PACIENTES POLICONSULTANTES EN LOS SERVICIOS DE PEDIATRÍA: TRASTORNOS DE SOMATIZACIÓN Y TRASTORNO FACTICIO POR OTROS (SINDROME DE MÜNCHAUSEN BY PROXY)

POLY-CONSULTANT PATIENTS IN THE PEDIATRIC SERVICES: SOMATIZATION DISORDER AND FACTITIOUS DISORDER BY OTHERS (MÜNCHAUSEN SYNDROME BY PROXY)

DR. RICARDO GARCÍA (1) (2), DRA. PAULINA CASTRO (1) (3)

(1) Depto. Psiquiatría de Niños y Adolescentes. Clínica Las Condes. Santiago, Chile.
(2) Profesor Asociado Universidad de Chile.
(3) Instituto Chileno de Terapia Familiar.

Email: rgarcia@clc.cl

RESUMEN

El presente artículo se refiere a los niños y adolescentes que son llevados a policonsultar a los servicios de salud o pediátricos por sus padres o cuidadores. Se revisa la literatura con respecto a este grupo de consultantes, que genera un importante consumo de recursos. Esto producirá una sobrecarga asistencial que afecta negativamente tanto al servicio de salud como al paciente al exponerse a evaluaciones por diversos profesionales, a repetición de exámenes, seguimientos, que lleva al compromiso de su calidad de vida y tiene relación con la salud mental propia y de sus cuidadores. Se revisan dos grupos de pacientes: con trastornos de somatización y con trastornos facticios producidos por otros (Síndrome de Münchausen by proxi o por poder).

Se destaca la necesidad de evaluación integral multidisciplinaria, integrando a un psiquiatra de niños y adolescentes de enlace, que permita intervenciones clínicas preventivas que incluya la familia, pesquisa temprana de los trastornos mencionados y estrategias de intervención que permitan la protección, bienestar del niño, el adolescente y su familia, evitando la transmisión intergeneracional de estos trastornos.

Palabras clave: Consultas frecuentes en niños, síntomas somáticos funcionales, niños, adolescentes, uso sistema de salud, síndrome de Münchausen, trastornos facticios producidos por otros.

SUMMARY

This article refers to children and adolescents who are taken to polyconsult the health or pediatric services by their parents or caregivers. A review is made of the literature regarding this group of consultants, which generates a significant consumption of resources and an overload of health-care that negatively affects both the health service and the patient when exposed to evaluations by various professionals, repetition of biological exams, follow-ups, which jeopardize their quality of life and is related to their own mental health and their caregivers. Two groups of patients are reviewed: with somatization disorders and with factitious disorders produced by others (Münchausen Syndrome by proxy).

It highlights the need for a multidisciplinary integral evaluation, integrating a children and adolescents liaison psychiatrist, who allows preventive clinical interventions that include the family, early research of the mentioned disorders and intervention strategies that allow the protection and welfare of the child, the adolescent and his family, avoiding the intergenerational transmission of these disorders

Key words: Frequent attendance in children, functional somatic symptoms, child, chronic disease, adolescent, health care use, Munchausen syndrome, factitious disorder imposed on another.

Artículo recibido: 11-07-2017
Artículo aprobado para publicación: 02-10-2017

INTRODUCCIÓN

La consulta en forma repetida a consultas pediátricas o a los servicios de urgencia u hospitalización de niños y adolescentes nos plantea un dilema de diagnóstico y tratamiento al estar fuertemente ligados a factores emocionales y vinculares. Consumen muchos recursos en los sistemas de salud y somete al paciente a muchas consultas y procedimientos que pueden afectar aspectos de su salud mental. Requieren, por lo tanto, de un diagnóstico integral, participando profesionales de enlace con salud mental, que permitan visualizar situaciones que pueden estar predisponiendo o manteniendo la enfermedad. El presente artículo revisará aspectos relevantes contribuir al trabajo clínico pediátrico preventivo y de tratamiento.

Una parte de este grupo de consultantes lo constituyen los niños y adolescentes con trastornos de somatización. Los estudios de prevalencia en niños con trastornos somáticos son escasos, pero, los que existen indican que son comunes entre los niños, constituyendo alrededor del 10 a 15 % de la consultas en servicios médicos (1). A pesar que los estudios indican que muchos padres enfrentan los síntomas somáticos de sus hijos sin acudir a servicios médicos, los padres que consultan han aumentado considerablemente en los últimos años (2).

En Chile los estudios de prevalencia de adultos consultantes en la atención primaria alcanza un 17.7% (3). Esto tiene importancia en la población infanto-juvenil, pues hay una relación entre el trastorno padecido por los padres y la mayor posibilidad que sus propios hijos desarrollen este trastorno comparados con la población general (1). Intervienen muchos factores de riesgo personales y familiares, los cuales se pueden pesquisar y realizar intervenciones preventivas tempranas, evitando la interferencia en el desarrollo psicoemocional en la evolución de las enfermedades y la transmisión intergeneracional de patrones de relaciones.

En términos de salud pública, los pacientes poli-consultantes en adultos llegan a consumir aproximadamente un tercio de los gastos en salud, un 30% del total de pacientes adultos consume un 80% de las consultas de los centros de salud (3) siendo un factor a tomar en cuenta en las intervenciones que se realizan con este grupo de pacientes por parte del equipo de salud.

