



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRÍA**

**TÉSIS**

**PARA OBTENER EL TÍTULO DE MÉDICO ESPECIALISTA EN  
PEDIATRÍA**

**TÍTULO**

**MUNCHAUSEN POR PODER: SÍNTOMAS MÁS FRECUENTES EN  
PACIENTES ATEÑIDOS EN LA CLÍNICA DE ATENCIÓN  
INTEGRAL AL NIÑO MALTRATADO DEL INSTITUTO NACIONAL  
DE PEDIATRÍA.**

**PRESENTA**

**DRA. ALEXA VÉLEZ ORTIZ**

**TUTORA:**

**DRA. CORINA ARACELI GARCÍA PIÑA**



**ASESORES METOLÓGICOS:**

**DRA. PATRICIA CRAVIOTO Q.  
FIS. MAT. FERNANDO GALVÁN C.**

**CD. MX. 2023**



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.

**TITULO DE TESIS**

**MUNCHAUSEN POR PODER: SÍNTOMAS MÁS FRECUENTES EN PACIENTES  
ATENDIDOS EN LA CLÍNICA DE ATENCIÓN INTEGRAL AL NIÑO MALTRATADO DEL  
INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRÍA.**

**DR. ALEJANDRO SERRANO SIERRA  
PROFESOR TITULAR DEL CURSO  
DE ESPECIALIZACION EN PEDIATRIA**

**DR. LUIS XOCHIHUA DIAZ  
DIRECTOR DE ENSEÑANZA**

**DR. GABRIEL GUTIERREZ MORALES  
ENCARGADO DEL DEPTO. DE PRE Y POSTGRADO**

**DRA. CORINA ARACELI GARCÍA PIÑA  
MEDICO ADSCRITO DEL SERVICIO DE CLINICA DE ATENCION INTENGRAL AL  
NIÑO MALTRATADO DEL INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRÍA Y  
TUTORA DE TESIS**

**DRA. PATRICIA CRAVIOTO QUINTANA  
ASESORA METODOLÓGICA**

**FISICO MATEMÁTICO FERNANDO GALVÁN CASTILLO  
ASESOR METODOLÓGICO**

## ÍNDICE

Introducción _____	4
Marco teórico y Antecedentes _____	4
Definición _____	5
Fisiopatología _____	5
Historia _____	7
Epidemiología _____	8
Factores de Riesgo _____	8
Diagnóstico _____	8
Tipos de falsificación _____	11
Criterios de Rosemberg _____	13
Tratamiento _____	14
Planteamiento del problema _____	15
Pregunta de investigación _____	15
Justificación _____	15
Objetivo general _____	16
Objetivos específicos _____	16
Material y método _____	16
Variables _____	17
Tamaño de muestra _____	17
Análisis estadístico _____	19
Resultados _____	20
Discusión _____	34
Conclusión _____	37
Bibliografía _____	38

## **1. INTRODUCCIÓN**

### **a. Resumen**

El Síndrome de Munchausen por poder es un tipo de maltrato infantil, que tiene como principal característica que el único motivo que impulsa a hacerlo por parte del perpetrador es la autosatisfacción. La Academia Americana de Pediatría reporta que es un tema poco reconocido. Las características del sistema de salud, al no estar interconectados, favorece la libre deambulación del perpetrador y el paciente, entre diversos hospitales solicitando atención médica. Cuentan con un historial médico, en donde se observan múltiples visitas a diferentes médicos, realización de diversos estudios innecesarios, hospitalizaciones e incluso intervenciones. De primera instancia se debe de sospechar de este trastorno cuando hay inconsistencias en el relato de las historias o cuentan con el antecedente de visitas a múltiples médicos en donde se ha reportado ausencia de enfermedad. Debido a la poca sensibilización entre los médicos de este padecimiento, se cuenta con baja incidencia; además de la dificultad para el diagnóstico, el tratamiento y seguimiento de los padres tiene una alta complejidad.

## **2. MARCO TEORICO Y ANTECEDENTES**

### **a. Definición**

El maltrato infantil es cualquier acto o falta de acción por parte de un padre o tutor que resulte en el daño físico o la muerte de un niño. Este término abarca el abuso físico, abuso sexual, abuso emocional, abuso de sustancias parentales, negligencia y síndrome de Munchausen por poder.(1)

Munchausen Por Poderes (MPP) clasificado en el DSM-5 dentro de la categoría de trastornos por síntomas somáticos y trastornos relacionados,(1) se conoce como trastorno facticio aplicado a otro. Munchausen por poder entra en la categoría de desordenes ficticios los cuales se caracterizan por ser cuadros de enfermedades, lesiones o discapacidades inventadas por razones psicológicas ocasionando gastos inadecuados en recursos médicos(2). Como peculiaridad, en esta entidad, diagnosticamos al cuidador y no al paciente por el que a priori

solicitan asistencia médica. Se trata de un cuidador (generalmente la madre), que causa, de forma intencionada, daño a otra persona (generalmente hijo/a), con el objetivo de recibir atención positiva, a través de un hijo enfermo.(3). Se trata de “maltrato infantil que ocurre en un ambiente médico” que difiere con el término “enfermedad inducida o fabricada. (4)

## **b. Fisiopatología**

El MMP es un tipo de maltrato infantil, que tiene como principal característica que el único motivo que impulsa a hacerlo es la autosatisfacción para los padres(5). Es una patología causante de gran morbimortalidad, por lo que reconocer el cuadro tanto del perpetuador como el de la víctima es de gran ayuda(5). Los trastornos facticios se relacionan con trastornos de la personalidad(6) que pueden llegar a presentar rasgos de personalidad tipo B- borderline, histriónico y narcisista o personalidad tipo C- dependencia.(7) Los cuidadores pueden presentar cuadros depresivos. Se han reportado casos en los que los niños ayudan al cuidador a simular los síntomas, estos en la adultez simulan síntomas sin ser presionados a hacerlo(4) Los trastornos ficticios están relacionados fuertemente a personas que trabajan en el cuidado de la salud, en especial enfermería. Es un foco rojo cuando hay inconsistencias en el relato de las historias o cuentan con el antecedente de visitas a múltiples médicos en donde se ha reportado ausencia de enfermedad.(2)

Se vio que en promedio tardaron 21 meses (el artículo calculó 34 meses) en promedio en hacer el diagnóstico con más de 20 consultas durante el proceso. (7). Se encontró que los niños que son víctimas, en especial los menores de 2 años, fueron sometidos a pruebas invasivas o tratamientos inapropiados en 93% de los casos(8).

Las características del sistema de salud, al no estar interconectados, favorece la libre deambulación entre hospitales solicitando atención médica(3) por lo que dificulta el control de los pacientes y su manejo.

Los cuidadores tienen como característica la sumisión a hospitalizaciones y pruebas diagnósticas, aceptación a múltiples hospitalizaciones, la forma de

explicar el padecimiento actual y sus antecedentes tiene rasgos de es una historia con clímax dramático(7).

En diversos artículos que hablan acerca de este padecimiento destaca que el cuidador insiste en que su hijo tiene una patología a pesar de haber sido explicado que no la presenta, son insistentes en que el paciente presenta una patología aun contando con los resultados de laboratorio dentro de límites que excluiría la posibilidad de padecer la enfermedad, o en ocasiones niega que el resultado de una prueba sea correcta ya que aseguran que debería de estar alterada.

Se puede apoyar uno en un historial médico, en donde se observará múltiples visitas a diferentes médicos, realización de diversos estudios innecesarios, incluso hospitalizaciones, los padres no continuaron seguimiento con médicos previos y reportes médicos sin sentido presentados por el cuidador.(8)

Prevalece en mujeres como agentes agresores, muchos padres saben lo que está pasando y no lo creerán hasta que las madres lo confiesen. Las madres pueden o no ser personal de salud, pueden también tener la obsesión de ser enfermera y/o médico, muestran demasiado interés cuando se le está haciendo un procedimiento a su hijo en lugar de preocuparse e intentar calmarlo. La madre suele presentar historia de trastornos psiquiátricos, antecedente de depresión postnatal y cefalea tensional (9), Rasgos ansiosos o depresivo en la madre (5)así como historia de una enfermedad rara y con características inusuales debe de hacernos sospechar de este trastorno. (10)

Tras la revisión de diversos artículos se ha llegado a la conclusión sobre ciertas características presentes en los padres que ejercen este tipo de violencia sobre los niños. Se ha observado que es común la presentación en madres, son madres de 19 a 32 años, bajo nivel socioeconómico, dinámica familiar desestructurada, 50% con alteración de (el artículo calculó 4.8 años) la personalidad, carecen de empleo,. Niños que viven con los abuelos, madres solteras, separación, abandono de hogar por progenitor (5). Los cuidadores no aceptan que se revisen sus historias clínicas, son mitómanos, nivel intelectual alto (7). En ocasiones existe el antecedente de una enfermedad en la infancia en donde se sintieron cuidados por primera vez, esta enfermedad fue provocada por las madres 95% (7), padres cuentan con historia de ser víctima de Munchausen por Poder en la infancia o

maltrato. La víctima puede llegar a presentar un padre acusado de muerte de un hijo o incluso estar en prisión por haberse comprobado culpabilidad en un 25%, 61.3% los hermanos tenían enfermedades similares o tuvieron sospecha de ser víctimas de Munchausen por Poder (5). Se ha visto la ausencia de diagnóstico y reportes de trastornos facticios en el embarazo, se sospecha que el presentar algún trastorno en el embarazo, puede ser precursor al llevar a cabo MPP en un futuro(11).

El promedio de edad de los niños que sufren este tipo de maltrato es de 8.4 años. Puede ocurrir con mayor facilidad en niños menores de 4 años(5), o en menores de 10 años (7). La principal prueba que orienta a la sospecha de este padecimiento es que al separar a la madre del hijo para ver si persisten los síntomas (5), estos desaparecen o no empeoran.

