionparental.apadeshi.org.ar/sindrome_de_munchausen.htm

Consultado el 24 de noviembre de 2008, a las 14:58 h.

19. Educación médica continua. *Pseudopsicosis (Enfermedad ficticia o Síndrome de Munhausen)*.

<http://www.tusalud.com.mx/120656.htm>

Consultado el 24 de noviembre de 2008, a las 16:32 h.

20. Web de psicología y medicina.

<http://www.cepvi.com/articulos/facticio2.shtml>

Consultado el 24 de noviembre de 2008, a las 20:12 h.

21. F. de la Cerda Ojeda, T. Goñi González, I. Gómez de Terreros.

Scielo España. *Síndrome de Munchausen por poderes*.

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-76062006000100004&lng=es&nrm=iso&tling=es

Consultado el 24 de noviembre de 2008, a las 22:00 h.

22. McCoy Krisha, MS.

Baptist Health Systems, *Síndrome de Munchausen*.

[http://www.mbhs.org/healthgate/GetHGContent.aspx?](http://www.mbhs.org/healthgate/GetHGContent.aspx?token=9c315661-83b7-472d-a7ab-bc8582171f86&chunkiid=177923)

[token=9c315661-83b7-472d-a7ab-bc8582171f86&chunkiid=177923](http://www.mbhs.org/healthgate/GetHGContent.aspx?token=9c315661-83b7-472d-a7ab-bc8582171f86&chunkiid=177923)

Consultado el 25 de noviembre de 2008, a las 10:52 h.

23. Apuntes de Psicología. *Síndrome de Münchhausen*

<http://www.apuntesdepsicologia.com/psicologia/sindrome-de-mnchhausen.php>

Consultado el 25 de noviembre de 2008, a las 12:31 h.

24. Borrero M, Adriana Isabel.

ladosis.com. Tu dosis de salud y Belleza. *Síndrome de Munchausen*.

http://www.ladosis.com/articulo_interno_nd.php?art_id=1372

Consultado el 27 de noviembre de 2008, a las 11:06 h.

25. Sánchez Villasmil Danilo.
Temas y Noticias. *Síndrome de Münchhausen: Obsesión por enfermarse y enfermar.*
<http://www.temas.cl/enero/medicina/16.html>
Consultado el 2 de diciembre de 2008, a las 14:31 h.
26. Regina Reyna.
El Porvenir. *Hipocondria, miedo a enfermarse.*
http://www.elporvenir.com.mx/notas.asp?nota_id=227865
Consultado el 15 de enero de 2009, a las 18:22 h.
27. Wikipedia. La enciclopedia libre. *Barón de Münchhausen.*
http://es.wikipedia.org/wiki/Bar%C3%B3n_de_M%C3%BCnchhausen
Consultado el 15 de enero de 2009, a las 21:04 h.
28. Manual Merck de Información Médica. *Psiquiatría en Medicina.*
http://www.msd.com.mx/assets/hcp/biblioteca/manual_merck/content_mmerck/MM_15_185.htm
Consultado el 20 de enero de 2009, a las 19:57 h.
29. La enfermedad mental. *Clasificación DSM-IV*
<http://laemental.iespana.es/dsm4.pdf>
Consultado el 26 de enero de 2009, a las 19:03 h.
30. Pérez, Sergio.
Psicólogos Valencia. *Historia del DSM a través del tiempo.*
<http://www.psicologosvalencia.es/historia-del-dsm-a-traves-del-tiempo/>
Consultado el 26 de enero de 2009, a las 20:55 h.
31. Laporte, Joan-Ramon.
Principios básicos de investigación clínica.
<http://www.icf.uab.es/l libre/Cap-3.htm>
Consultado el 3 de febrero de 2009, a las 19:21 h.
32. Manual Merck de Información Médica. *Trastornos somatomorfos.*

<http://manualmerck.tripod.com/MMCap186.htm>

Consultado el 3 de febrero de 2009, a las 21:25 h.

33. Sanz Granados, M. O., Goñi Labat A., Barrio Madruga Ma. S., de Diego Herrero, E., Sánchez Fernández S., Jiménez Nieto, S., Arce Arce, S., Rodríguez Herrero, C., y de la Gándara Burgos J.

Otros trastornos mentales y de conducta que requieren abordaje psiquiátrico. Psicoconsul.

<http://www.cop.es/colegiados/MU00024/tvarios.htm>

Consultado el 3 de febrero de 2009, a las 22:36 h.

