



ARTÍCULO DE REVISIÓN

REVIEW ARTICLE

Recibido: 31/05/2020 Aceptado: 05/08/2020

**REVISIÓN SISTEMÁTICA DEL SÍNDROME DE MÜNCHHAUSEN POR
PODERES O TRASTORNO FACTICIO IMPUESTO A OTRO: PSICOBIOGRAFÍA
DE LA PERPETRADORA, EL PROCESO DE PEREGRINACIÓN HOSPITALARIA
Y SIGNOS DE ALARMA EN LA VÍCTIMA**

**THE MÜNCHHAUSEN SYNDROME BY PROXY: A SYSTEMATIC REVIEW.
PSYCHOBIOGRAPHY OF THE PERPETRATOR, HOSPITAL PILGRIMAGE PROCESS
AND VICTIMS' RED FLAGS**

I. Baena Marí¹, D. Beltrán Mallén², J. Pifarré Paredero³

¹Graduado en Medicina. Universitat de Lleida. Catalunya. ²Graduado en Medicina. Universidad de Zaragoza. Aragón.

³Doctor en medicina. Especialista en psiquiatría. Licenciado en psicología. Hospital Universitari de Santa María, Lleida. Catalunya.

Correspondencia: ismaelbaena7@gmail.com

Declaración de Conflicto de intereses: 1. Financiación: No se ha recibido ninguna financiación.

2. Contribución: Ismael Baena Marí (First author. Revisión y redacción), Josep Pifarré Paredero (Corresponding author. Tutorización y corrección), David Beltrán Mallén (Aportaciones en la redacción y revisión).

3. Los autores declaran la ausencia de potenciales conflictos de intereses.



ISSN 2565-0564

Psicosom. psiquiatr. 2020;14:39-48



RESUMEN

INTRODUCCIÓN: En 1977, Roy Medow acuña y describe el síndrome de Münchhausen por poderes como una enfermedad mental en la que una cuidadora miente al doctor sobre la salud de su hijo mediante la fabricación de signos físicos, la alteración del historial médico o la inducción de síntomas. En la actualidad, es recogido en el DSM-5 bajo el nombre de trastorno facticio impuesto a otro. Se estima que afecta a 0.2 – 2 cada 100.000 niños menores de 16 años.

OBJETIVO: Aportar información sobre la psicobiografía de la perpetradora diagnosticada de trastorno facticio impuesto a otro, con el objetivo de establecer un perfil de sospecha en aquellas presentaciones médicas inusuales en la práctica clínica.

MÉTODOS: Revisión sistemática de los artículos publicados desde el año 2000 en la base de datos PubMed, que incorporen los términos "Münchhausen syndrome by proxy" y "factitious disorder". Se incluyeron libros y documentos, artículos de revistas científicas y revisiones en inglés y castellano. Se excluyeron aquellos artículos con una muestra menor a 20 casos analizados.

RESULTADOS: La perpetradora se dibuja generalmente como la madre de la víctima en la mayoría de los casos, con unos antecedentes vívidos de maltrato infantil y de abusos de distinta índole. Gran parte de estas, recibieron atención psiquiátrica en la infancia, y también en la vida adulta. Suelen presentar comorbilidades psicopatológicas, en especial el trastorno facticio impuesto a uno mismo y los trastornos de personalidad, sobrepasando el límite. Por otro lado, la víctima es habitualmente un menor de 5 años, con una morbilidad importante. La peregrinación hospitalaria, la necesidad de ingresos hospitalarios prolongados, así como la realización de intervenciones invasivas, son consecuencias evidentes en estos menores.

CONCLUSIONES: Si bien es cierto que en esta revisión se han arrojado cifras al respecto, no sería correcto utilizar estos resultados categóricamente, ya que se han dado casos en la literatura médica de perpetradoras que no eran figuras femeninas, y de víctimas que no eran menores. Para futuros estudios, sería interesante observar a nivel retrospectivo la aparición de patología psiquiátrica en las víctimas y valorar la posibilidad de la repetición de determinados roles de maltrato.

Palabras clave: Síndrome de Münchhausen por poderes. Trastorno facticio. Abuso médico infantil. Falsificación de enfermedad pediátrica.

ABSTRACT

BACKGROUND: In 1977, Roy Medow named and described Münchhausen's syndrome by proxy as a mental illness in which a caregiver lies to the doctor about his child's health situation by making physical signs, altering the medical history or inducing symptoms. Currently, it is collected in DSM-5 under the name of factitious disorder imposed on another. It is estimated to affect 0.2 - 2 per 100,000 children under the age of 16.

OBJECTIVE: Provide information about the psychobiography of the perpetrator diagnosed with factitious disorder imposed on another, with the aim of establishing a suspicious profile in those unusual medical presentations in clinical practice.