### **c. Historia**

El término síndrome de Munchausen fue descrito por el doctor Richard Asher en 1951, quien reportó una serie de lesiones autoinflingidas y la fabricación de historias, signos y síntomas de enfermedades extrañas. El doctor Asher lo nombró así, recordando al barón de Munchausen el cual narraba historias de aventuras fantásticas con detalles exagerados y ficticios sobre sí mismo, historias que eran difíciles de creer. En 1977 Roy Meadow médico pediatra, propone el término síndrome de Munchausen por poderes para explicar una forma de abuso en la que la fabricación o exageración de una enfermedad se hace a través de los hijos.

Respecto al nombre, la historia del término Munchausen por poder ha tenido algunos cambios: Falsificación de una condición pediátrica (FCF), abuso por falsificación de enfermedades pediátricas (APCF), Munchausen syndrome by proxy (MSBP), Munchausen by proxy (MBP), enfermedad fabricada por el cuidador (CFIC) (8)



#### **d. Epidemiología**

La Academia Americana de Pediatría reporta que es un tema poco reconocido y que en el 95% de los casos el perpetrador es la madre, estima una incidencia de 0.5 a 2.0 por 100,000 niños menores de 16 años aunque dicha estimación no representa la cifra real. (8)

#### **c. Factores de riesgo**

La Clínica Mayo propone como factores de riesgo en las madres los siguientes datos(12):

- Trauma infantil, como abuso emocional, físico o sexual
- Una enfermedad grave durante la infancia
- Pérdida de un ser querido por muerte, enfermedad o abandono
- Experiencias pasadas durante un tiempo de enfermedad y la atención que trajo consigo
- Un pobre sentido de identidad o autoestima
- Desorden de personalidad
- Depresión
- Deseo de estar asociado con médicos o centros médicos
- Deseo de trabajar en el campo de la salud(13)

#### **e. Diagnostico**

La clínica de los pacientes de síndrome de Munchausen por poder tienen como característica que los cuidadores saben que están simulando un cuadro el cual puede ser diverso, por lo que se vuelve un reto su diagnóstico. Existen diversas presentaciones:

Sistema nervioso central: cefalea, pérdida de conciencia (7), convulsiones, psicosis (8), síntomas cerebelosos (6).

Psicosocial: problemas de comportamiento (8)

Respiratorio: apnea (8), cuerpo extraño en vía aérea (6) insuficiencia respiratoria ocasionada al introducir materiales por traqueostomía, hemoptisis al cortar con

bisturí región inferior de lengua, cuadros de dificultad respiratoria simulando crisis asmática.(14)

Hematológico: hemorragia como hemoptisis, hematemesis simulada (7),

Gastrointestinal abdomen agudo(7), diarrea, vómito, anorexia, problemas en la alimentación, deshidratación (8) hemorragia digestiva, ingesta de cuerpo extraño (6)

Piel y anexos: Rash (8), exantema, equimosis sin razón aparente (6)

Genitourinario:hemorragia vaginal(6) litios uretrales por inserción de piedras causando hematuria, dolor en flancos, nefrolitiasis(14).

Se han reportado casos en los que se simulan los signos añadiendo sangre, azúcar o heces a las muestras de orina, procan erupción cutánea mediante la inyección o exposición a sustancias, administrando sedantes que afectan estado de conciencia. provocando asfixia, e induciendo vómitos con jarabe de ipecuana (5). En niños y adolescentes se presentan con fiebres ficticias, alteraciones de las muestras de laboratorio, cargos falsos de abuso sexual y físico(15)

Se ha reportado anemia que requirió transfusiones, nefrectomía, litotripsia extracorporea, nefrolitotomía percutánea, TAC, angiografías renales, traqueostomía, ventilación mecánica, amigdalectomía, apendicectomía, ooforectomía, colecistectomía, exploración de las vías biliares, esplenectomía, vagotomía, gastrectomía subtotal e histerectomía (15)en estos pacientes.

Es de suma importancia en todos los casos, siempre cuestionarse si el niño está recibiendo tratamiento médico innecesario y/o dañino, sospechar de maltrato cuando se insista en que se le dé un tratamiento o se le hagan pruebas cuando no son necesarias. Debemos de estar enterados que el 30% de los niños que sufren esto pueden cursar con alguna enfermedad causada iatrogénicamente,(3) por lo que no se deben de minimizar los síntomas ya que existen secuelas en los niños en la calidad de vida y o función de órganos (15). 7.3% sufrieron secuelas a largo plazo o secuelas permanentes y 6% fallecieron (5).El dato que más orienta a sospechar de un maltrato es la actitud de los cuidadores que son quienes insisten en la administración de tratamiento o realización de intervenciones invasivas.(3)

Es vital poner como prioridad la seguridad del niño. Se deben de hacer notificación a las autoridades para llevar una vigilancia estrecha del caso, si se pone en riesgo la vida del niño se debe de buscar un lugar fuera del hogar para que sea colocado.(16)Es un trabajo multidisciplinario, requiere intervención legal y de trabajo social.(10)

El mayor problema ocurre cuando los cuidadores saben que el personal sospecha de sus acciones, en estos momentos es común que decidan retirarse y acusar al personal médico de mala praxix(7). Todos los casos deben de ser individualizados. No existe un abordaje ideal para estos casos, se recomienda planear confrontación del familiar agresor, ofrecer ayudar terapéutica al familiar en lugar de acusarlo o criticarlo. El riesgo de abuso aumenta tras la confrontación por lo que el niño debe de quedarse bajo supervisión estrecha. (15)

Existen 2 tipos de confrontaciones, la confrontación directa o indirecta. La directa se trata de informar al cuidador de las irregularidades que se observan; sin embargo con ellos aumenta el riesgo de que huya o abandone el hospital. La confrontación indirecta es más sutil, se trata de iniciar tratamiento en cubierto, se intenta ganar la confianza y hacer un acercamiento lento y progresivo y posteriormente ir confrontándolo poco a poco para que acepte terapia (15)

Se propuso la grabación durante la hospitalización como herramienta para confrontar al cuidador, sin embargo es un debate ético ya que puede ser una invasión a la privacidad, ya que se haría sin consentimiento del familiar y del paciente. Por otra parte se pensó que pudiera ser viable, ya que el hospital no se considera un lugar con privacidad ya que los Doctores y enfermeras pueden entrar y salir del cuarto cuando gusten ya que es por el cuidado del paciente. No se sabe si pudiera afectar al niño más que beneficiarlo, sin embargo podría evidenciar el acto o probar que el niño no está sufriendo el cuadro que refiere la madre y por el que se le está abordando.(8) En Reino Unido, se hizo un estudio(17) en el que se colocaron cámaras ocultas en las habitaciones de los pacientes en los que se sospechaba un MPP, los resultados fueron llamativos, ya que un elevado número de casos (aproximadamente el 84,6%) en los que se había sospechado MPP, se confirmaron mediante las grabaciones. Este mismo método ha sido replicado en

Estados Unidos con resultados similares, pero hay que tener en cuenta las implicaciones legales lo cual haría complejo este método(17)(18)(19)

Otra propuesta se trata de asegurar puerta de entrada alterna al hospital en caso de que su urgencia sea realmente importante y que en esta área sea valorado por un médico que ya conoce el historial del paciente para que no se le realicen estudios innecesarios y se pueda tener mayor control de los síntomas y del abordaje. El médico que lo reciba va a requerir tener una excelente relación con la familia. Tener plan con el equipo de pediatras, trabajo social y salud mental, decidir medidas legales a tomar, planificar momento de confrontación familiar y elaborar un plan de seguimiento(5), La mayoría de pacientes mejoran de forma espectacular tras ser separados de sus progenitores lo que se ha llegado a denominar “parentectomía”(17) pero esta medida no deja de ser una solución temporal al problema.(20)

Las personas con “trastorno facticio aplicado a otro” pueden causar enfermedades y daño de diferentes maneras: exageración de los síntomas existentes, inventar historias, falsificación de síntomas, alteración o manipulación de los estudios o instrumentos médicos, entre otros. (12)

La American Professional Society on the abuse of children propone una serie de manifestaciones para apoyar el diagnóstico. **Tabla 1.** (13)

**Tabla. 1 Tipos de falsificación**

Tipo de falsificación	Ejemplo
Información falsa	Proporcionar información falsa sobre síntomas actuales, limitaciones, historial médico u otra historia del niño. Ejemplo: decir que un niño tiene convulsiones cuando no hay y proporcionar diagnóstico médico alterando de la documentación.
Ocultar información	No proporcionar la información pertinente que ayude a explicar la enfermedad del niño Ejemplo: no informar al médico que el niño está vomitando debido al veneno que se acaba de administrar.

Exageración	Proporcionar información clínica distorsionada en la que no hay mejora para que el niño sea visto como gravemente enfermo o discapacitado. Ejemplo: reportar convulsiones más frecuentes o resistentes al tratamiento.
Simulación	Alterar muestras biológicas o procedimientos de pruebas médicas para obtener resultados anormales. Ejemplo: presentación de muestras de orina contaminada, colocación de sangre en muestra de heces o interferir con una prueba de diagnóstico para producir resultados anormales
Omisión	Retener medicamentos, nutrición o tratamientos para exacerbar los síntomas. Ejemplo: no administrar la medicación para las convulsiones según lo prescrito.
Entrenamiento (alienar)	Manipular al niño para responder las preguntas de los clínicos y otros de manera que corrobora las afirmaciones falsas del abusador. Ejemplo: repiten lo que el abusador les ha dicho como si fuera un hecho real

Tomada de APSAC Taskforce. Munchausen by Proxy: Clinical and Case Management Guidance. Am Prof Soc Abus Child. 2017

Por otra parte, el DSM-V describe dos variantes: el trastorno facticio aplicado a uno mismo cuando la persona se presenta a sí misma frente a los demás como enferma, incapacitada o lesionada; y el trastorno facticio aplicado a otro, cuando un individuo falsifica una enfermedad en otro; se señala que en estos casos el diagnóstico se aplica al autor, no a la víctima.