Otro grupo de pacientes pediátricos o de adolescentes poli-consultantes, son los pacientes diagnosticados como trastorno facticio aplicado a otro, denominados también como Síndrome de Münchausen *by proxi* (por poder), refiriéndose a falsificación de signos o síntomas físicos o psicológicos, o inducción de lesión o enfermedad, en otro, asociada a un engaño identificado, por parte del cuidador (a), presentando al niño como enfermo, incapacitado o lesionado.

Este trastorno es de baja frecuencia, pero una forma de maltrato grave que puede ocasionar daños físicos y mentales severos, por lo que es necesario tenerlo en cuenta en el grupo de pacientes poli-consultantes de los cuales la evolución no es comprensible ni hay una respuesta terapéutica habitual.

Se ha destacado en la literatura revisada que estos grupos de pacientes, aunque son pocos en cuanto a frecuencia, genera un importante consumo de recursos (4) y una sobrecarga asistencial que afecta negativamente tanto al servicio de salud como al paciente, al exponerse a evaluación por diversos profesionales, a repetición de exámenes o un peor seguimiento (5-9).

En el presente artículo se revisará la bibliografía sobre pacientes poli-consultantes somatomorfos y pacientes poli-consultantes relacionados con el síndrome Münchausen *by Proxi* o por poder

PACIENTES PEDIÁTRICOS Y ADOLESCENTES CON TRASTORNOS DE SOMATIZACIÓN

Los trastornos de somatización son definidos de acuerdo al Manual de Clasificaciones Americano DSM-5 (10) bajo el capítulo de trastorno de síntomas somáticos y trastornos relacionados, considerando dos tipos de trastornos: Trastorno de síntomas somáticos (300.82) y Trastornos de ansiedad por enfermedad (300.7).

De acuerdo a esta clasificación estos trastornos se definen según los siguientes indicadores:

Trastornos de síntomas somáticos (300.82)

A. Uno o más síntomas somáticos que causan malestar o dan lugar a problemas significativos en la vida diaria.

B. Pensamientos, sentimientos o comportamientos excesivos relacionados con los síntomas somáticos o asociados a la preocupación por la salud como se pone de manifiesto por una o más de las características siguientes:

1. Pensamientos desproporcionados y persistentes sobre la gravedad de los propios síntomas.
2. Grado persistentemente elevado de ansiedad acerca de la salud o los síntomas.
3. Tiempo y energía excesivos consagrados a estos síntomas o a la preocupación por la salud.

C. Aunque algún síntoma somático puede no estar continuamente presente, el trastorno sintomático es persistente (por lo general más de seis meses).

Trastorno de ansiedad por enfermedad (300.7) (F45.21)

A. Preocupación por padecer o contraer una enfermedad grave.

B. No existen síntomas somáticos o, si están presentes, son únicamente leves. Si existe otra afección médica o un riesgo

elevado de presentar una afección médica (p. ej., antecedentes familiares importantes), la preocupación es claramente excesiva o desproporcionada.

C. Existe un grado elevado de ansiedad acerca de la salud, y el individuo se alarma con facilidad por su estado de salud.

D. El individuo tiene comportamientos excesivos relacionados con la salud (p. ej., comprueba repetidamente en su cuerpo si existen signos de enfermedad) o presenta evitación por mala adaptación (por ejemplo, evita las visitas al clínico y al hospital).

E. La preocupación por la enfermedad ha estado presente al menos durante seis meses, pero la enfermedad temida específica puede variar en ese período de tiempo.

F. La preocupación relacionada con la enfermedad no se explica mejor por otro trastorno mental, como un trastorno de síntomas somáticos, un trastorno de pánico, un trastorno de ansiedad generalizada, un trastorno dismórfico corporal, un trastorno obsesivo-compulsivo o un trastorno delirante de tipo somático.

En general las clasificaciones psiquiátricas generales, no tienen una consideración evolutiva ni relacional suficiente, por lo tanto, no consideran el cuadro complejo del trastorno con síntomas somatomorfos según el desarrollo del niño o adolescente y la relación con sus padres o cuidadores.

Los trastornos somatomorfos, fueron introducidos en el DSM III y han sido un tema de constante debate especialmente en psiquiatría de adultos. Con respecto a niños y adolescentes, Schulte y Peterman (11) refieren que tampoco los criterios del DSM IV recoge el cuadro complejo de los niños y adolescentes que sufren el trastorno. La misma línea sigue el DSM 5 (10).

La principal crítica, especialmente en los niños más pequeños, es que no se puede analizar este problema aparte de las creencias y funcionamiento psicosocial de sus padres. Existe mucha evidencia que las conductas y salud mental de sus padres o cuidadores primarios y familiares cercanos juegan un rol muy importante en la etiopatogenia de la somatización y trastornos somatomorfos (12).

Los padres y sus niños comparten básicamente el patrón genético, el mismo entorno, relaciones familiares, nivel socioeconómico. Ellos pueden compartir y aumentar la susceptibilidad de vivenciar algunos síntomas físicos y la forma de responder en forma similar frente al estrés y dolor físico. Además los niños dependen de sus padres para acceder a la consulta o a los sistemas de salud (13).

Factores relacionados con los trastornos de somatización en niños y adolescentes

Existe evidencia creciente que la conducta y salud mental de los padres y cuidadores y familiares cercanos juegan un rol crucial en la etiopatogenia de somatización y trastornos somatomorfos.