METHODS: Systematic review of articles published since 2000 in the PubMed database, incorporating the terms "Münchhausen syndrome by proxy" and "factitious disorder". Books and documents, articles from scientific journals and reviews were included, in both English and Spanish. Those articles whose sample was less than 20 analyzed cases were excluded.

RESULTS: The perpetrator is generally portrayed as the victim's mother in most cases, with a vivid history of child abuse and abuse of various kinds. Most of them received psychiatric care in childhood, and also during adult life. They usually present psychopathological comorbidities, especially factitious disorder imposed on self and personality disorders, especially the Borderline personality disorder. On the other hand, the victim is usually a child under the age of 5, with significant morbidity. Hospital pilgrimage, the need for prolonged hospital admissions, as well as invasive procedures, are obvious consequences in these minors.

CONCLUSIONS: Although it is true that figures have been produced in this review, it would not be correct to use these results categorically, since there have been cases in the medical literature of perpetrators who were not female figures, and of victims who were not minors. For future studies, it would be interesting to retrospectively observe the appearance of psychiatric pathology in victims and assess the possibility of the repetition of certain roles of abuse.

Keywords: Münchhausen syndrome by proxy. Factitious disorder. Medical child abuse. Pediatric condition falsification.



INTRODUCCIÓN

El trastorno mental lleva el nombre de Karl Friedrich Hieronymus, barón von Münchhausen (1720-1797), un noble alemán militar del siglo XVIII. Finalizada su dilatada vida profesional, se dedicó a recordar sus hazañas bélicas adornándolas con exageraciones y detalles inverosímiles. Provocaban gran fascinación en la aristocracia, que rápidamente le atribuyeron la imagen de excéntrico y fanfarrón (Gautier, 2003, p. 8). Ocurrencias como vivir durante una larga temporada en el estómago de una ballena, cabalgar sobre una bala de cañón o viajar a la luna, fueron recopiladas en 1785 en forma de relato por Rudolf Erich Raspe en *The Surprising Adventures of Baron Münchhausen* (Raspe, 2008). Arraigada la fama delirante y embustera del barón, empieza a ser usado su nombre por Richard Asher (1951) para dar nombre a un trastorno psiquiátrico: El síndrome de Münchhausen, en el que el individuo finge sus propias dolencias, con el fin de asumir el rol de enfermo.

Roy Meadow (1977) acuña un nuevo trastorno contralateral que no debe confundirse con el anterior: El síndrome de Münchhausen por poderes, condicionando una fuerte dependencia del perpetrador a sentirse necesitado por su víctima. El médico británico, lo definió como el acto de mentir al doctor sobre la salud de un hijo mediante la fabricación de signos físicos, la alteración del historial médico o la inducción de síntomas.

Los estudios epidemiológicos sugieren que su incidencia anual es de 0.5 – 2 por 100.000 niños por debajo de los 16 años (Bass y Glaser, 2014; Eichner, 2016), variando la cifra a 2.8 por 100.000 en menores de 1 año (McClure, Davis, Meadow y Sibert, 1996). Si bien la literatura médica hace referencia mayoritariamente a las víctimas en edad pediátrica, no son excluibles los adultos y ancianos en esta entidad^{8,9}; no se tratará en esta revisión. Se estudiará especialmente el perfil de la perpetradora debido a la especificidad de los patrones en la víctima y a la variabilidad amplia que puede existir en las formas de maltrato. Además, se centrará este artículo en la figura de ésta, por la especial relevancia en nuestro campo desde el punto de vista de comorbilidad patológica.

En la tabla 1, se detalla la evolución del trastorno en cuestiones de terminología. En esta revisión, siguiendo la Asociación Americana de Psiquiatría (2013), con los criterios diagnósticos del DSM-5 en la tabla 2, se hará mención del síndrome como trastorno facticio impuesto a otro (FDIA).

OBJETIVOS

Aportar información sobre la psicobiografía de la perpetradora diagnosticada de trastorno facticio impuesto a otro, con el objetivo de establecer un perfil de sospecha en aquellas presentaciones médicas inusuales en la práctica clínica.

MÉTODOS

Revisión sistemática en la que se realizó una búsqueda bibliográfica mediante la base de datos PubMed por su extensa cobertura, con un intervalo temporal desde el año 2000 hasta la actualidad. Se incluyeron artículos en inglés y español con acceso al texto completo. Se emplearon los términos de búsqueda MeSH "Munchausen Syndrome by proxy" y "factitious disorder", ambos términos de condición de búsqueda necesaria. Aunque la segunda nomenclatura es la actualmente aceptada según el DSM-4, así como su última edición, su terminología mencionada como un síndrome es coloquialmente más conocida. La búsqueda se realizó en marzo de 2020. En este punto, se inició la selección de inclusión y exclusión en base a unos criterios para asegurar la comparabilidad y objetividad:

- Estar publicados en inglés o castellano.
- Uso de metodología cuantitativa en la demostración de resultados propios.