Los criterios descritos en el DSMV para el diagnóstico son:

A. Falsificación de signos o síntomas físicos o psicológicos, o inducción de lesión o enfermedad, en otro, asociada a un engaño identificado.

B. El individuo presenta a otro individuo (víctima) frente a los demás como enfermo, incapacitado o lesionado.

C. El comportamiento engañoso es evidente incluso en ausencia de recompensa externa obvia.

D. El comportamiento no se explica mejor por otro trastorno mental, como el trastorno delirante u otro trastorno psicótico.

Rosenberg describió criterios para el apoyo en la integración del diagnóstico, pero lejos están de ser definitivos, existe una amplia gama de manifestaciones que el médico debe tener en cuenta. **Tabla 2.**(21)

**Tabla 2. Criterios de Rosemberg. Indicadores de posible enfermedad fabricada en un niño**

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

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

## **f. Tratamiento**

El trastorno facticio aplicado a otro es difícil de identificar y difícil de tratar. Sin embargo, la intervención médica, psicológica y psiquiátrica es fundamental para prevenir lesiones graves. (12)

Respecto a la confrontación se cuestiona su utilidad. Numerosos autores consideran que produce la huida del cuidador y puede favorecer la aparición de síntomas psicóticos. Hasta ahora la mayoría de tratamientos realizados en los trastornos facticios han evitado confrontar al paciente con su conducta facticia.(23)

En estas circunstancias es necesario evitar las preguntas acusatorias que pueden provocar la huida del centro asistencial ya que estas personas suelen mostrar labilidad emocional, soledad, búsqueda de atención y por lo general su actitud es evasiva existiendo el antecedente de que han sido atendidos en otros hospitales, y a menudo han causado alta voluntaria sobre todo cuando se sienten evidenciados. Se ha teorizado que la negativa de los pacientes a admitir falsificar su enfermedad ante evidencia contundente de ello está arraigada en un intenso miedo a la desintegración física y psicológica. Entonces mientras se logra provocar una cierta demanda terapéutica en el cuidador -lo cual sólo puede ser logrado por una figura no amenazante- será preciso contactar con integrantes de la familia y trabajar con ellos en el entendimiento de la problemática, en la integración del diagnóstico y en la protección de los niños, niñas y adolescentes, abordando los casos con una mirada integral.

Adicionalmente habrá que hacer un trabajo con el paciente (NNA) valorando su posición en relación a la enfermedad, su propia versión y posibles síntomas pero admitiendo que éstos corresponden a la manifestación simbólica de cierta problemática, para darles paso en el discurso y espacio en la escucha. De tal forma se podrá obtener una aproximación al efecto en su subjetividad producto de “la enfermedad fabricada o inducida por otro”.

### **3. PLANTAMIENTO DEL PROBLEMA**

Los trastornos ficticios están relacionados fuertemente a personas que trabajan en el cuidado de la salud, en especial enfermería. (2)

El MPP es una patología causante de gran morbimortalidad, por lo que reconocer el cuadro tanto del perpetuador como el de la víctima es de gran ayuda. (5) Se debe de catalogar como foco rojo cuando hay inconsistencias en el relato de las historias o cuentan con el antecedente de visitas a múltiples médicos en donde se ha reportado ausencia de enfermedad. Existe controversia si es predominantemente en el género femenino o masculino ya que depende del tipo de enfermedad que se simule, el género que predomina. 58.7% prefieren provocarse enfermedades o lesiones que simularlas, por ello deben de catalogarse como personas de alto riesgo de autodaño, quienes en ocasiones deberían de ser hospitalizados, si se sospecha de un trastorno de difícil control.(2)

#### **Pregunta de investigación**

¿Cuáles son los síntomas más frecuentes que presentan los niños, niñas y adolescentes atendidos en la Clínica de Atención Integral al Niño Maltratado con Munchausen por poder?

#### **a. Justificación**

El MPP es un problema actual subdiagnosticado por falta de conocimientos sobre el tema, así como falta de comprensión ya que pensamos que dar de alta al paciente, evitar atenderlo por lo conflictivos que pueden llegar a ser, o simplemente minimizarlo perpetúa el problema, el cual se ha visto que a largo plazo promueve que las víctimas se conviertan partidarios y terminan ejerciendo estas actividades sobre ellos mismos o en sus hijos. Lo preocupante es que muchas veces no se limita a múltiples consultas o tratamientos, sino que se han reportado casos que llevan a la muerte lo cual es un problema mayor. La dificultad de este síndrome, no solo se basa en la complejidad de su diagnosticarlo, si no se basa, de igual forma, en su seguimiento y tratamiento ya que muchas veces se pierde contacto con los familiares. Se requiere de un abordaje multidisciplinario,



sin embargo no se ha visto alguna técnica que sea 100% eficaz, por lo que es relevante entender y diagnosticar esta patología para lograr individualizar su tratamiento. Si se van comprendiendo factores de riesgo así como gatillos para ser ejecutor de este síndrome, se podrá llegar a una manera de tratamiento y evitar muertes justificadas como accidentes.

## **b. Objetivos**

### **General.**

- Determinar los datos clínicos más comúnmente encontrados en Munchausen por poder en los pacientes atendidos en la Clínica de Atención Integral al Niño Maltratado del Instituto Nacional de Pediatría, con el fin de orientar a los médicos de primer contacto para prevenir daños fatales en niños con este diagnóstico.

### **Específicos.**

- Describir la frecuencia de los pacientes que sufren Munchausen por poder atendidos en la Clínica de Atención Integral al Niño Maltratado por edad y género.
- Determinar los datos clínicos más frecuentemente presentados en los pacientes que sufren Munchausen por poder, atendidos en la Clínica de Atención Integral al Niño Maltratado.
- Identificar la frecuencia de las características clínicas de pacientes que sufren Munchausen por poder, con la finalidad de orientar a los médicos en la sospecha diagnóstica.

## **4. MATERIAL Y MÉTODOS**

**a. Clasificación de la investigación.** Se propone un diseño de tipo observacional, retrospectivo, transversal, descriptivo.

**b. Universo de estudio:** Pacientes con diagnóstico de Munchausen por poder valorados por la Clínica de Atención Integral al Niño Maltratado del Instituto Nacional de Pediatría en el periodo de enero 2016 a diciembre 2021

**c. Criterios de inclusión.** Los expedientes de los niños, niñas y adolescentes que cumplan con el diagnóstico de Munchausen por poder en edades de recién nacidos a 18 años.

**d. Criterios de exclusión.** Se excluirá del estudio a los pacientes con expedientes clínico electrónicos con menos del 80% de los datos requeridos o que no cumplan con el diagnóstico confirmado.

**e. Variables** Las variables que se incluirán en el presente estudio se enumeran a continuación:

**Tabla 3. Variables**

<b>Nombre de la Variable</b>	<b>Definición Conceptual</b>	<b>Tipo de Variable</b>	<b>Medición de la Variable</b>
<b>Edad</b>	Es el tiempo de vida desde el nacimiento hasta la fecha actual. La importancia de ésta variable es que a menor edad de aparición de la EI en el paciente la enfermedad es mas deformante y limitante	Nominal	0.1 a 17
<b>Sexo</b>	Estará acorde a los genitales externos del paciente. Ésta variable es importante para determinar la frecuencia en el genero	Nominal	1= Masculino 2= Femenino
<b>Munchausen por poder</b>	Acto o falta de acción por parte de un padre o tutor que resulte en el daño físico o muerte de un niño que el único incentivo es recibir atención positiva a través de un hijo enfermo.	Nominal	1. SI 2. NO

<p><b>Información falsa</b></p>	<p>Proporcionar información falsa sobre síntomas actuales, limitaciones, historial médico u otra historia del niño. Ejemplo: decir que un niño tiene convulsiones cuando no hay y proporcionar diagnóstico médico alterando de la documentación.</p>	<p>Nominal</p>	<p>1. SI 2. NO</p>
<p><b>Ocultar información</b></p>	<p>No proporcionar la información pertinente que ayude a explicar la enfermedad del niño Ejemplo: no informar al médico que el niño está vomitando debido al veneno que se acaba de administrar.</p>	<p>Nominal</p>	<p>1. SI 2. NO</p>
<p><b>Exageración</b></p>	<p>Proporcionar información clínica distorsionada en la que no hay mejora para que el niño sea visto como gravemente enfermo o discapacitado. Ejemplo: reportar convulsiones más frecuentes o resistentes al tratamiento.</p>	<p>Nominal</p>	<p>1. SI 2. NO</p>
<p><b>Simulación</b></p>	<p>Alterar muestras biológicas o procedimientos de pruebas médicas para obtener resultados anormales. Ejemplo: presentación de muestras de orina contaminada, colocación de sangre en muestra de heces o interferir con una prueba de diagnóstico para producir resultados anormales.</p>	<p>Nominal</p>	<p>1. SI 2. NO</p>

<p><b>Omisión</b></p>	<p>Retener medicamentos, nutrición o tratamientos para exacerbar los síntomas. Ejemplo: no administrar la medicación para las convulsiones según lo prescrito.</p>	<p>Nominal</p>	<p>1. SI 2. NO</p>
<p><b>Entrenamiento (alienar)</b></p>	<p>Manipular al niño para responder las preguntas de los clínicos y otros de manera que corrobora las afirmaciones falsas del abusador. Ejemplo: Repiten lo que el abusador les ha dicho como si fuera un hecho real.</p>	<p>Nominal</p>	<p>1. SI 2. NO</p>

#### **f. Tamaño de la muestra**

Análisis de casos: 16 casos

Debido a que el MPP es una forma rara y poco frecuente de maltrato, no existen cifras confiables a nivel nacional o internacional respecto a la frecuencia de esta forma de maltrato, por tal motivo se realizará un muestreo por conveniencia que abarca el periodo de recolección de 5 años, de enero 2019 a mayo 2021.