Patrones de consulta tempranos

Diferentes investigaciones han establecido, que los patrones de consulta a los servicios de salud pueden ser establecidos desde etapas tempranas de los niños (14) por lo que los estudios se han dirigido a conocer los determinantes de la búsqueda de ayuda médica para los niños con somatización para prevenir tratamientos y hospitalizaciones innecesarias. En general otros factores que no sean el estado de salud del niño se ha estudiado que influyen en el uso de los sistemas de salud como el nivel socioeconómico, sexo, etnicidad, salud mental de los padres y el uso de los sistemas de salud (15).

Estudios longitudinales han mostrado una fuerte predicción entre el uso de cuidados de la salud temprana y el uso futuro de estos recursos de salud (16).

Existen pocos estudios que estén dirigidos al uso de servicios médicos en los niños con trastornos de somatización. Un estudio interesante realizado por la Dra. Ulrikka y cols. en Dinamarca en el año 2013 (1) investigó la frecuencia de los factores relacionados a la consulta médica por síntomas funcionales somáticos en niños entre 5 y 7 años. Encontró en su muestra compuesta por 1327 niños entre 5 y 7 año, que un 31.3% había consultado por síntomas funcionales somáticos. Comunicó en su estudio tres grandes conclusiones: Primero, los patrones de consulta podrían tener una influencia cultural; segundo, las características de los síntomas funcionales somáticos tenían una presentación multi sintomática, los síntomas tenían un impacto en diferentes aspectos de la vida de los niños: estrés infantil, ausentismo en enseñanza pre escolar y escolar, y una sobrecarga emocional en la familia con un grado de gravedad de leve a severo. En la medida que la severidad de los síntomas era mayor, también la discapacidad y el mayor uso de los servicios médicos (este estudio es similar a los realizados en pacientes con trastornos de somatización en adultos); tercero, el alto número de consultas en edades tempranas, predice la consulta por síntomas somáticos funcionales a la edad de 5 a 7 años aún después de ajuste de otras variables como comorbilidad física y género.

La variable psicopatología de los padres no se pudo estudiar específicamente en este estudio, pero otros estudios si lo asocian (17). Lo que encontraron fueron preocupaciones significativas de estos padres por los síntomas somáticos del hijo y percepciones parentales en que la situación de salud de su hijo no era buena, esto asociado fuertemente a que eran poli-consultantes.

Este estudio ayuda a comprender la destacada influencia de los patrones de consulta temprana y la influencia de la percepción

parental de la salud de sus niños y el impacto relacionado en los padres de niños con problema de somatización, en el uso de los recursos de los sistema de salud y advierten lo necesidad de abordar el uso de estos por parte de los niños con trastorno de somatización y sus padres. Este estudio enfatiza que los factores de riesgo que influirían en el trastorno de somatización en los niños serían: el patrón elevado de uso de los cuidados de salud por síntomas funcionales muy tempranos y las altas preocupaciones parentales (1).

Factores de Riesgo

Schulte y Peterman realizaron una revisión de la literatura en el año 2011, (18) en relación a los factores familiares de riesgo para el desarrollo de síntomas y trastornos somatomorfos en niños y adolescentes. Identificaron los siguientes factores de riesgo:

- Somatización de los padres.
- Enfermedades orgánicas en familiares significativos.
- Psicopatología en miembros familiares cercanos.
- Clima familiar disfuncional.
- Experiencias traumáticas en la infancia y vinculación insegura.

La mayoría de estos factores de riesgo están asociados con muchos otros trastornos psiquiátricos y por lo tanto, la mayoría no son específicos.

Se han realizado estudios *Bottom-Up*, (estudios de abajo arriba) de padres de niños que sufren de síntomas o trastornos somatomorfos, estos padres presentan problemas psicosociales, trastornos psiquiátricos, así como síntomas somatomorfos y/o enfermedades somáticas. La mayoría de estos estudios, son de padres de niños con dolores abdominales recurrentes, no se han estudiado suficientemente padres de niños con otros problemas somatomorfos.

Los estudios de Robinson (19) con padres de este tipo de niños, encontró significativas cifras de separación y depresión post parto, comparados con tres grupos controles. Otro estudio de Garber encontró en una muestra de 13 niños con controles, cifras significativamente más altas de ansiedad y depresión comparados con tres grupos controles de niños sanos y niños con dolor abdominal orgánico. El grado de distress de las madres del grupo con dolor abdominal funcional sólo eran comparables con madres del grupo niños con trastornos psiquiátricos (20).

Estudios de Campo también encontraron una asociación significativa entre dolores abdominales funcionales y ansiedad materna, y entre dolores abdominales funcionales y depresión materna. En este estudio encontraron un 39.3% de trastorno generalizado de ansiedad entre las madres de niños con dolores abdominales funcionales comparado con 5.7% en la población general. 47% de las madres con niños dolores abdominales funcionales presentaban un trastorno depresivo mayor comparados con 16.6 % de la población general (21).
Otro grupo de estudios han encontrado relación en los padres de niños que sufren dolores abdominales frecuentes, con el propio padecimiento de sufrir ellos síntomas o trastornos somatomorfos, así como enfermedades somáticas comparados con controles (22).

Se ha encontrado en los padres altas frecuencias de creencias hipocondriacas, migraña. Antecedentes en las madres de reporte frecuente en forma significativa de enfermedades durante el embarazo, síndrome de colon irritable, síndrome de fatiga crónica y trastornos somatomorfos. Además el reporte de su propia salud mental y calidad de vida era más pobre que sus controles (18).

