

ESTADO DEL ARTE SOBRE EL SÍNDROME DE MÜNCHAUSEN POR PODERES

LEONARDO A. RODRÍGUEZ CELY,* MARISOL GÓMEZ RÁTIVA,
ANDREA DEL PILAR MESA BAYONA
PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA

Recibido: abril 11 de 2003

Revisado: mayo 13 de 2003

Aceptado: junio 3 de 2003

RESUMEN

El síndrome de Münchausen por poderes (SMP) es un tipo de abuso infantil, que se caracteriza porque un adulto responsable de un pequeño —en la mayoría de los casos la madre— sostiene que su hijo está enfermo y lo lleva al hospital, cuando en realidad ha sido ella misma quien ha provocado los síntomas y la enfermedad. Este estudio de carácter documental trata de ampliar el conocimiento acerca del síndrome de Münchausen por poderes, como una forma de maltrato infantil en Colombia, teniendo en cuenta las implicaciones psicológicas que tienen que ver con este tipo de maltrato y las formas particulares de diagnóstico y tratamiento trabajadas en el país. La presentación de este estudio está dividida en tres partes. En la primera se define y reseña históricamente el maltrato infantil, con el fin de contextualizar la problemática en el país y presentar algunas tipologías; la segunda aborda las formas de diagnóstico que se trabajan en Colombia y, por último, en la tercera se define y describe detalladamente el SMP haciendo énfasis en las formas de diagnóstico y tratamiento propuestas por los autores.

Palabras clave: síndrome de Münchausen por poderes, maltrato infantil.

ABSTRACT

Münchausen's Syndrome by Power is a type of child abuse characterized by an adult responsible for a minor, in most cases the mother, who asserts that her child is sick, turning to the hospital, when in fact it was her who caused the symptoms and the illness. This documentary study is attempting to expand the knowledge about Münchausen's Syndrome by Power (MSP) as a form of Child Maltreatment in Colombia, taking into account the psychological implications that deal with this type of maltreatment in particular types of diagnosis and treatments being used in the country. Three initial chapters were written to present this study. First, there was a historical outline and a definition of Child Maltreatment, so as to contextualize the problem in Colombia, presenting some typologies. Secondly, the forms of diagnosis that are being used in Colombia were shown, and lastly MSP was defined and described in detail, emphasizing on the forms of diagnosis and treatments proposed by the authors.

Key words: Münchausen's Syndrome by Power, child maltreatment.

* Correo electrónico: lacely@javeriana.edu.co

Contextualización

El tema central de este capítulo es informar sobre el síndrome de Münchhausen por poderes (SMP), dado que es una problemática poco conocida en Colombia, a pesar de ser una forma de maltrato infantil. Esto cobra especial importancia si se tiene en cuenta que el maltrato infantil y la violencia intrafamiliar se constituyen en los principales generadores de violencia en nuestro país.

A través de la historia, el trato para con los niños ha sido muy diverso, en tanto que las formas de relación y de crianza de los pequeños tienen que ver con las características sociales y culturales de cada época.

En las diversas culturas los niños representan el futuro de la sociedad y, de esta manera, los padres asumen su labor de crianza en relación con la responsabilidad social; así, las acciones con los niños se encaminan para hacer de ellos los seres humanos que la sociedad y los padres desean. En este sentido, algunas prácticas tienen una legitimidad social, en tanto los padres pueden hacer lo que quieran con su hijo con tal de que en el futuro éste sea una “buena persona”.

En el siglo XX se transformó la sociedad y se avanzó en los derechos del hombre y, sobre todo en los del niño, pues se produjo una disminución en la mortalidad infantil, se mejoró la asistencia sanitaria, la educación, etc. Por estas condiciones, Díaz (1997) afirma que es el “siglo de la infancia”.

En el mismo sentido, Kempe y Kempe (1985) afirman que en el siglo XX se logró una mayor conciencia de las demandas infantiles y de la importancia de esta etapa en cualquier ser humano. Estos avances se dan sobre todo al entender el amor, el cuidado y el afecto como necesidades básicas para los niños.

A pesar de estos cambios en la visión y el trato con respecto a los menores, en todas las épocas el maltrato infantil ha ocupado un lugar en la crianza de los niños; la diferencia se encuentra en los niveles de legitimización social.

Por este motivo, es importante llegar a una definición de lo que es el maltrato infantil. Save the Children, en su publicación de 1994, propone una definición teniendo en cuenta el contexto colombiano:

Se consideran *maltrato* todas aquellas faltas de cuidado, atención y amor que afectan la salud física o mental, el maltrato físico, el abuso y la explotación sexual, y las injusticias de todo orden que ejercen sobre los niños y las niñas (menores de 18 años) las personas responsables de su cuidado: padres, cuidadores, familiares, vecinos, maestros, empleadores y la comunidad en general (p. 7).

Por su parte, Mejía (1992) afirma que el maltrato infantil no está constituido solamente por los golpes o

huellas visibles en el niño, es decir, no es sólo físico, está conformado además por la negligencia, el descuido; la falta de afecto, la imposibilidad para proteger y la infinita gama de atrocidades que contra los niños se pueden ocasionar directa o indirectamente.