#### **5. ANALISIS ESTADISTICO.**

Se realizó una base de datos en Excel con las siguientes variables: Edad y género de los pacientes (se incluirán pacientes de 0 a 18 años), perpetrador (padre, madre o ambos), nivel de escolaridad, asociación de esta con conocimientos médicos y uso de vocabulario médico. El estado civil y diagnóstico psiquiátrico del perpetrador como indicadores de trastorno diagnosticado. Tipo de falsificación empleada (información falsa, ocultar información, exageración, simulación, entrenamiento), Indicadores de posible enfermedad fabricada en un niño (tabla 2), síntomas presentes clasificados por aparatos y sistemas. Posteriormente la base se exportará al programa estadístico SPSS con el cual se realizará el análisis

descriptivo de las variables mencionadas Los resultados se presentaran en tablas y gráficos representativos.

## 5.1 Resultados

En este estudio, se analizaron 16 casos que cumplieron el 80% de los indicadores de posible enfermedad fabricada en un niño que se mencionan en la Tabla 2 tomada de Flaherty, E. G., MacMillan, H. L., & Committee on Child Abuse and Neglect. Caregiver-fabricated illness in a child: A manifestation of child maltreatment. Pediatrics 2013. En la **Tabla 4** Se reúnen los datos de los pacientes afectados por MPP incluyendo género, edad, escolaridad, tipo de falsificación presente, aparatos afectados y la patología y/o síntomas reportados por los perpetradores. Se observó que los pacientes afectados son 50% femeninos y 50% masculinos **Gráfica 1**. La edad moda de presentación es a los 5 años de edad, representando el 21.4% del total, la mínima al mes de edad y la máxima de 13 años reportado. **Gráfica 2**. En cuanto al tipo de falsificación explicados en la **Tabla 4**, se observó que la moda del tipo de falsificación corresponde a la aportación de información falsa, presente en 13 (92.8%) de los pacientes, seguidos por exageración de la información en 10(71%), la omisión de la información en 9 (64.2%), entrenamiento del paciente en 5 (35.7%), simulación de los síntomas en 4 (28.5%) pacientes y la omisión de la información en 2 (14.2%) de los pacientes. Se analizaron los aparatos y sistemas afectados conforme a los síntomas y patologías que reportaba el perpetrador; encontrando que 10(71%) de los casos reportaron síntomas neurológicos como convulsiones, alteraciones y pérdida del estado de alerta, cefalea, alteración del equilibrio, hipoacusia, movimientos involuntarios, cuadriparesia transitoria, disfunción vestibular ocasional, disquinesia cerebelosa y patologías como epilepsia parcial compleja, encefalitis, masa del SNC, migraña, En 11 (78.5%) casos, reportaron síntomas asociados a afección de vías aéreas superiores como epistaxis, tos, rinorrea, prurito nasal, estornudos, odinofagia, úlceras orales, así como síndrome de apnea del sueño, sinusitis, alergias alimentarias, infecciones de repetición y angioedema. Se reportaron síntomas y patologías cardiovasculares en 5(35.7%) pacientes mencionados cuadros de palpitaciones, disautonomía, soplos cardiacos, arritmias,

insuficiencia aórtica bilateral y síndrome neurocardiogénico. Hubo 11(78.5%) pacientes con síntomas asociados a afección de la vía aérea inferior reportando disnea, sibilancias, broncoespasmo, tos, cianosis, y patologías como neumopatía crónica y apnea obstructiva del sueño. Los síntomas y patologías gastrointestinales estuvieron nombradas en 11 (78.5%) pacientes, reportados con reflujo, diarrea, reflujo, hematemesis, fisura anal, náusea, vómito, intolerancia vía oral, hiporexia, atragantamiento, estreñimiento crónico, dolor abdominal, hipo, prurito anal y patologías como acalasia, dispepsia, disquesia, esofagitis, alergia al gluten o a la proteína de la leche de vaca. En cuanto a afección aparente al tracto urinario, 9(64.2%) pacientes reportaron síntomas como disuria, hematuria, pujo, tenesmo, incontinencia urinaria, enuresis, urgencia miccional y patologías como retención urinaria, recaída del síndrome nefrótico, infecciones de repetición, proteinuria, incontinencia urinaria. Síntomas genitales estuvieron presentes en 5(35.7) pacientes con dolor testicular, leucorrea, hipermenorrea, cursando patologías como quistes ováricos abuso sexual, verrugas vulvares, miomatosis uterina, cáncer testicular, quiste de epidídimo. Los síntomas hematológicos se presentaron en 3 (21.4%) pacientes con síntomas como sangrados, reportando alteraciones en la coagulación, neutropenia cíclica. Hubo síntomas musculoesqueléticos en 6 (42.8%) casos, notificando dolor de extremidades, dolor lumbar, mialgias, artralgias, atonía y parálisis de extremidades, deformidad de rodillas, paresias y afección que ameritan intervención quirúrgica. Únicamente en un caso (7.1%) se reportaron síntomas psiquiátricos. Además se mencionaron síntomas generales en 9(64.2%), como mal estado general fatiga, astenia, adinamia, pérdida de peso, presentaron fiebre como síntoma general más prevalente en 10 (71.4%) de los pacientes.

**Tabla 4. Características de los pacientes**

N°	Género	Edad	Escolaridad	Tipo de falsificación	Aparatos afectados	Patología/Síntomas
<b>Caso 1</b>	Fem	6 meses	Ninguna	Información falsa	Generales	Fiebre
					Neurológico	Epilepsia parcial compleja

					Vías aéreas superiores	Epistaxis
					Pulmonar	Cianosis, Neumonía
					Gastrointestinal	Reflujo gastroesofágico
					Genitales	Sangrado transvaginal
<b>Caso 2</b>	Masc	11 meses	Ninguna	Información falsa Simulación	Generales	Fiebre
					Vías aéreas superiores	Tos, rinorrea
					Pulmonar	Neumopatía crónica
					Gastrointestinal	Vómito, diarrea, reflujo, hematemesis, fisura anal
					Genitales	Abuso sexual
					Hematológico	Neutropenia cíclica
<b>Caso 3</b>	Fem	13 años	Secundaria	Información falsa, Exageración, Ocultar información, Entrenamiento	Neurológico	Encefalitis, masa SNC
					Vías aéreas superiores	Alergias alimentarias
					Pulmonar	Alergias ambientales, asma
					Gastrointestinal	Nausea, vómito intolerancia vía oral, acalasia, estreñimiento crónico, dolor abdominal
					Urinario	Retención urinaria
					Psiquiátrico	Trastorno límite de la personalidad
<b>Caso 4</b>	Masc	2 años	Primaria	Información falsa, Exageración, Ocultar información	Generales	Fiebre,
					Neurológico	Cefalea, alteración del equilibrio, disfunción vestibular ocasional hipoacusia, cefalea, movimientos involuntarios, meningitis, cuadriparesia transitoria

					Vías aéreas superiores	Infecciones recurrente
					Cardiovascular	Taquicardia, disautonomía, arritmias
					Pulmonar	Dificultad para respirar
					Gastrointestinal	Dispepsia, hipo, dolor abdominal, prurito anal, reflujo
					Urinario	Recaída de síndrome nefrótico
					Musculoesquelético	Dolor de extremidades, dolor lumbar, mialgias, artralgias, atonía y parálisis de extremidades
<b>Caso 5</b>	Masc	3 años	Ninguna	Información falsa, Exageración, Ocultar información,	Generales	Fiebre
					Vías aéreas superiores	Infecciones de repetición. Tos
					Gastrointestinal	Vómito, distensión, dolor abdominal, disquecia, atragantamientos, reflujo, estreñimiento, disfagia a sólidos
					Urinario	Infecciones de repetición, disuria
<b>Caso 6</b>	Masc	9 años	Primaria	Información falsa, Ocultar información.	Generales	Fiebre, pérdida de peso
					Neurológico	Pérdida del estado de alerta
					Vías aéreas superiores	Epistaxis
					Cardiovascular	Arritmia, taquicardia
					Pulmonar	Disnea, cianosis
					Urinario	Hematuria

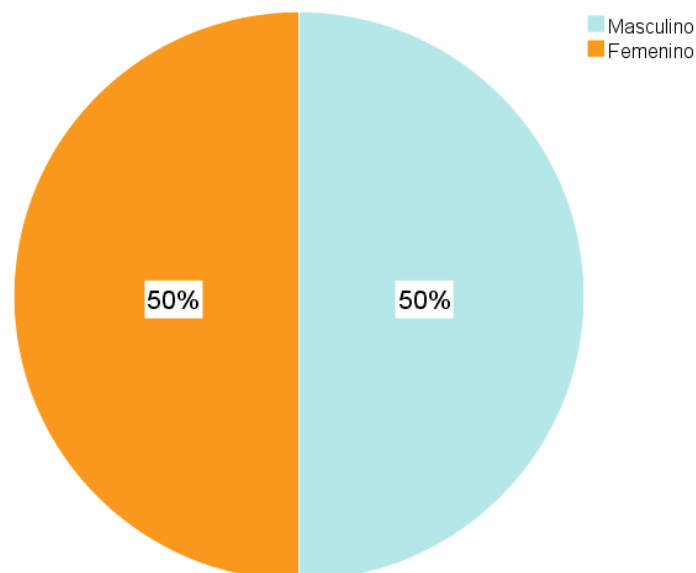


					Genitales	Dolor testículo derecho, Cáncer testicular, quiste de epidídimo
					Musculoesquelético	Dolor extremidad inferior derecha
<b>Caso 7</b>	Masc	5 años	Primaria	Ocultar información	Neurológico	Pérdida del estado de alerta, crisis convulsivas, supravversión de la mirada
<b>Caso 8</b>	Fem	9 años	Preparatoria	Información falsa, exageración simulación, entrenamiento	Neurológico	Cefalea
					Vías aéreas superiores	Tos, rinitis alérgica, epistaxis
					Pulmonar	Hemoptisis, cuerpo extraño
					Gastrointestinal	Dolor abdominal, esofagitis, estreñimiento
					Urinario	Disuria, pujo, tenesmo vesical, proteinuria
					Genitales	Leucorrea, abuso sexual, verrugas vulvares, miomatosis uterina
Musculoesquelético	Coxalgia derecha, deformidad de las rodillas, dolor lumbar y cervical					
<b>Caso 9</b>	Fem	12 años	Primaria	Información falsa, exageración, simulación, ocultar información entrenamiento	Generales	Fiebre
					Neurológico	Migraña, epilepsia, Disquinesia cerebelosa, cefalea, movimientos involuntarios
					Vías aéreas superiores	Alergias alimentarias
					Cardiovascular	Disautonomía, displasia