El Estudio Longitudinal Avon de Padres y Niños (ALSPAC), también conocido como Niños de los años 90, es un estudio de la Universidad de Bristol, de cohorte de nacimiento líder en el mundo. En el estudio de niños hasta los 7 años establece que la ansiedad parental en el primer año de vida es una factor de riesgo para desarrollar dolores abdominales funcionales en la época escolar (DAF) (23). Este estudio es el único que por su diseño longitudinal puede establecer factor de riesgo posible. Todos los otros estudios descritos constituyen posibles factores de riesgo asociados. Sin embargo, la revisión sistemática de las investigaciones relacionadas, apoyan la impresión de una transmisión intergeneracional de los síntomas y trastornos somatomorfos.

En suma, los estudios *Bottom up* apoyan la hipótesis de una transmisión intergeneracional de la conducta de somatización, en que los padres de niños con DA tienen más posibilidades de sufrir ellos mismos trastornos de somatización, sin embargo no se puede explicar esta situación como causa efecto.

Los estudios *TOP-Down* (Estudios de arriba-abajo) se refieren a la relación entre factores familiares, parentales psicopatológicos y trastorno somatomorfos en la manera *top down* en el hijo.

Investigaciones que estudiaron hijos de madres con trastornos somatomorfos crónicos comparados con madres con enfermedades crónicas y con madres que nunca habían tenido enfermedades crónicas (24), encontraron que los hijos de madres con trastorno somatomorfos se quejaban más significativamente de síntomas somatomorfos. Un 30% informaron dolores de cabeza, de abdomen en los últimos meses comparados con 4% de madres con enfermedades orgánicas y ninguno del grupo de madres sanas. Además reportaban un 60% de problemas emocionales

conductuales comparados, comparados con 31% de las madres con enfermedades orgánicas y 23% de madres sanas. Se han encontrado que la edad de los niños aumenta las quejas somáticas al estar expuestos a las quejas somáticas de la madre.

En suma, se ha observado que los hijos de padres con trastornos somatomorfos están más propensos a sufrir problemas de salud mental y trastornos somatomorfos (18).

Estudios Retrospectivos

Existen estudios retrospectivos de pacientes adultos que han sufrido trastornos somatomorfos en su infancia, siendo estos otra manera de estudiar la naturaleza de transmisión intergeneracional de los síntomas o trastornos somatomorfos.

Reportan en forma significativa mayor exposición a condiciones negativas en la infancia, con enfermedades crónicas, cuidado selectivo de los padres, enfermedad de un familiar cercano y trauma (24).

Otras investigaciones han encontrado antecedentes de diferentes tipos de trauma como abuso físico, o ser testigo de diferentes formas de violencia comparado con controles. También han encontrado experiencias abusivas verbales o psicológicas tales como insultos, gritos permanentes, criticismo severo por largos periodos; en ambientes familiares disfuncionales con altos grados de conflicto y bajos niveles de cohesión familiar. (25).

En un estudio de Spitzer et al (26) comparando las experiencias de adversidades en la infancia en un grupo de adultos con trastorno somatomorfo y otro con trastorno depresivo, encontró que los que presentaban trastorno somatomorfo, presentaban significativamente más antecedentes de abuso sexual y físico. No había diferencias en otras variables como negligencia, abuso emocional, separación temprana de los padres o disfunción parental.

En suma los estudios retrospectivos a pesar que pueden estar interferidos por sesgo de memoria, indican que durante la infancia de los adultos con trastorno somatomorfo presentaron más adversidades ambientales, situaciones traumáticas y exposición a enfermedades físicas o mentales (18).

Vínculo, Clima Familiar e Interacciones paterno-filiales

Se ha especulado que los pacientes que presentan somatizaciones presentan un tipo de vínculo inseguro y que ellos exhiben síntomas físicos en la adultez para activar la atención de otros para con ellos. Además las personas con vínculo ambivalente utilizarían más frecuentemente los servicios de salud. Uno de los pocos estudios relacionados con vínculo y trastornos somatomorfos, incluyendo trastornos conversivos, encontró 43% de ellos mostraba estrategias de vínculo ambivalente (27).

Con respecto al clima familiar, se han descrito interacciones familiares disfuncionales y clima familiar negativo, madres más agresivas y enojonas comparadas con grupos controles (28). Ellas criticaban más a menudo a sus hijos y al mismo tiempo reaccionaban de una manera sobreprotectora a las necesidades de sus hijos. Se describía una disfunción en la comunicación entre los miembros de la familia, de la afectividad recíproca y de estrategias de resolución de problemas entre otros.

Existe suficiente evidencia que los niños con trastornos somatomorfos presentan un vínculo inseguro. Estos estudios están en relación con los estudios que indican que estos niños vienen de familias con interacciones disfuncionales y clima familiar negativo. Los estudios de Craig y Bials y Craig muestran que las madres con trastornos somatomorfos y sus niños interactúan en forma diferente a otras diadas (29,30)

SINDROME DE MÜNCHAUSEN BY PROXI, O POR PODER. TRASTORNO FACTICIO APLICADO A OTRO

Esta enfermedad fue descrita en 1951 por el Dr. Richard Asher (31) en pacientes que relataban historias de síntomas que tenían, en forma engañosa y que generaban múltiples consultas y procedimientos diagnósticos en diferentes lugares (32). Este síndrome lleva este nombre por la historia de Karl Friedrich Hieronymus, Barón de Münchausen (1720-1797) llamado también el "Barón mentiroso" por sus relatos poco creíbles sobre sus aventuras en la guerra (33) de allí se asimiló a pacientes que cuentan historias inventadas de enfermedades captando la atención de médicos mediante artificios y engaños.