Se excluyeron los artículos:

- Cuyos resultados se fundamenten en muestras inferiores a 20 casos analizados.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Finalmente, un total de 5 artículos cumplían los requisitos de esta revisión sistemática (Fig. 1).

Los métodos y materiales, la muestra, así como los resultados ordenados por variables analizadas en común, están representados en la tabla 3. En ésta, se incorporan los estudios analizados en la revisión sistemática, organizados según el tamaño de su muestra.

PERFIL DE LA PERPETRADORA

Aunque es difícil determinar un perfil claro, se ha estudiado en la literatura médica un modelo de sospecha a correlacionar con el contexto. Yates y Bass (2017) con una muestra de 796 casos contemplaron que un 97.6% (n=662/678) co-

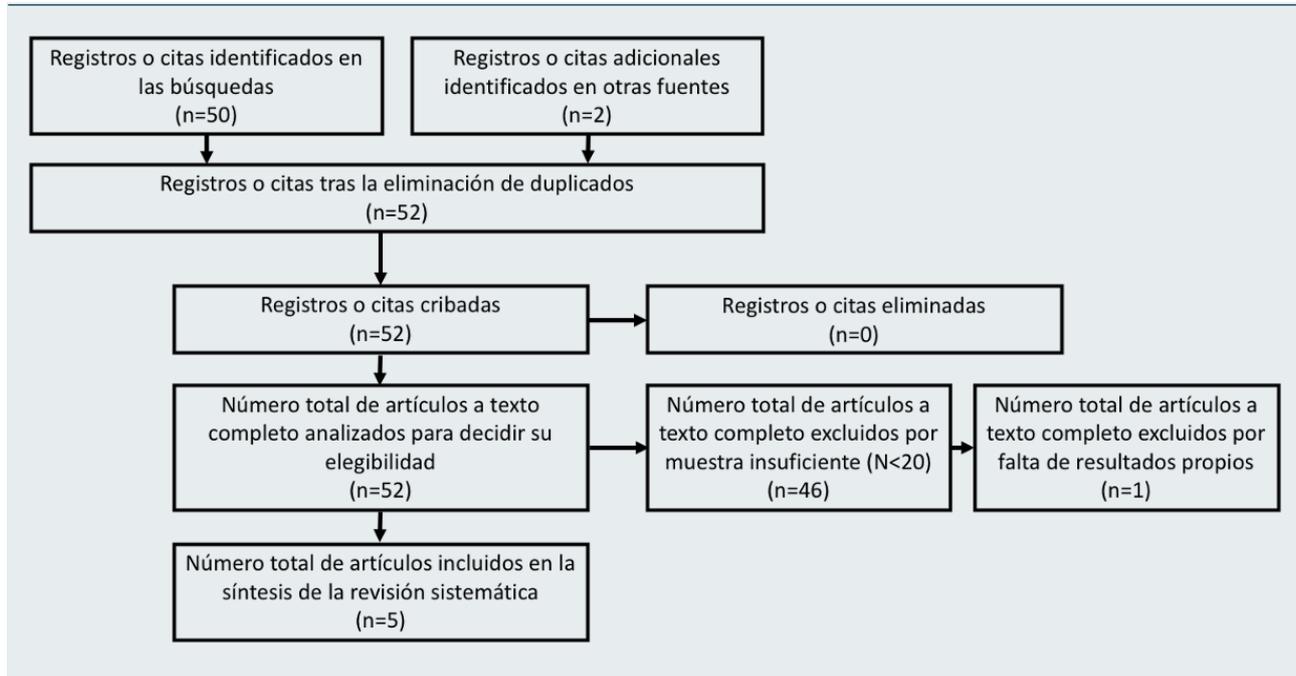


Figura 1. Diagrama de flujo basado en la declaración prisma.

Tabla 1. Evolución: diferentes terminologías recogidas para un mismo cuadro.

FUENTE	TERMINOLOGÍA	AÑO Y LUGAR
APA, DSM-4	Fictitious Disorder by Proxy (FDP, FDbP)	1994, U.S.
Department of Health (An Roinn Sláinte)	Induced Illness, Münchhausen Syndrome by Proxy (MSbP)	1999, IE
APSAC	Pediatric Condition Falsification (PCF)	2002, U.S.
RCPCH	Fabricated or Induced Illness by Carers (FIIC)	2002, U.K.
APA, DSM-5	Factitious Disorder Imposed on Another (FDIA)	2013, U.S.
CIE-10-ES	Trastorno facticio impuesto a otro	2020, ES

Fuente: Elaboración propia.