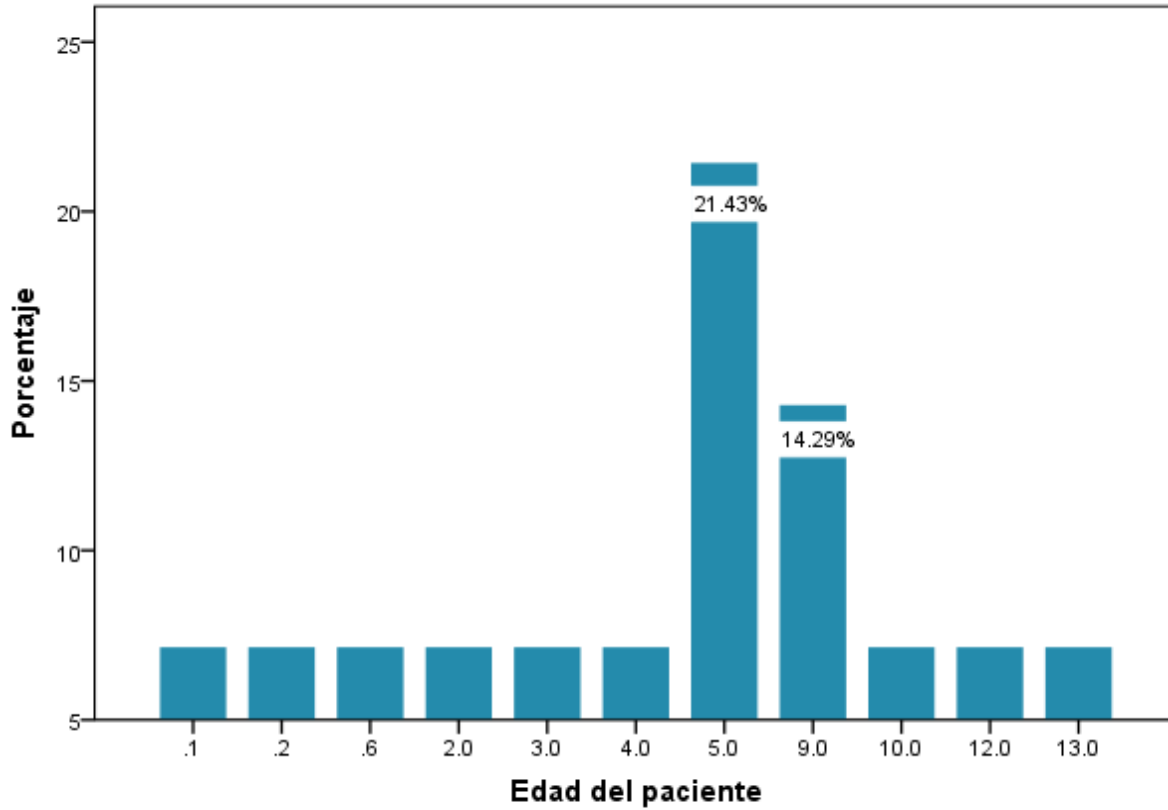
						ventricular arritmogénica, síndrome nuerocardoigénico, insuficiencia aórtica bilateral
					Pulmonar	Dificultad respiratoria
					Gastrointestinal	Nausea, alergia al gluten
					Urinario	Infecciones recurrentes
					Genitales	Hipermenorrea, quistes ováricos
					Musculoesquelético	Paresias de miembros superiores
<b>Caso 10</b>	Fem	5 años	Primaria	Información falsa, exageración, entrenamiento	Generales	Fiebre, pérdida de peso
					Neurológico	Cefalea
					Vías aéreas superiores	Sinusitis, rinitis
					Pulmonar	Asma, apnea del sueño, desaturación
					Gastrointestinal	Diarrea, intolerancia vía oral, estreñimiento, disfagia a sólidos, reflujo, vómitos
					Urinario	Disuria, tenesmo, pujo, hematuria
					Hematológico	Alteraciones en la coagulación
<b>Caso 11</b>	Masc	4 años	Primaria	Información falsa, exageración	Generales	Fiebre
					Vías aéreas superiores	Angioedema
					Pulmonar	Apnea obstructiva del sueño
					Musculoesquelético	Múltiples cirugías
<b>Caso 12</b>	Fem	10 años	Secundaria	Información falsa,	Generales	Fiebre, fatiga, astenia, adinamia

				exageración, simulación, entrenamiento, ocultar información	Neurológico	Parestesias, cefalea
					Vías aéreas superiores	Odinofagia, úlceras orales
					Cardiovascular	Palpitaciones
					Gastrointestinal	Dolor abdominal, náusea, disfagia, hiporexia
					Musculoesquelético	Lumbalgia, dolor cervical y dorsal
<b>Caso 13</b>	Fem	5 años	Primaria	Información falsa, ocultar información, exageración, Omisión	Generales	Fiebre
					Gastrointestinal	Dolor abdominal, vómito
					Urinario	Incontinencia urinaria, enuresis, urgencia miccional, infecciones de repetición
<b>Caso 14</b>	Masc	2 meses	Ninguna	Información falsa, ocultar información, simulación, exageración, omisión	Neurológico	Mioclónías, epilepsia
					Cardiovascular	Arritmias
					Gastrointestinal	Alergia proteína de la leche de vaca
					Urinario	Hematuria
					Hematológico	Sangrados (oral, tubo digestivo rectal, vías urinarias y nasal)

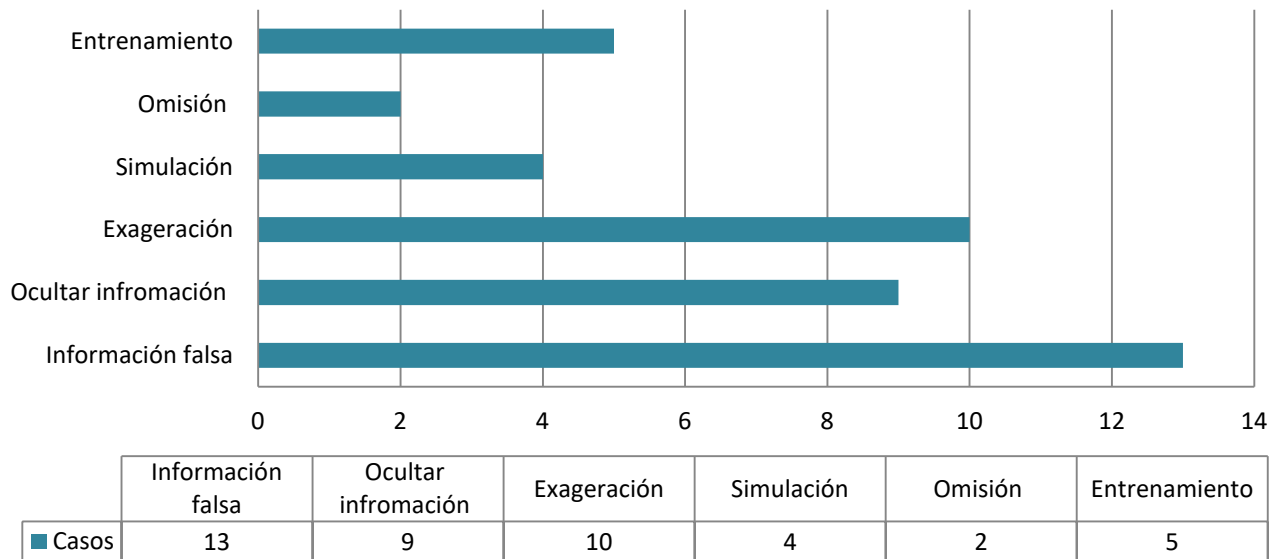
### 1. Gráfica de género de los pacientes



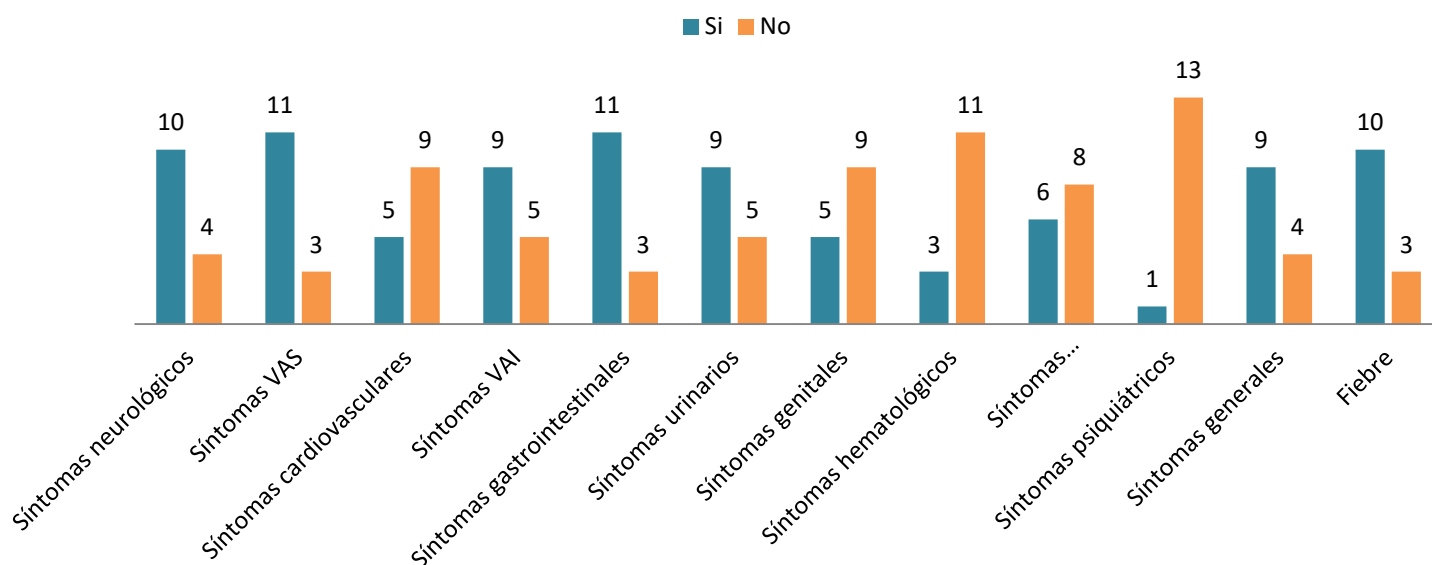
## 2. Gráfica de edades de los pacientes