Una forma derivada de este trastorno, es el Síndrome de Münchausen *by proxy* o "por poder" aludiendo a la intervención de un otro. Aquí se induce la simulación o creación de una enfermedad física o psicológica a un tercero que es generalmente un hijo o hija, quien es objeto de múltiples consultas o tratamientos, significando una forma de maltrato físico o emocional que puede tener consecuencias graves y en casos extremos la muerte.

Este trastorno puede durar años, dada la actitud "sobre preocupada" de la madre, la relación manipuladora que tiene con el equipo de salud y la baja sospecha de estos equipos en estos cuadros abigarrados, manteniéndose sin diagnóstico y tratamiento efectivo.

La clasificación del DSM 5 (10) incorpora al Síndrome de Münchausen como Trastorno Facticio aplicado a uno mismo y el Síndrome de Münchausen by Proxy o por poder, como Trastorno Facticio aplicado a otro.

Los indicadores clínicos de estos trastornos son:

TRASTORNO FACTICIO APLICADO A OTRO

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.

Nota: El diagnóstico se aplica al autor, no a la víctima.

Especificar si:

Episodio único

Episodios recurrentes (dos o más acontecimientos de falsificación de enfermedad y/o inducción de lesión).

Este es un trastorno mental en que un adulto, generalmente la madre quien trata de obtener atención médica usando otra persona, su propio hijo es usado como sustituto (34).

Actualmente se considera una forma de maltrato infantil que, a pesar de que es de rara frecuencia es extremadamente grave, por lo que hay que tenerlo en cuenta (35), más aún en la medida que la atención pediátrica en la sociedad moderna se enfrenta a otro perfil de enfermedades, en las que destacan las enfermedades crónicas y las de salud mental.

Este es un trastorno que puede poner en riesgo la salud mental y la vida de un niño; el equipo pediátrico tiene que tenerlo en mente en los casos terapéuticos de difícil y compleja resolución, que generan demanda de muchas consultas y procedimientos diagnósticos.

Epidemiología

Es un trastorno grave y su incidencia y prevalencia no está firmemente establecida.

Estudios realizados en Estados Unidos en cortos periodos de tiempo muestran incidencias de 2.8 a 2.9 por 100000 niños bajo la edad de 1 año y 0.5 por 100000 niños entre 1 y 16 años con una mortalidad entre 9 a 22% de los casos. En Europa muestran una mortalidad entre 6 y 10%, un 75% de los pacientes presentaban quejas relacionados con síntomas del sistema nervioso central (36). Sobre los autores de este trastorno facticio, se estima que la mayoría son mujeres, 90 a 98%, siendo las madres el 85%, otras autoras pueden ser cuidadores como nanas o personal de enfermería (37).

El tiempo promedio entre el comienzo de los síntomas hasta que se establece el diagnóstico del trastorno facticio por poder es largo por lo difícil del diagnóstico médico y psiquiátrico. En estudios realizado por Feldman (38), es aproximadamente de 4.5 años, en estudio de Rosenberg (39), de 14.9 meses y el de Sheridan, de 21.8 meses, lo que abarca un largo periodo de vida y desarrollo emocional del niños (40).

No se ha observado diferencias por sexo de los niños involucrados en este trastorno, tampoco diferencia raciales, tampoco que sea una característica solo de los países industrializados o con un gran desarrollo de los sistemas de salud (41). La prevalencia verdadera no se conoce, dada la naturaleza oculta del trastorno por los padres o cuidadores, muchos de los casos no son reportados ni detectados, como la mayoría de los abusos infantiles (42).

La conducta abusiva generalmente comienza en edades tempranas de las víctimas de trastorno facticio por otros. Las edades de diagnóstico en los estudios reportados son entre 20 a 39.8 meses, pero también se dan en niños mayores y en adolescentes (38).

DIAGNÓSTICO CLINICO

Incluye la evaluación del niño, padres y familia, examinando los siguientes aspectos (41):

Generales

-Niño a niña que tiene uno o más problemas de salud que no responde al tratamiento o recurren, teniendo terapia adecuada a distintos hospitales, consultas y procedimientos diagnósticos.

-Niño o niña cuyos resultados de laboratorio están en discrepancia con la historia clínica y molestias de que ha referido.

-Signos y síntomas de enfermedad que desaparecen en ausencia de los padres.

-Los padres tienen muchos conocimientos médicos y de tratamientos y se interesan en todos los detalles relacionados con el diagnóstico y terapias de su hijo y de otras enfermedades médicas. A menudo están relacionados con la medicina o servicios de salud o se informan en internet o textos relacionados

-Los padres pueden tener síntomas o enfermedades similares a sus hijos.

-Las relaciones de los padres suelen ser disfuncionales, frías, tensas con conflictos o los padres están separados.

-Historias familiares de enfermedades o muertes difíciles de explicar.

-Los padres muestran una inexplicable calma acerca de la condición grave de su hijo o se muestran insatisfechos con el diagnóstico y buscan otras opiniones, realizan más exámenes, intervenciones quirúrgicas o buscan centros de salud con unidades de tratamiento más complejos (43).

Relacionados con el niño o niña

-Edad bajo los 5 años al comienzo de los síntomas. Historia de repetidas consultas médicas.
-El niño o niña describe los síntomas solamente en presencia de la madre o del cuidador.
-Síntomas múltiples y cambiantes, pero vagos y confusos. Los tratamientos habituales no son efectivos en la resolución de sus molestias.
-En la historia familiar puede haber antecedentes de muertes de hermanos poco claras o en circunstancias poco claras.
-El padre del paciente es emocionalmente distante o ausente en la vida del niño.
-Los síntomas se agravan cuando se aproxima el momento del alta.
-El niño o niña participan simbióticamente de la situación facticia.