Abreviaturas - APA: Asociación Estadounidense de Psiquiatría; DSM-4: 4ª Edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales; APSAC: American Professional Society on the Abuse of Children; RCPCH: The Royal College of Paediatrics and Child Health; DSM-5: 5ª Edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales; CIE-10-ES: Clasificación Internacional de Enfermedades, 10ª edición, España; U.S.: Estados Unidos; IE: Irlanda; U.K.: Reino Unido; ES: España.

Tabla 2. Criterios diagnósticos (DSM-5) del trastorno facticio aplicado a otro (FDIA).

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.

Fuente: Elaboración propia basada en la Asociación Americana de Psiquiatría (2013).

Nota: El diagnóstico se aplica al autor. No a la víctima; se le puede hacer un diagnóstico de maltrato.



Tabla 3. Características metodológicas y resultados de los estudios eje de esta revisión.

AUTOR	MATERIAL Y MÉTODOS	MUESTRA	RESULTADOS
(Yates y Bass, 2017)	Revisión sistemática de casos y series (250) en MEDLINE, EMBASE y Web of Science. (1965 – 2016)	N= 796 casos	<p>LA PERPETRADORA</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mujer (97.6%) - Madre de la víctima (95.6%) - Edad media: 27.6 años - Casadas (75.8%) - Cerca de la mitad: profesiones sanitarias - Complicaciones obstétricas (23.5%) - Antecedentes de maltrato infantil (30%) <p>COMORBILIDADES PSICOPATOLÓGICAS</p> <ul style="list-style-type: none"> - FDIOS (30.9%) - TP (18.6%) - Limite - Depresión (14.2%) - Abuso de tóxicos (14.2%) - Otros: 16.3% - No: 4.59% <p>MÉTODO DE ABUSO</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se combinan métodos - Inducción (57.4%) - Fabricación mediante palabras (45.9%) - Simulación (21.7%) - Persistencia de fabricación durante hospitalización (54.4%) - Cooperación de la víctima (14.2%)
(Sheridan, 2003)	Revisión de artículos (154) en revistas en MedLine, Internet Grateful Med, CINAHL, and Psychlit (1972 – 1999)	N= 451 casos	<p>LA PERPETRADORA</p> <ul style="list-style-type: none"> - Madre de la víctima (76.5%) - Padre de la víctima (6.7%) - Conocimientos y experiencias en el ámbito sanitario (14.2%) <p>COMORBILIDADES PSICOPATOLÓGICAS</p> <ul style="list-style-type: none"> - FDIOS (29.3%) - Antecedentes de abuso en la infancia o en relaciones sentimentales (21.7%) - Reconocimiento de los comportamientos (parcialmente) (11.1%) <p>LA VÍCTIMA</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sexo masculino (52%) - Raza caucásica (78.8%) - Edad promedio al DX: 48.6 meses - Número promedio de SX: 3.2 - Tiempo promedio: 21.8 meses - Muerte: 6%; Daño permanente a largo plazo (morbilidad): 7.3%; Muerte de un hermano: 25%; Enfermedad sospechosa en hermano: 61.3%;
(Ali-Panzarella et al., 2017)	Estudio de serie de casos; confirmados por audio/video vigilancia en un servicio de AD pediátrica. (1997 – 2017)	N= 36 casos	<p>INGRESOS HOSPITALARIOS</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ingreso por los SX con <6 años (67%) - Antecedentes de múltiples hospitalizaciones previas: 31/36 - ≥5 ingresos previos al DX (38%) - Diagnosticados en el 1º ingreso: 5/36. Mediana (1 a hospitalización hasta DX): 15 meses <p>ESPECIALISTAS IMPLICADOS</p> <ul style="list-style-type: none"> - AD: 2/3 de los casos - NEM (50%) - NRL (40%) - Otros (en orden): Cirugía, PSQ, ORL, CAR y Alergología. - Procedimientos invasivos y cirugías: 9/36 <p>LA VÍCTIMA</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sexo femenino (53%) - Raza caucásica (91%) - ≤5 años (61%) - Mediana de edad al DX: 2 años (2 meses – 17 años) - Primer nacimiento (58%). Medicaid (72%)