34. Comas, José Ramón y Vázquez, Víctor.

Síndrome de Munchausen: cuadro clínico, diagnóstico diferencial y una propuesta de tratamiento.

Hospital General de Acapulco, Guerrero; Facultad de Psicología, UNAM, México, D. F.

35. Pankratz, Loren

Persistent Problems with the Munchausen Syndrome by Proxy Label.

J Am Acad Psychiatry Law 34:90–5, 2006.

36. Carreiro Rodríguez, Manuel; García, Paúl; Hernández Dorylú; Bravo, Mariolga; Epelboim, Yoyce; Paccione, Rosanna

Síndrome de Münchhausen: presentación de un caso y revisión de la literatura.

Gac Méd Caracas 1998; 106(4): 531-539

Hospital General “Dr. Domingo Luciani”, Caracas

37. Dr. Espinosa Brito, Alfredo A., Dr. Figueiras Ramos, Benigno, Dr. Mendilahaxón López, Juan B. y Dr. Espinosa Roca, Alfredo A.

Síndrome de Munchausen. Un reto para el clínico.

Revista cubana Médica 2000; 39 (4):228-37

Hospital Clínico Quirúrgico “Dr. Gustavo Alderequía Lima”, Cienfuegos

38. Lara Dorantes, Clara Eugenia
Munchausen: Asesinato por maltrato infantil.
CarlosParma.com.ar
39. <http://www.550m.com/usuarios/universodontologico/esencias/may07.htm>
Consultado el 18 de noviembre de 2008, a las 22:10 h
40. Agirregabiria Aguirre Mikel
Síndrome de Münchhausen
41. Dra. Brahm M. Paulina, Residente de Medicina Familiar; Dra. Martínez G. Javiera, Médico Familiar
Maltrato infantil oculto: Síndrome de Munchausen por poder.
42. Santa, Wilfredo G.
Que es el Síndrome de Munchausen
43. Dra. Maida S., Ana Margarita; Molina P., María Elisa; Carrasco Ch. Ximena.
Síndrome de Munchausen por poder: un diagnóstico a considerar.
Revista Chilena Pediátrica. Vol. 70 Num. 3, Santiago, Mayo 1999.
44. Nisebe. Mariana
Síndrome de Munchausen: Amor torcido
Redacción de Clarín.com
45. Miguel Reyes Ricardo; Martínez Vivar Juan Carlos; Gutiérrez López David
Síndrome de Münchhausen
Facultad de Estudios Superiores Zaragoza. D. F.; Urgencias, Pediatría. Hospital Juárez de México
46. Pereyra, José Luis
Síndrome de Munchausen
Consultado el 7 de Diciembre de 2008 a las 21:02 h

47. Dr. Rodríguez, Jorge Ricardo
Síndrome de Munchausen por Sustitución
Medicina Forense y Legal
48. Sell Salazar, Fernando
Trastorno Ficticio por Poderes: "Síndrome de Münchhausen By Proxy"
49. Pérez, Andrés
Un Maltrato Llamativo
París, Noviembre, 2007
50. Wikipedia, la enciclopedia libre
<http://es.wikipedia.org/wiki/Enc%C3%A9falo>
Consultado el 26 de Marzo de 2009 a las 15:28
51. Funciones cerebrales superiores
<http://www.scribd.com/doc/63010/funciones-cerebrales-superiores>
Consultado el 26 de Marzo de 2009 a las 17:52
52. Dr. Nava Segura, José. **Neuroanatomía Funcional. Síndromes neurológicos** 7ª edición, Impresiones Modernas, S. A., México. D. F., 1976, pp 163-209
53. Departamento de Anatomía, Escuela de Medicina Pontificia, Universidad Católica de Chile "Curso en línea de Neuroanatomía"
<http://escuela.med.puc.cl/paginas/cursos/primer/NEUROANATOMIA/Cursoenlinea/down/Nervios.pdf>
Consultado el 3 de Marzo de 2009 a las 14:29
54. Neuroanatomía Clínica de Nava Segura
<http://www.scribd.com/doc/7354964/Neuroanatomia-Clinica-de-NavaSegura>
Consultado el 3 de Marzo de 2009 a las 19:18
55. Dr. Nava Segura, José. **El Lenguaje y las Funciones Cerebrales Superiores**. Editorial Impresiones modernas, S.A. México, D.F. 1979.