## 3. Gráfica de frecuencia de tipo de falsificación



#### 4. Gráfica de frecuencia de síntomas por aparatos y sistemas



En cuanto a las características del perpetrador se observó que en la población analizada 12(85.7%) perpetradores se trataban de las madres de los pacientes, en un caso (7.14%) se trató del padre y otro caso único (7.1) fueron perpetradores ambos padre. Las madres tenían como prevalencia estar casadas como estado civil en 6 (42.8%) de las perpetradoras y 5 ((35.7%) separadas. La escolaridad asociada a cuidados de la salud fue de 5 (35.7%) de las perpetradoras de las cuales 4 (28.5%) tienen estudios asociados a lo mismo. Únicamente 1 (7.1%) tenían diagnóstico establecido de alguna alteración psiquiátrica y 35.7% usaron vocabulario médico al momento del interrogatorio.

**Tabla 5. Características del cuidador primario**

N°	Perpetrador	Edad	Escolaridad	Escolaridad asociada a medicina	Estado civil	Ocupación	Diagnóstico Psiquiátrico	Uso Vocabulario Médico
<b>Caso 1</b>	Madre	23 años	Universidad	Si	Casada	Hogar	No	Si
<b>Caso 2</b>	Madre	24 años	Secundaria	No	Soltera	Otro	No	Si
<b>Caso</b>	Madre	47	Universidad	No	Separada	Hogar	No	No

3		años						
<b>Caso 4</b>	Madre	43 años	Universidad	No	Casada	Hogar	No	Si
<b>Caso 5</b>	Ambos	32 años	Universidad	No	Casada	Hogar	No	Si
<b>Caso 6</b>	Padre	39 años	Secundaria	No	Separado	Otro	Si	No
<b>Caso 7</b>	Madre	26 años	Universidad	Si	Casada	Relacionado a medicina	No	Si
<b>Caso 8</b>	Madre	35 años	Universidad	No	Casada	Otro	No	Si
<b>Caso 9</b>	Madre	46 años	Universidad	SI	Separada	Relacionado a medicina	Si	Si
<b>Caso 10</b>	Madre	33 años	Secundaria	No	Separada	Hogar	Si	Si
<b>Caso 11</b>	Madre	41 años	Preparatoria	No	Separada	Relacionado a medicina	Si	Si
<b>Caso 12</b>	Madre	36 años	Secundaria	No	Separada	Otro	No	Si
<b>Caso 13</b>	Madre	47 años	Preparatoria	Si	Casada	Hogar	No	Si
<b>Caso 14</b>	Madre	25 años	Preparatoria	No	Casada	Otro	Si	No

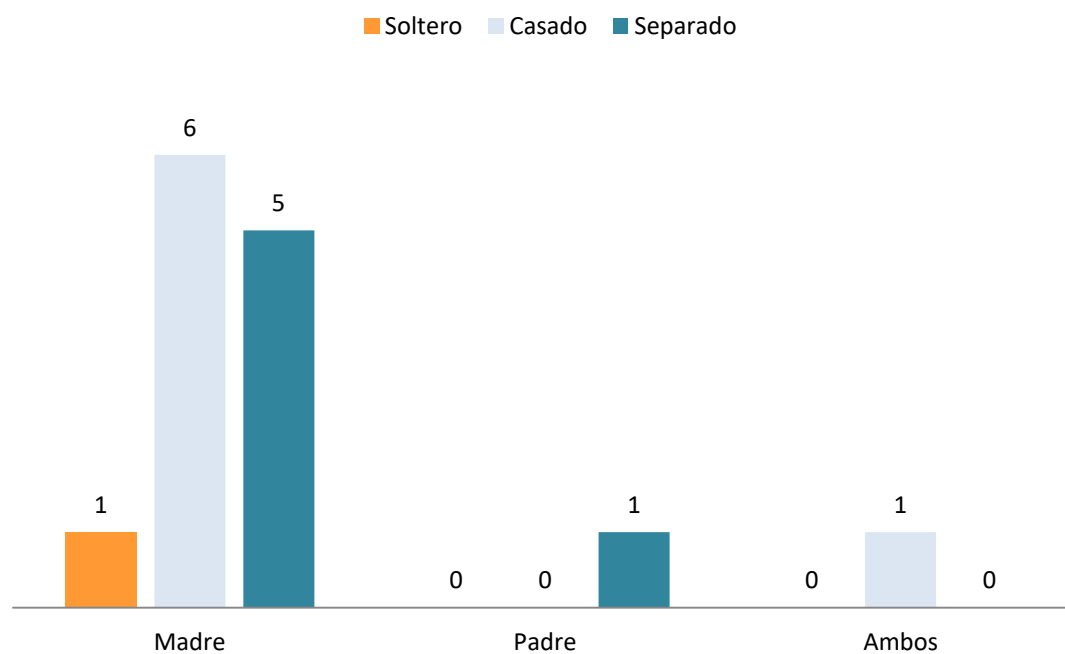
**Tabla 6. Frecuencia del familiar perpetrador**

Familiar Perpetrador	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Madre	12	85.7	85.7
Padre	1	7.1	92.9
Ambos	1	7.1	100.0
Total	14	100.0	

**Tabla7. Asociación entre estado civil con el del familiar perpetrador**

	Estado Civil			Total
	Soltero	Casado	Separado	
Madre	1	6	5	12
Padre	0	0	1	1
Ambos	0	1	0	1
<b>Total</b>	<b>1</b>	<b>7</b>	<b>6</b>	<b>14</b>

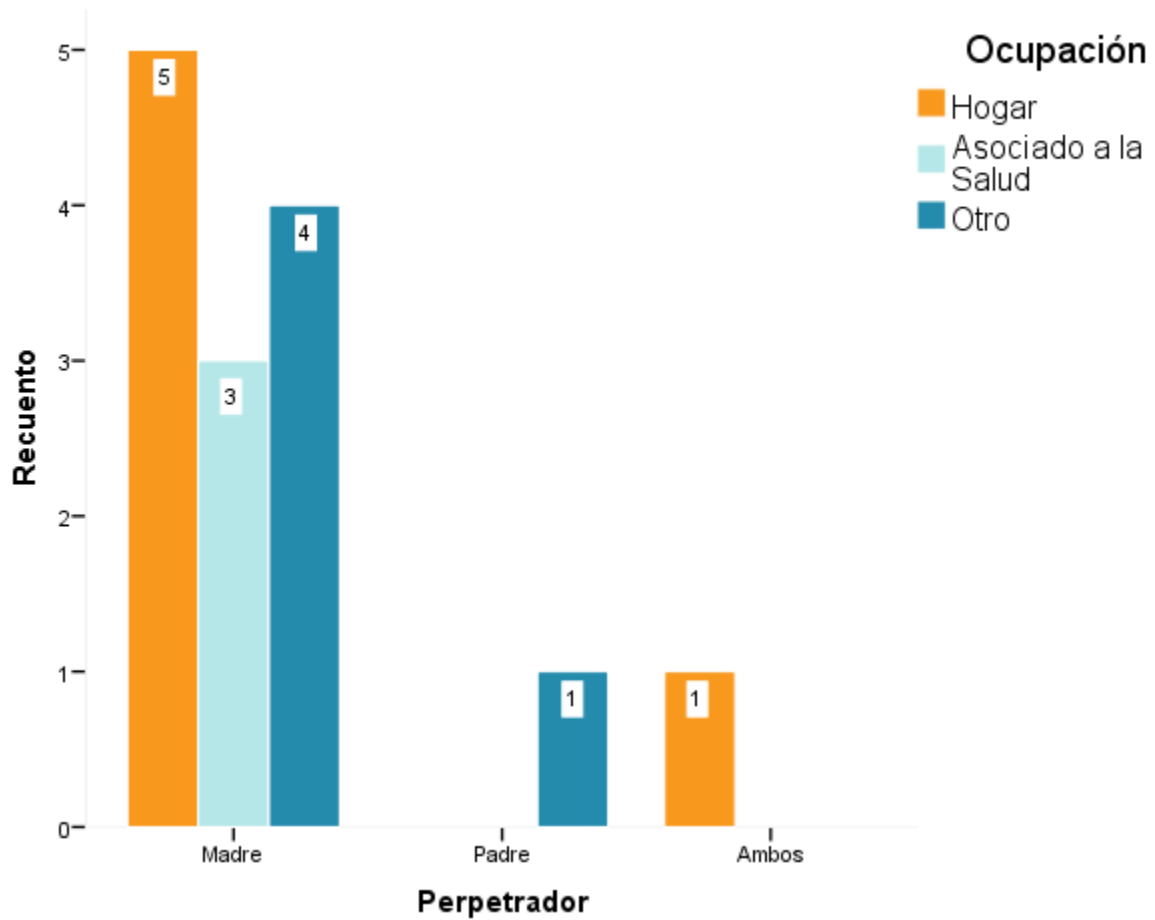
**Gráfica 5. Asociación entre estado civil y el familiar perpetrador**