Tabla 3. Continuación

	LA PERPETRADORA	COMORBILIDADES PSICOPATOLÓGICAS	LA VÍCTIMA
(Bass y Jones, 2011)	Estudio de serie de casos (1996 – 2009)	N= 28 casos (diagnóstico supuesto)	
	<ul style="list-style-type: none"> - Mujeres (100%) - Edad media: 31.3 años (21 – 48) - Casadas (43%) - Auxiliares de enfermería (14%) - Desempleadas (53%) Subsidio de vida por discapacidad (25%) - Casa de acogida (39%) - Padre encarcelado (11%) - Pérdida de progenitor <11 años (86%) 	<ul style="list-style-type: none"> - TP (75%): Antisocial, límite, histriónico y ansioso/dependiente. - TS (57%). TF (64%). Autolección (53%) - TF + TS (64%) - TF + TS + autolesión (28%) - Únicamente TS (14%) * Ver figura 1 - Tto por trastornos del ánimo (50%) - Mitomanía (61%). Embarazo psicológico (19%) 	<ul style="list-style-type: none"> - Mujeres (64%) - ≤ 5 años (75%) - Tenían hermanos (75%). Solo 1 era víctima, excepto: 2 pares de gemelos. Ambos abusados.
	<ul style="list-style-type: none"> - APP: Histerectomía (11%) - Pseudoconvulsiones (32%); Asma no confirmada (32%), quejas físicas >2 años de causa no orgánica demostrada (57%) Frecuent: de NRL, GE, OBG y URG. - Abusos infancia (54%); Abuso sexual infancia (43%); Abuso físico severo (25%)* Fr. craneo en 1r año de vida: 2/28 	<ul style="list-style-type: none"> - ESPECIALISTAS IMPLICADOS - Recibieron DX NRL (61%) - Epilepsia (7%), episodios anóxicos, ataxia o TDAH. - 7/28 convulsiones no-epilepticas(25%) 	<ul style="list-style-type: none"> - MÉTODO DE ABUSO - Fabricación de la enfermedad (71%) - Inducción de la enfermedad (46%) - Combinación de ambas (23%)
		<ul style="list-style-type: none"> - Atención psiquiátrica A) Temprana (61%) al promedio de 14.14 años (9 – 16). Rechazo escolar; TCA, encopresis, ansiedad, depresión. B) Vida adulta: Ingreso (21%); Tto ambulatorio (71%) - Delitos: Robo en tiendas (21%); Incendio premeditado: 2/28 (7%); Acoso policial con llamadas falsas: 2/28 (7%) 	



Tabla 3. Continuación

LA PERPETRADORA	COMORBILIDADES PSICOPATOLÓGICAS	LA VÍCTIMA
<p>N= 21 familias</p> <p>Encuesta a 11 médicos especialistas en abuso infantil en Japón.</p> <p>(Fujiiwara et al., 2008)</p>	<p>- Madre biológica (95%). Padre biológico (9.5%) solo o con madre.</p> <p>- Progenitor soltero (28.6%)</p> <p>- Edad: 20-29 (40%), 30-39 (45%), >40 (15%)</p> <p>- Antecedentes/parientes dedicados a trabajos sanitarios (5%). Medical 'background': 100%</p>	<p>- No diferencia relacionadas con el sexo</p> <p>- Edad promedio del DX: 4.6 años</p> <p>- Duración promedio del abuso: 1.9 años</p> <p>- Cirugías (23.8%)</p> <p>MÉTODO DE ABUSO: Producido (57.1%), Simulado (28.6%); Ambos (14.3%)</p>
INGRESOS HOSPITALARIOS	MÉTODO CONFIRMACIÓN	SOSPECHA
<p>- Hospitalización víctima (85%)</p> <p>≤3 meses(45%); 4-6 meses (15%)</p> <p>7-12 meses (20%); ≥1 año (5%)</p> <p>- N° de hospitales peregrinados</p> <p>1 (19%); 2-4 (52.4%); ≥5 (28.6%)</p> <p>- Tipo de SX. A. Físicos (85.7%); GI (57.1%); convulsiones (23.8%); sepsis (9.5%); DI (9.5%). B. Psicológicos (23.8%), TEPT (9.5%). Alteración cond. (14.3%)</p>	<p>- Separación (57.1%)</p> <p>- Observación de la víctima (19%)</p> <p>- Otros (23.8%)</p> <p>LUGAR: Hospital (66.7%); Casa (19%); Otro (14.3%)</p>	<p>- Curso inusual de la enfermedad (38.1%)</p> <p>- Discrepancia de información de la enfermedad (14.3%)</p> <p>- Mejoría en ausencia de la madre (4.8%)</p> <p>- Discrepancia entre SX y explic. (9.5%)</p> <p>- Evidencia médica; SX producidos por inyección de sustancias extrañas (9.5%)</p> <p>- Testigo de la perpetración (9.5%)</p> <p>- Inf. de otros hospitales (14.3%)</p>

Fuente: Elaboración propia.