Relacionados con la madre

-La madre da la impresión de que es muy cuidadosa y dedicada, pero constantemente está preguntando por nuevos exámenes, procedimientos, consultas a especialistas y hospitalizaciones repetidas.

-En forma paralela realiza acciones de engaño, inducción y manipulación hacia los profesionales del equipo de salud, quienes presentan dificultad para darse cuenta de estos hechos.

-La madre se siente cómoda en el ámbito médico, hace amigos entre los familiares de otros pacientes; presenta mucho conocimiento médico, más que la población general.

-Presenta argumentación personal sobre la situación médica de su hijo y describe los síntomas en lenguaje propio de textos médicos; tiene habilidad de negar o contradecir la opinión del equipo médico, volviéndose hostil o agresiva cuando su condición es expuesta develada.

-En la mayoría de los casos las madres son jóvenes entre 20 y 30 años (41,44).

Métodos utilizados

En este síndrome, los padres pueden utilizar diversos métodos o procedimientos para simular o provocar enfermedades en los hijos como contar historias falsas con respecto a los síntomas, distorsionándolos o induciéndolos en los hijos, complicando la situación diagnóstica. Pueden recurrir a diferentes métodos como:

-Alteración de muestras de laboratorio: Cambios de muestras, cambio de los remedios prescritos por el médico, alteración de las cifras del termómetro.

-Administración de sustancias o medicamentos: Laxantes, insulina, lorazepam, amitriptilina, clonidina, sales de ipeca, cáusticos, difenhidramina.

-Lesiones: Asfixia, ingestión de cuerpos extraños, fracturas. Producción de sangramientos: hematuria, sangramiento gastrointestinal, hematomas.

-Infecciones: Inyección de orina en catéteres, contaminación con saliva, contaminación con orina o heces (45).

Procesos psicológicos relacionados

Se ha postulado que en los padres involucrados en el Síndrome de Münchausen ocurre una simulación consciente; la producción de los síntomas es intencional, sin embargo, las personas están inconscientemente impedidas de entender los motivos que producen dichos síntomas (46).

Meadow, que ha trabajado mucho en la concepción de la psicopatología materna, entiende este síndrome como una "perversión de la parentalidad", en la cual se encuentra una falla en la capacidad de amar, proteger y dar prioridad a las demandas de los hijos por encima de las propias necesidades (47). Se ha observado una alta frecuencia de trastornos de personalidad en las madres o cuidadores y esta psicopatología puede interferir en las estrategias de tratamiento de esta forma de maltrato (36).

En general el contexto familiar es disfuncional, en las relaciones, en lo social y en lo económico; en gran parte de los casos el cónyuge se encuentra física o emocionalmente ausente con una relación conyugal insatisfactoria (48) y una red social escasa.

El niño o niña víctima de este trastorno se da cuenta que son el foco de atención y afecto de la madre si juega el rol de enfermo frente a los doctores y al equipo médico. Vive esta situación, crece y se desarrolla en esta situación facticia y puede continuar el modelo parental, haciendo lo mismo con sus propios hijos posteriormente. Se ha postulado que la obtención de satisfacción personal por la gratitud de la familia por participar falseando la enfermedad, hace que esta condición se perpetúe por varias generaciones (49).

En el trastorno facticio por poder el médico o el equipo médico pueden ser partícipes involuntarios de una situación de maltrato, condicionados por el relato o narrativa de los padres de estos niños, quienes se presentan inicialmente como amables, atentos, dedicados y cercanos con los otros pacientes y con el equipo médico. Cuando se dan cuenta del engaño se sienten frustrados, enojados por ser objeto de manipulación y haber tenido una la relación médico paciente que se quebró y culpables por haber tenido al paciente en severo riesgo (50).

Estrategias de Intervención

Como medidas de prevención el equipo médico tiene que conocer este trastorno y estar alerta cuando se observen los signos que se han descrito, haciendo una pesquisa temprana, seguida de análisis e intervenciones por un equipo multi-profesional compuesto por el médico o equipo tratante, psiquiatra, psicólogo, terapeuta familiar, en caso necesario asistente social y otros profesionales que se requieran.

Considerado este trastorno, una forma de maltrato infantil, tiene aspectos médico legales que considerar, privilegiando la protección y bienestar del niño. Demostrada la situación de maltrato, es necesario acceder a protocolos establecidos para proteger al niño y comunicar a las instancias correspondientes (51).

El tratamiento tiene que tener un enfoque sistémico, incluyendo a todos los miembros de la familia, siendo asesorados por un equipo multi profesional en el cual, de acuerdo al caso, los miembros del equipo asumirán distintos roles: médico tratante, terapeuta individual (madre, hijo), terapeuta familiar, asistente social si se requiere para hacer seguimiento y coordinación con otros servicios (educacionales, legales entre otros). Se requiere hacer un seguimiento clínico de largo tiempo, porque existe el riesgo de repetir la misma conducta en otro lugar.

En los casos severos, se requieren medidas de protección y la separación del padre o madre abusadora, asegurando la protección y el bienestar del niño o niña (52).

CONCLUSIONES

Se destaca la importancia de evaluar en forma integral a los pacientes pediátricos poli-consultantes que concurren a los servicios de atención primaria o de pediatría, por la implicancia de antecedentes de psicopatología parentales, vinculares, interferencia en el desarrollo social-emocional del paciente y también el consumo de recursos de salud.