**Tabla 8. Asociación entre el familiar perpetrador con su ocupación**

Perpetrador	Ocupación			Total
	Hogar	Asociado a la Salud	Otro	
Madre	5	3	4	12
Padre	0	0	1	1
Ambos	1	0	0	1
<b>Total</b>	<b>6</b>	<b>3</b>	<b>5</b>	<b>14</b>

**Grafica 6. Asociación del familiar perpetrador con su ocupación**



**Tabla 9. Frecuencia del uso de vocabulario médico por el perpetrador**

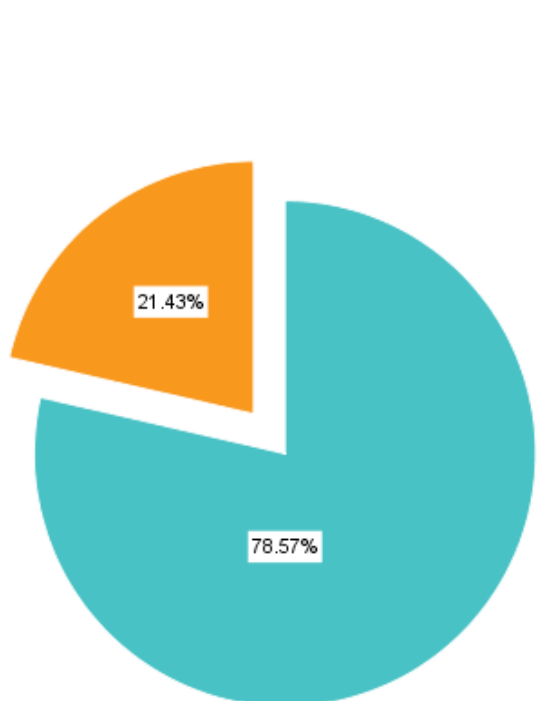
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Si	11	78.6	78.6
No	3	21.4	100.0
Total	14	100.0	



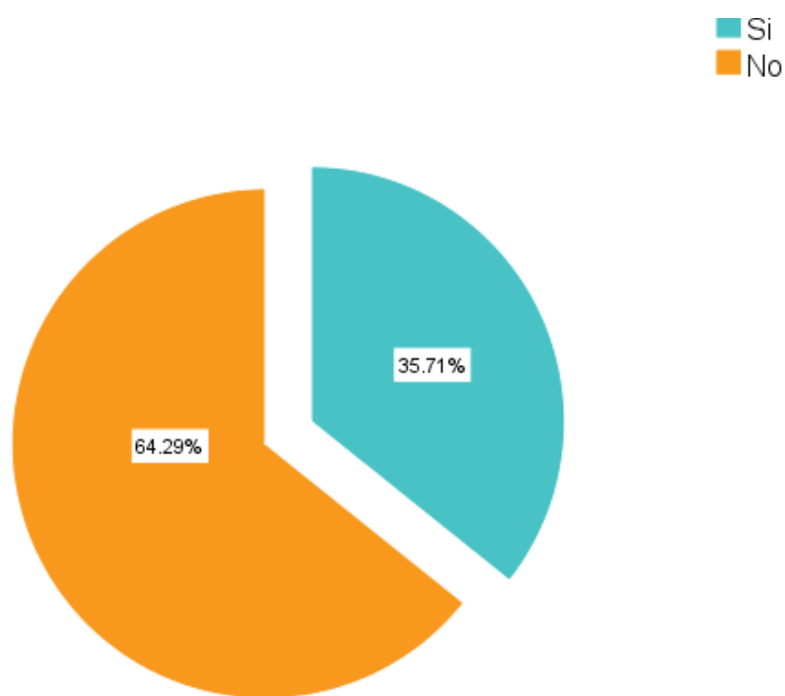
**Tabla 10. Frecuencia del uso de vocabulario médico por el perpetrador**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Si	5	35.7	35.7
No	9	64.3	100.0
Total	14	100.0	

**Gráfica 7. Frecuencia del uso de vocabulario médico por el perpetrador**



**Gráfica 8. Frecuencia de diagnóstico psiquiátrico en el perpetrador**



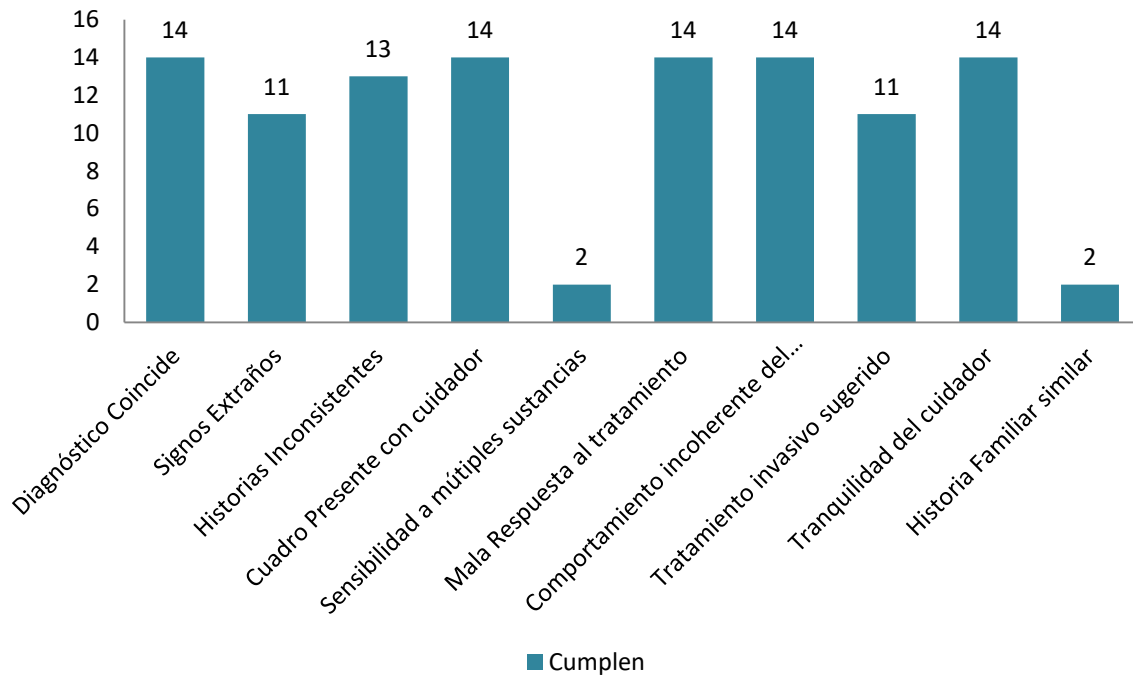
En cuanto a los criterios de Rosemberg que es una herramienta para determinar si se trata de un caso de MPP el primer criterio lo cumplió el 100% de los casos, El segundo criterio, Los signos o síntomas son extraños, lo cumplió el 78% de los casos; el criterio que habla de las inconsistencias de las historias de los síntomas lo cumplió el 96%. El 100% de los casos presentaron signos y síntomas que se presentaron en presencia del cuidador, mientras que el 14% presentó aparente sensibilidad a múltiples sustancias o medicamentos. Hablando de la enfermedad

el 100% no presentó adecuada respuesta a tratamientos usuales o presentó adecuada intolerancia al mismo. Al estudiar al cuidador, el 100% de los perpetradores no expresaron alivio al recibir informes de adecuada respuesta al tratamiento de la patología y el 78% de los perpetradores insistieron en realizar con procedimientos invasivos, doloroso y hospitalizaciones del paciente. El 100% no expresó angustia con la patología que aparentemente presentaba el paciente. Sin embargo únicamente el 14% cuenta con historia de enfermedad o muerte inusual de algún hermano del paciente. Lo antes mencionado es expuesto en la **tabla 11**.

**Tabla 11. Frecuencia en la que se cumplen los Criterios de Rosemberg**

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

**Gráfica 9. Frecuencia en la que se cumplen los Criterios de Rosemberg**



## 6. DISCUSIÓN

Los casos fueron seleccionados con el apoyo de los criterios de Rosemberg, los cuales son una herramienta en la integración del diagnóstico.(21). Se incluyeron los casos que cumplieran el 80% de estos criterios; se observó que los criterios que se cumplieron en un 100% fueron los siguientes: El diagnóstico no coincide con los hallazgos objetivos, los signos y síntomas se presentan en presencia del cuidador, la enfermedad no responde a tratamientos usuales o presenta una intolerancia inusual, el cuidador no expresa alivio cuando se le dice que el niño está mejorando o no tiene una enfermedad particular y por último el comportamiento del cuidador no coincide con la angustia expresada o el informe de síntomas (se muestra inusualmente tranquilo). Mientras que los criterios de aparente sensibilidad a múltiples sustancias o medicamentos y el hermano tiene o tuvo una enfermedad o muerte inusual o inexplicable estuvieron presentes únicamente en el 14%.

Como lo indica la bibliografía revisada, el cuidador que causa, de forma intencionada, daño a otra persona (3) es generalmente son madres de 19 a 32 años, que carecen de empleo y presentan una dinámica familiar desestructurada, madres solteras, separación (5). La información fue replicada en la población estudiada, en donde se observó que el 85.7% de los perpetradores se trataban de las madres de los pacientes, el 7.14% se trató del padre y otro 7.14% estaban involucrados ambos padres. En cuanto a la dinámica familiar se observó que el 46% de los perpetradores estaban casados, mientras que el 40% estaban separados; sin embargo los perpetradores que contaban con una pareja reportaron tener una mala comunicación y relación con ella. Con esto se concluye que nuestra población concuerda con las estadísticas publicadas.

Está reportado en la literatura que los trastornos facticios se relacionan con trastornos de la personalidad(6); se observó que el 35.71% de los perpetradores tenían un diagnóstico psiquiátrico establecido, sin embargo en los reportes realizados por trabajo social y el servicio de CAINM reportaban tintes de trastornos de la personalidad en el resto de los perpetradores.