Abreviaturas - FDIOS: Trastorno facticio impuesto a uno mismo; TP: Trastorno de personalidad; DX: Diagnóstico; SX: Síntoma; AD: Aparato Digestivo; NEM: Neumología; NRL: Neurología; PSQ: Psiquiatría; ORL: Otorrinolaringología; CAR: Cardiología; APP: Antecedentes personales patológicos; TS: Trastorno de somatización; TF: Trastorno facticio; fto: Tratamiento; DSM: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales; TCA: Trastornos de conducta alimentaria; TD: Trastorno disociativo; TDAH: Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad. TEPT: Trastorno de estrés posttraumático; TPL: Trastorno límite de la personalidad; TPH: Trastorno histriónico de la personalidad; GI: Gastrointestinales; DI: Diabetes Insipida; Eplic.: Explicación; Inf.: Información

Nota: Los trabajos referenciados en la tabla han sido ordenados según el número de la muestra analizada. *Medicaid: Es un programa de seguros de salud del Gobierno de U.S. para la gente necesitada.



respondía a una figura femenina, especialmente la madre biológica de la víctima en un 95.58% (n=648/678) de los casos; Fujiwara, Okuyama, Kasahara y Nakamura (2008) también apoyaban esta última cifra en 21 familias observadas, mientras que Sheridan (2003) colocaba este porcentaje en un 76.5% (n=345/451) de las 451 perpetradoras del estudio. Los padres biológicos obtenían un 6.7% (n=30/451) en dicha serie. Por lo que hace a la edad media, se situaba alrededor de la tercera década y cerca de la mitad se dedicaban aparentemente a profesiones sanitarias (Yates y Bass, 2017; Bass y Jones, 2011).

En la infancia de las perpetradoras, existe un nexo común de maltrato infantil en un 30% (n=176/586) (Yates y Bass, 2017). Un 43% (n=12/28) recibieron abusos sexuales, mientras que un 25% (n=7/28) fueron víctimas de abuso físico severo; 2 de 28 perpetradoras en el estudio de Bass y Jones (2011), presentaron fracturas de cráneo en el primer año de vida. Además, un 39% (n=11/28) había residido en casas de acogida y un 86% (n=24/28) había perdido un progenitor antes de los 11 años. En esta revisión, también se indica que habían sido frecuentadoras de los servicios de Neurología, Aparato Digestivo, Urgencias y Ginecología y Obstetricia (Bass y Jones, 2011). A destacar, un 23.5% (n=92/391) presentaron complicaciones obstétricas durante sus gestaciones (Yates y Bass, 2017).

Comorbilidades psicopatológicas

Un 61% (n=17/28) de las perpetradoras recibieron atención psiquiátrica temprana al promedio de 14 años. En la vida adulta, la mayoría había estado en contacto con Psiquiatría; un 71% (n=20/28) había recibido tratamiento ambulatorio y un 21% (n=6/28) había requerido ingreso (Bass y Jones, 2011).

El trastorno facticio impuesto a uno mismo y los trastornos de personalidad fueron las alteraciones psiquiátricas más habituales. Un 30,9% (n= 148/479) en el primer trastorno (Yates y Bass, 2017). En los trastornos de personalidad, los resultados fueron más variables; Yates y Bass (2017) observaron un 18.6% (n=89/479), en especial el límite, mientras que Bass y Jones (2011) concluyeron un 75% (n=21/28), frecuencia más alta, pero en una muestra menor de 28 cuidadoras, considerando adicionalmente al trastorno límite de la personalidad, el trastorno de personalidad histriónico, el antisocial y el dependiente. Otras alteraciones de importancia en esta última serie, fueron el trastorno de somatización (57%) y las

conductas autolesivas (53%), así como la pseudología fantástica (61%) y el embarazo psicológico (19%).

Otros estudios apreciaron también, aunque en menor medida, la depresión con un 14.2% (n=68/479) y el abuso de tóxicos en mismo porcentaje que la depresión (n=68/479) (Yates y Bass, 2017), el trastorno disociativo en un 11.1% (n=21), los trastornos de conducta alimentaria en el 5.6% (n=21) y el trastorno de estrés postraumático 5.5% (n=21) (Fujiwara et al., 2008)