En los pacientes con somatización se requiere analizar los patrones de consulta tempranos, las dinámicas, vínculos, psicopatologías parentales especialmente de ansiedad y somatización y la transmisión intergeneracional de la sintomatología. Especialmente importante es tener precaución con poli-consultantes pequeños, quienes junto a los factores anteriores son los que pueden desarrollar más frecuentemente este trastorno más tarde en su desarrollo y repetir el patrón intergeneracional.

El extremo más peligroso de los pacientes poli-consultantes es, sin duda, el trastorno facticio aplicado a otro, por ser una forma de maltrato infantil, siendo su diagnóstico difícil y complejo; no pesquisarlo mantiene el maltrato del hijo y puede ser potencialmente mortal. Plantea un dilema al equipo médico tratante, en términos de diagnóstico, afrontamiento, estrategias terapéuticas y medidas legales.

En todos estos casos es fundamental tener una aproximación multidisciplinaria, integrando al equipo médico o pediátrico tratante, profesionales de psiquiatría de enlace y salud mental, posibilitando una evaluación e intervenciones individuales, familiares y sociales que permitan la protección y bienestar del niño o adolescente.

Los autores declaran no tener conflictos de interés, en relación a este artículo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. *Ulrikka Ch, Ornbol E, Klause P. Functional Somatic Symptoms and Consultation Patterns in 5 to 7 years old. PEDIATRICS. 2013;132(2):459-467.*
2. *Virtanen J L, Berntssson LT, Lahelma E, Köler L. Children's use of general practioner services in the five Nordic countries. JEpidemiol Community Health.2006;60(2):162-167.*
3. *Riquelme M, Schade N. Trastorno Somatomorfo : Resolutividad en la atención primaria. Rev Chil Neuro-Psiquatr. 2013;51(4):255-262.*
4. *Flores Juan C, Lizama M, Rodríguez N, et al. Modelo de atención y clasificación de " Niños y adolescentes con necesidades especiales de atención en salud - NANEAS" Rev Chilena de Pediatría. 2016; 87(3):224-232.*
5. *Soliday E, Hoeksel R. Factors related to paediatric patients emergency department utilization. Psychology, Health & Medicine. 2001; 6(1):5-12.*
6. *Rinderknecht A, Ho M, Matykiewicz P, Grupp-Phelan J. Referral to the emergency Department by a Primary Care Provider Predicts Severity of Illness. Pediatrics. 2010;126(5):917-924.*
7. *Liu G, Pearl A, Kong L, Leslie D, Murray M. A profile on Emergency Department Utilization in Adolescents And Young Adults with Autism Spectrum Disorders. Journal of Autism & Developmental Disorders. 2017; 47(2);347-358.*
8. *Puka K, Smith M, Moineddin R, Snead O, Widjaja E. The influence of socioeconomic status on health resource utilization in pediatric epilepsy in a universal health insurance system. Epilepsia(series 4). 2016; 57(3);455-463.*
9. *Ross J, Roberts D, Campbell J, Solomon K, Brouhard B. Effects of social work intervention on nonemergent pediatrics emergency department utilization. Health& Social Work. 2004;29(4):263-273.*
10. *American Psychiatric Association. Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5.American Psychiatric Publishing. 2014.*
11. *Schulte I E, Petermann F. Somatoform disorders:Thirty years debate about criteria. What about children and adolescents? J Psychosom Res. 2011;70:218-228.*