Se han reportado en la literatura casos en los que los niños ayudan al cuidador a simular los síntomas sin ser presionados a hacerlo (4); encontrando en la población estudiada casos con estas características, presente en 5 de los 14 pacientes, representando el 35.7%. Los trastornos ficticios están relacionados fuertemente a personas que trabajan en el cuidado de la salud, en especial enfermería.(2); en los casos analizados el 28.5% contaban con algún tipo de formación en el ámbito médico y el 21.4% de las perpetradoras tenían una ocupación asociado a cuidados de la salud, por lo que se puede concluir que si se considera un factor predisponente contar con conocimiento, sin embargo no son indispensables para ser un perpetrador. Es un foco rojo cuando hay inconsistencias en el relato de las historias o cuentan con el antecedente de visitas a múltiples médicos en donde se ha reportado ausencia de enfermedad.(2)

En cuanto a las características del paciente, se observó que el género del paciente no es un factor de riesgo que lo vuelve más susceptible a este tipo de maltrato ya

que hubo 8 pacientes femeninos y 8 masculinos. En cuanto a la edad más afectada se trató de los 5 años de edad, teniendo el 21.43% de la población ésta edad al momento del diagnóstico. Hablando del tipo de falsificación, se observó que el más frecuente es la de compartir información falsa presente en el 92.8%, seguido por exageración de la información en el 71%. En la literatura se han reportado casos en los que se simulan los signos añadiendo sangre, azúcar o heces a las muestras de orina, entre otros (5) y alteraciones de las muestras de laboratorio, cargos falsos de abuso sexual y físico(15). En los casos analizados, se presentó un caso de simulación en donde el paciente sufría de hipoglucemias sin causa aparente, hasta que estas fueron asociadas a la administración de metformina por parte de la madre; Cabe destacar que la perpetradora de este caso tiene conocimientos médicos al estar cursando la licenciatura en enfermería. Otro caso analizado, presentaba “hematuria” persistente, hasta que se descubrió que la madre contaminaba las muestras de orina. Otros tipos de simulación presentados incluían reporte de fiebre de alto grado a decir por la madre durante la hospitalización del paciente, cuantificación de vómitos incorrectos, argumentando mala respuesta al plan A de hidratación y supuesta agresión sexual del paciente. Es importante recalcar que un mismo caso puede presentar varios tipos de falsificación en el transcurso del cuadro.

En la literatura está descrito que el perpetrador reporta supuestas afecciones, incluyendo varios aparatos y sistemas (6)(7)(8) En este análisis se observó que se reportaron patologías y/o síntomas a diferentes niveles; por ejemplo el sistema más afectado fueron las vías aéreas superiores como inferiores y a nivel gastrointestinal, presentes en un 78,5%, seguidos por sintomatología y/o patologías asociados al sistema nervioso central en 71%. Se reportaron síntomas urinarios y síntomas generales aislados en un 64.2%. La presentación cardiovascular y afección a nivel de genitales estuvieron presentes únicamente en el 35.7%, siendo los sistemas con menos reporte de afección el hematológico en 21.9% y el psiquiátrico en 7.1% en la población analizada. Se observó que el síntoma aislado que predomina en MPP fue la fiebre, presente en 71.9% de los casos.

## 7. CONCLUSIÓN

El síndrome de Munchausen por Poder es un tipo de maltrato infantil con un alto reto diagnóstico por la complejidad de los cuadros que presentan ya que puede verse involucrado cualquier signo y síntoma. Nos podemos apoyar en el historial médico, en donde llama la atención múltiples visitas a diferentes médicos, realización de diversos estudios innecesarios, hospitalizaciones, mala respuesta a múltiples tratamiento y reportes médicos sin sentido presentados por el cuidador(8). El objetivo principal de este trabajo es ofrecer un acercamiento a las principales características que se han encontrado en los niños diagnosticados con MPP en la Clínica de Atención Integral al Niño Maltratado del Instituto Nacional de Pediatría entre los que destacan madre como perpetrador, que presentan conflictos mala dinámica familiar. En su gran mayoría utilizan lenguaje médico a pesar de contar, o no, con conocimiento del área de la salud, sin embargo la complejidad de la patología y/o síntomas reportador por el perpetrador no tiene relación estrecha con el nivel de estudios. El afectado no tiene predilección de género, sin embargo es más común que inicie en la edad preescolar o escolar. El perpetrador argumentara con información falsa, exageración de los síntomas o aparente patología; se puede encontrar omisión de la información, sin embargo la incongruencia en las historias, la aparición de signos y/o síntomas únicamente en presencia del cuidador y la mala respuesta al tratamiento habitual son datos que nos deben de hacer sospechar del diagnóstico. Debemos de conocer que existe diversidad en el cuadro clínico reportado, ya que puede haber supuesta afección de cualquier aparato y/o sistemas, sin embargo se observó que el cuadro que involucran vías aéreas superiores como inferiores y el sistema gastrointestinal son los más frecuentes y el síntoma más común reportado fue la fiebre. Sin embargo por la falta de unificación del sistema de salud, así como la comunicación entre médicos dificulta el seguimiento de los casos con lo que se puede perpetuar el maltrato infantil. Las deficiencias que existen es la poca adherencia al seguimiento por parte del perpetrador, el cual es un gran problema ya que pierden fácilmente el seguimiento y alta probabilidad de recaída.

## 9. BIBLIOGRAFÍA

1. Association AP. Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5. 2014. 492 p.
2. Yates GP, Feldman MD. Factitious disorder: A systematic review of 455 cases in the professional literature. *Gen Hosp Psychiatry*. 2016;41:20–8.
3. Salort S, Irigoyen M. Cuando diagnosticamos al cuidador. *Psicosomática y Psiquiatría*. 2017;3(1):30.
4. Neglect SJ& the C on CA and. Beyond Munchausen syndrome by proxy: identification and treatment of child abuse in a medical setting. *Pediatrics*. 2007;119(2):026–30.
5. Goñi González T, Martínez Roda MJ, De La Cerda Ojeda F, Gómez De Terreros I. Síndrome de Munchausen por poderes. *An Pediatr*. 2008;68(6):609–11.
6. Bools CN, Neale BA, Meadow SR. Co-morbidity associated with fabricated illness (Munchausen syndrome by proxy). *Arch Dis Child*. 1992;67(1):77–9.
7. Bocchino Castro SS. Trastornos facticios. *Rev Psiquiatr Urug*. 2005;69(1):92–101.
8. Flaherty EG, MacMillan HL. Caregiver-fabricated illness in a child: A manifestation of child maltreatment. *Pediatrics*. 2013;132(3):590–7.
9. Astuto M, Minardi C, Rizzo G, Gullo A. Unexplained seizures in an infant. *Lancet*. 2009;373(9657):94.
10. Goldfarb J. A Physician's Perspective On Dealing with Cases of Munchausen by Proxy. *Clin Pediatr (Phila)*. 1998;37(3):187–9.
11. Jureidini J. Obstetric Factitious Disorder and Munchausen Syndrome by Proxy. *J Nerv Ment Dis*. 1993 Feb;181(2):135–6.
12. Lanzarone A, Nardello R, Conti E, Zerbo S, Argo A. Child abuse in a medical setting: Case illustrations of two variants of munchausen sindrome by proxy. *EuroMediterranean Biomed J*. 2017;12(10):47–50.
13. APSAC Taskforce. Munchausen by Proxy: Clinical and Case Management Guidance. *Am Prof Soc Abus Child*. 2017;1–29.
14. Barros AJS, Rosa RG, de Borba Telles LE, Taborda JGV. Attempted Serial

- Neonaticides: Case Report and a Brief Review of the Literature. *J Forensic Sci.* 2016;
15. Comas J.R. V V. Síndrome de Munchausen: cuadro clínico, diagnóstico diferencial y una propuesta de tratamiento. *Rev Fac Med UNAM.* 2005;48.
  16. Cujíño MF, Dávila A, Sármiento MM, Villarreal MI CR. Síndrome de Munchausen por poderes. *Rev Latinoam Psiquiatr.* 2012;11(2):66–65.
  17. Bauer KA. Covert video surveillance of parents suspected of child abuse: The British experience and alternative approaches. *Theor Med Bioeth.* 2004;25(4):311–27.
  18. Fulton DR. Early recognition of Munchausen Syndrome by Proxy. *Critical Care Nursing Quarterly.* 2000.
  19. Morrision CA. Cameras in hospital rooms: The fourth amendment to the constitution and Munchausen syndrome by Proxy. *Critical Care Nursing Quarterly.* 1999.
  20. Schreier, H. A., & Libow JA. Munchausen syndrome by proxy: Diagnosis and prevalence. *Am J Orthopsychiatry.* 1993;63(1):318–321.
  21. Rosenberg DA. Web of deceit: A literature review of Munchausen syndrome by proxy. *Child Abus Negl.* 1987;
  22. Paturej A, Pogonowska M, Kalicki B. Munchausen syndrome by proxy – a case report. *Pediatr i Med Rodz.* 2019;15(1):93–6.
  23. M. L. Catalina L. de Ugarte C. Moreno . Trastorno facticio con síntomas psicológicos. Diagnóstico y tratamiento. ¿Es útil la confrontación? *Actas Esp Psiquiatr* 2009;37(1):57-59



## 16. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.

Actividades	Fechas
Búsqueda bibliográfica	Mayo-julio 2020
MARCO TEORICO Antecedentes, Planteamiento del Problema	Agosto-septiembre 2020
Justificación, Objetivos (General y Específicos)	Octubre 2020
Material y métodos	Noviembre 2020
Plan de análisis	Noviembre-diciembre 2020
Recolección de la información	Enero-marzo 2021
Procesamiento de la información	Abril-junio 2021
Análisis de la información	Julio-septiembre 2021
Redacción de la tesis	Octubre 2021
Presentación de tesis	Noviembre 2021