PERFIL DE LA VÍCTIMA Y MÉTODO DE ABUSO

Los resultados relacionados con el sexo de las víctimas fueron divergentes, Sheridan (2003) observó que un 52% (n=214/415) eran varones, mientras que Bass y Jones (2011) concluyó que un 64% (n=8/28) eran mujeres. Fujiwara et al. (2008) no encontró diferencias. Entre un 78.8 – 91% eran caucásicos (Fujiwara et al., 2008; Sheridan, 2003; Ali-Panzarella, Bryant, Marcovitch y Lewis, 2017). Entre un 61 – 75% eran menores de 5 años (Bass y Jones, 2011; Ali-Panzarella et al. 2017), situando la edad media al diagnóstico entre los 4 – 4,6 años (Sheridan 2003; Fujiwara et al., 2008) con una duración promedio del abuso de 1.9 años (Fujiwara et al., 2008). Según los 36 casos de Ali-Panzarella et al. (2017), un 56% (n=20/36) eran fruto del primer nacimiento y un 72% (N=26/36) estaban dentro del programa para gente necesitada Medicaid. Por lo que hace a la morbilidad, en las series de Sheridan (2003) un 6% (n=27/451) de las víctimas fallecieron y un 23% (n=104/451) sufrieron secuelas. Un 61.3% (n=276/451) de las víctimas tenían un hermano con una enfermedad similar o sospechosa, registrando un 25% (n=112/451) de mortalidad en los mismos. En cuanto a los síntomas, los gastrointestinales y los neurológicos fueron los más frecuentes (Fujiwara et al., 2008; Bass y Jones, 2011; Ali-Panzarella et al. 2017).

Las perpetradoras combinan diferentes métodos de abuso: Aproximadamente la mitad empleaba la inducción de síntomas (Yates y Bass, 2017; Fujiwara et al., 2008; Bass y Jones, 2011). También se recurría a la fabricación verbal y a la simulación (Yates y Bass, 2017). Es importante anotar que en un 54.4% (n=168/309) existía una persistencia de los actos durante la estancia hospitalaria (Yates y Bass, 2017). La sospecha se estableció principalmente por el curso inusual de la enfermedad, por discrepancias de información, así como por testigos del abuso y evidencia científica toxicológica (Fujiwara et al., 2008).



PEREGRINACIÓN HOSPITALARIA: INGRESOS

Ali-Panzarella et al. (2017) indican que un 38% (n=14/36) de las víctimas acumulan 5 ingresos o más. Habían peregrinado en 2-4 hospitales la mitad de los niños, mientras que un 28.6% (n=10/36) en más de 5. La duración, en el 85% (n=18/21) de los niños que habían requerido ingreso, fue menor de 3 meses en un 45% (n=9/21), mientras que un 5% (n=1/21) requirió más de un año (Fujiwara et al., 2008). Durante las estancias participaron múltiples especialistas (Ali-Panzarella et al., 2017; Ban y Shaw, 2019), realizando procedimientos invasivos o quirúrgicos en 1 de cada 4 víctimas (Fujiwara et al., 2008; Ali-Panzarella et al., 2017).

CONCLUSIONES

La búsqueda bibliográfica demostró la diversidad de factores analizados y la dificultad de estudiar casos debido a la alta complejidad que supone hacer un diagnóstico de certeza. A pesar de ello, existe una fuerte concordancia en los resultados de los estudios seleccionados para esta revisión exceptuando el sexo de la víctima y la presencia de trastornos de personalidad en distintos porcentajes. Con esta homogeneidad resolutoria, se pudieron comparar los resultados a pesar de las diferencias en el tamaño muestral. Sin embargo, se debe tener en cuenta que, tras analizar el riesgo de sesgo de la presente revisión, algunos artículos como el de Bass y Jones (2011) y Fujiwara et al. (2008) presentaban algunas limitaciones en su diseño metodológico, las cuales podrían afectar en la calidad de la evidencia de sus datos. Bass y Jones (2011) extrae sus resultados de casos de diagnóstico probable, a diferencia del estudio de Ali-Panzarella et al. (2017), en el que sus 36 casos habían sido confirmados por audio o video vigilancia en un servicio de gastroenterología pediátrica. La revisión sistemática efectuada por Yates y Bass (2017) aporta un mayor nivel de evidencia por su adecuación a la guía PRISMA y a su muestra significativa de 796 perpetradoras con un análisis exhausto y adecuado de múltiples variables.

Además, tanto el estudio de Sheridan (2003), como el de Yates y Bass (2017), presentan sesgos de publicación debido a que su muestra se fundamenta en el análisis de casos publicados por su excepcionalidad, quedando relegados a segundo plano los casos cotidianos. Por otro lado, los autores de los demás estudios incluyeron en sus estadísticas todos los casos publicados sin cribar los casos confirmados

y los casos sospechosos. A excepción, Ali-Panzarella et al. (2017) únicamente integraron las familias confirmadas en su servicio. Asimismo, los casos en la literatura médica que fueron utilizados por los estudios seleccionados no habían sido realizados en su totalidad por especialistas en psiquiatría, por lo que supone una limitación a la hora de determinar la psicopatología de la perpetradora.