12. *Terre L, Ghiselli W. A developmental perspective on familiy risk factors in somatization. J Psychosom. 1997;42:197-208.*
13. *Eminson DM. Medically unexplained symptoms in children and adolescents. Clin Psychol Rev. 2007;27:855-87.*
14. *Starfield B, Van Der Berg B J, Steinwachs D M, Katz H P, Horn S D. Variation in utilization of health services by children. Pediatrics. 1979;63(4):633-641.*
15. *Woodward CA, Boyle MH, Offord DR et al. Ontario Child Health Study: patterns of ambulatory medical care utilization end their correlates. Pediatrics. 1988; 82 (3):425-434.*
16. *Janicke DM, Finney JW, Riley AW. Children's health care use: a prospective investigation of factors related to care -seeking. Med Care. 2001;39(9):990-1001.*
17. *Woodward CA, Boyle MH, Offord DR et al. Ontario Child Health Study: patterns of ambulatory medical care utilization end their correlates. Pediatrics. 1988;82(3):425-434.*
18. *Schulte I, Peterman F. Familial Risk Factors for the Develoment of Somatoform Symptons and Disorders in Children and Adolescentes: A Systematic Review. Chil Psychiatry Hum Dev. 2012;42:569-583.*
19. *Robinson JO, Alvarez JH, Dodge JA. Life events and family history in children with recurrent abdominal pain. J Psychosomatic. 1990;34:171-181.*
20. *Garber J, Zeman J, Walker LS. Recurrent abdominal pain in children: Psychiatric diagnosis and parental psychopatology. J.Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 1990;29:648-656.*
21. *Campo JV, Bridge J, Lucas A, Savorelli S, Walker L, Di Lorenzo C et al. Physical and emotional health of mothers of youth with functional abdominal pain. Arch Pediatr Adolesc Med. 2007;161:131-137.*
22. *Walker LS, Garber J, Greene. Somatization symptoms in pediatric abdominal pain patients; relation to chronicity of abdominal pain and parent somatization. J Abnorm Child Psychol. 1991;19:379-394.*
23. *Ramchandani PG, Fazel M, Stein A, Hotopf M, Wiles Nj, ALSPAC Study team. Early parental and child predictors of recurrent abdominal pain al schhol age: results of a large population-based study. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2006;45:729-73.*
24. *Craig TKJ, Cox AD, Klein K. Intergenerational transmission of somatization behavior: a study of chronic somatizers and their children. Psychol Med. 2002;32:805-916.*
25. *Brown RJ, Schrag A, Trimble MR. Dissociation, childhood interpersonal trauma and family functioning in patients with somatization disorders. Am J Psychiat. 2005;162: 899-905.*
26. *Spitzer C, Barnow S, Gau K, Freyberger HJ, Grabe HJ. Childhood Maltreatment in patients with somatization disorder. A N Z J Psichiatry. 2008;42:335-341*
27. *Ciechanowski PS, Walker EA, Katon WJ, Russo JE. Attachment theory: a model for health care utilization and somatization. Psychosom Med. 2002;64:660-667.*
28. *Logan DE, Scharff L. Relationships between family and parent characteristics and functional abilities in children with recurrent pain syndromes: an investigation of moderating effects on the pathway from pain to disability. J. Pediatr psychol Med. 2005;34:199-209.*
29. *Craig TKJ, Bials I, Hodson S, Cox AD. Intergenerational Transmission of somatization behavior:Observation of joint attention and bids for attention. Psychol Med. 2004;34:199-209.*
30. *Bialas I, Craig TKJ. "Needs expressed" and "offers of care": an observational study of mothers with somatization disorder and their children. J Child Psychol Psychiatry. 2007;48:97-104.*
31. *Asher R. Münchausen's síndrome. Lancet. 1951; 1: 339-341.*
32. *Meadow R. Munchausen síndrome by proxy. Archives of disease in childhood. 1982;57(2): 92-98.*
33. *Gomes T, Germano ME, Kegler P, Medeiros M. Revista de Psicologia. 2014;32(1).*
34. *Galvin HK, Newton AW, Vandeven AM . Update on Munchausen Syndrome by Proxy. Curr Opin Pediatr. 2005;17(2):252-257.*
35. *Maida, AM, Molina M E, Carrasco X. Síndrome de Münchausen por poder: Un diagnóstico a considerar. Revista Chilena de Pediatría. 1999;70(3).*
36. *Marcus A, Ammermann C, Klein M, Schmidt MH. Munchausen syndrome by proxy and factitious illness: symptomatology, parent-child interaction, and psychopathology of the parents. Eur Child Adolesc Psychiatry. 1995;4(4):229-236.*
37. *Fraser G. A mother's investment in maintaining illness in her child: A perversion of mothering and of women´s role of "caring". Journal of Social Work Practice. 2008;22:169-180.*
38. *Feldman MD, Brown RMA. Munchausen by proxy in an International context. Child Abused Negl. 2002;26(5):509-524.*
39. *Rosenber D A. Web of deceit: a literature review of Munchausen syndrome by proxy. Child Abus Negl. 1987;11(4):547-563.*
40. *Sheridan MS. The deceit continues: an updated literature review of Munchausen Syndrome by Proxy. Child Abuse Neglect. 2003;27(4):431-451.*
41. *Pacurar D, Runcan M, Popescu A, Lesanu G, Oraseanu D. Romanian Journal of Pediatrics. 2015;64(3).42. Mc ClureRJ, Davis PM, Meadow SR, Sibert JR. Epidemiology of Munchausen syndrome by proxy, non-accidental poisoning, and no accidental suffocation. Arch Dis Child. 1996;75(1):57-61.*
43. *Kucuker H, Demir T, Oral R. Pediatric condition falsification (Munchausen syndrome by Proxy) as a continuum of maternal factitius disorder. Pediatr Diabetes. 2010; 11: 572-578.*
44. *Maida AM, Molina ME, Erazo R. Síndrome de Münchausen por poder, una presentación inusual. Münchausen-by-proxy syndrome.Report of one case. Rev. méd. 2001;129(8).*
45. *Criddle L. Monster in the Closet. Munchause Syndrome by Proxy. Critical Care Nurse. 2010;30(6).*
46. *Del Casale A, Ferracuti S, Rapinese C, Serata D, Simonetti A et al. Factitious disorder comorbid with Bipolar I disorder. A case report. Forensic Science International. 2012;219:37-40.*
47. *Meadow R. Different interpretations of Munchausen Syndrome by Proxy. Child Abuse& Neglect. 2002;26(5):501-508.*
48. *Del Casale A, Ferracuti S, Rapinese C, Serata D, Simonetti A et al. Factitious disorder comorbid with Bipolar I disorder. A case report. Forensic Science International. 2012;219:37-40.*
49. *Rosemberg DA. Web of deceil: a literature review of Munchausen syndrome by proxy. Child Abuse Negl.1987;11(4):547-563.*
50. *Donald T, Jureidini J. Munchausen síndrome by proxy: child abuse in the medical system. Arch Pediatr Adolesc Med .1996;150(7):753-758.*
51. *Grace E, Jagannathan N. Munchausen síndrome by proxy- A literatura review. Int J Biol Med Res. 2015;6(1):4843-4845.*
52. *Stirling J Jr. Beyond Munchausen Syndrome by Proxy: Identification and treatment of child abuse in a medical setting. Pediatrics. 2007;119(5):1026-1030.*