Por tanto, a partir de estos resultados observamos que la perpetradora se dibuja generalmente como la madre de la víctima, con unos antecedentes vividos de maltrato infantil y de abusos de distinta índole. En la vida adulta, se traduce en comorbilidades psiquiátricas que se evidencian en esta revisión. Por lo que hace a la víctima, se sitúa habitualmente en un menor de 5 años en la que se realizan intervenciones invasivas durante la peregrinación hospitalaria, teniendo en cuenta que durante los ingresos persiste habitualmente el abuso. No obstante, no es correcto utilizar estos resultados para aceptar o rechazar de manera categórica una sospecha, ya que, si bien en esta revisión se han arrojado cifras al respecto, no todas las perpetradoras son siempre figuras femeninas, ni todas las víctimas son siempre menores.

Para futuros estudios, sería interesante observar a nivel retrospectivo la aparición de patología psiquiátrica en las víctimas y valorar la posibilidad de la repetición de determinados roles de maltrato.

DECLARACIÓN DE AUTORÍA, BUENAS PRÁCTICAS Y CESIÓN DE DERECHOS.

1. Financiación: No se ha recibido ninguna financiación.
2. Contribución: Ismael Baena Marí (First author. Revisión y redacción), Josep Pifarré Paredero (Corresponding author. Tutorización y corrección), David Beltrán Mallén (Aportaciones en la redacción y revisión).
3. Los autores declaran la ausencia de potenciales conflictos de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ali-Panzarella, A. Z., Bryant, T. J., Marcovitch, H., & Lewis, J. D. (2017). Medical child abuse (Munchausen syndrome by proxy): multidisciplinary approach from a pediatric gastroenterology perspective. *Current gastroenterology reports*, 19(4), 14.
2. American Psychiatric Association. (2014). Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5: Spanish Edition of the Desk Reference to the Diagnostic Criteria From DSM-5. American Psychiatric Pub.



3. Asher, R. (1951). Münchhausen syndrome. *Lancet*, 1(6650), 339-41.
4. Ban, S., & Shaw, D. (2019). Fabricated or induced illness in a child. *British Journal of Nursing*, 28(20), 1288-1290.
5. Bass, C., & Glaser, D. (2014). Early recognition and management of fabricated or induced illness in children. *The Lancet*, 383(9926), 1412-1421.
6. Bass, C., & Jones, D. (2011). Psychopathology of perpetrators of fabricated or induced illness in children: case series. *The British Journal of Psychiatry*, 199(2), 113-118.
7. Burton, M. C., Warren, M. B., Lapid, M. I., & Bostwick, J. M. (2015). Münchhausen syndrome by adult proxy: A review of the literature. *Journal of hospital medicine*, 10(1), 32-35.
8. Doughty, K., Rood, C., Patel, A., Thackeray, J. D., & Brink, F. W. (2016). Neurological manifestations of medical child abuse. *Pediatric neurology*, 54, 22-28.
9. Eichner, M. (2016). *Bad Medicine: Parents, the State, and the Charge of Medical Child Abuse*. *UCDL Rev.*, 50, 205.
10. Fujiwara, T., Okuyama, M., Kasahara, M., & Nakamura, A. (2008). Characteristics of hospital-based Münchhausen Syndrome by Proxy in Japan. *Child abuse & neglect*, 32(4), 503-509.
11. Gautier, T. (2003). Prólogo. En *Las aventuras del Barón de Münchhausen* (pp. 8-9). Barcelona: Editorial del cardo.
12. McClure, R. J., Davis, P. M., Meadow, S. R., & Sibert, J. R. (1996). Epidemiology of Münchhausen syndrome by proxy, non-accidental poisoning, and non-accidental suffocation. *Archives of disease in childhood*, 75(1), 57-61.
13. Meadow, R. (1977). Münchhausen syndrome by proxy the hinterland of child abuse. *The Lancet*, 310(8033), 343-345.
14. Raspe, R. E. (2017). *The surprising adventures of Baron Münchhausen Adventures of Baron Münchhausen*. The Floating Press.
15. Sheridan, M. S. (2003). The deceit continues: an updated literature review of Münchhausen syndrome by proxy. *Child abuse & neglect*, 27(4), 431-451.
16. Sigal, M. D., Altmark, D., & Carmel, I. (1986). Münchhausen syndrome by adult proxy: a perpetrator abusing two adults. *Journal of nervous and mental disease*.
17. Yates, G., & Bass, C. (2017). The perpetrators of medical child abuse (Münchhausen Syndrome by Proxy)—A systematic review of 796 cases. *Child abuse & neglect*, 72, 45-53.