Las definiciones de maltrato citadas aquí se centran en dos conceptos fundamentales: acción y omisión. Esto resulta fundamental, en tanto el tipo de maltrato que se considera como central para este estudio, el Síndrome de Münchhausen por Poderes (SMP), tiene que ver con el tipo de acciones (enfermar al niño) y omisiones (ocultar información al personal médico) que la madre lleva a cabo con su hijo, a pesar de conocer las consecuencias que éstas pueden traer para él.

Para comprender la manera como el SMP es incluido en los tipos de maltrato infantil, se han revisado cuatro clasificaciones (tres hechas en Colombia y una en España) donde este síndrome es considerado de manera diferente.

En la clasificación propuesta por Arenas et al. (1995), se incluyen siete tipos de maltrato: físico, psicológico (emocional), social, por negligencia, sexual, en proceso de gestación y otras circunstancias, y tipos de maltrato y/o violencias contra la infancia. Aquí se incluye el SMP como un síndrome específico del maltrato por negligencia

En el formato de la Secretaría Distrital de Salud (1998) se incluyen seis tipos de violencia: física, emocional-psicológica, sexual, económica, negligencia y descuido, y abandono. En esta clasificación no se menciona el SMP.

En la tipología propuesta por Díaz (1997) se consideran tres tipos de maltrato: prenatales, posnatales e institucionales. El maltrato físico se incluye en el segundo tipo. Aquí, el SMP es considerado como una forma de maltrato físico.

Por último, en la clasificación de Mejía (1997) se habla de nueve tipos de maltrato: maltrato físico, maltrato psicológico, abuso sexual, negligencia o descuido, maltrato social, maltrato al menor en proceso de gestación o que está por nacer, síndrome del bebé zarandeado, síndrome de Münchhausen by proxy y niños, niñas y adolescentes trabajadores. Como se observa, el SMP aparece como una forma más de maltrato, al mismo nivel que las demás.

Esta última es la clasificación que servirá como referencia para el presente estudio, en tanto en la mayoría de la literatura internacional revisada acerca del SMP éste se encuentra, al igual que en Mejía (1997), como una forma de maltrato independiente.

Es importante tener en cuenta las implicaciones de tipo psicológico y físico que intervienen en el SMP, tomando en consideración que se alude a la denominación “síndrome” como conjunto de enfermedades producidas por múltiples causas.

Síndrome de Münchhausen

Karl Friedrich Hieronymus Freiherr von Münchhausen, era un barón del siglo XVIII, que se destacó por sus largas historias acerca de sus patéticas hazañas (Karlin, 1995). Rudolph Raspe (1936) escribió algunas de sus historias en un libro para niños titulado *Barón von Münchhausen, la narrativa de sus maravillosos viajes y campañas en Rusia* (Monteleone, 1994).

El Barón von Münchhausen inventaba y exageraba sus hazañas militares, motivo por el cual fue sugerido este nombre para denominar la enfermedad de algunos pacientes que inventan y exageran sus enfermedades (Delgado, 1997).

Asher (1951), citado por Karlin (1995), acuñó el término síndrome de Münchhausen (SM) para caracterizar a pacientes que fabrican enfermedades y se someten a sí mismos a tratamientos médicos displacenteros y potencialmente perjudiciales. Los pacientes con este desorden se caracterizan por contar dramáticas y plausibles historias médicas que siempre son falsas.

El síndrome de Münchhausen, según el DSM-IV (1995), está dentro del subtipo de “trastornos facticios con predominio de signos y síntomas físicos” (p. 484), y se caracteriza porque “casi la vida entera del sujeto consiste en intentar ingresar o permanecer en los hospitales” (p. 484).

Delgado (1997) describe una serie de motivaciones que podrían explicar el comportamiento de las personas con SM, entre las cuales se encuentran: el deseo de ser el centro de atención e interés; la animadversión contra los médicos y los hospitales a través de la frustración y el engaño; el deseo de drogas; el deseo de escapar de la policía; el deseo de obtener comida y alojamiento gratis a pesar del riesgo de las exploraciones y los tratamientos; trastornos de la personalidad: psicópatas, masoquistas, esquizofrénicos, etc.

Síndrome de Münchhausen por poderes

Según Karlin, el pediatra inglés Meadow (1977) utilizó el término síndrome de Münchhausen por Poderes (SMP), al descubrir que muchas de las madres de sus pacientes epilépticos habían fabricado los síntomas en sus niños (Karlin, 1995). En este mismo año, Meadow da a conocer el primer caso de una niña de seis años que al parecer padecía de hematuria recurrente, sin embargo era la madre la que contaminaba la orina con sangre (Loredo y Sierra, 1994). En 1977 Meadow realiza el primer estudio significativo sobre el SMP, al cual caracterizó como una forma de maltrato infantil.

Esta enfermedad también fue denominada “síndrome de Polle”, nombre del supuesto hijo del Barón

de Münchhausen, quien falleció en circunstancias misteriosas (Strassburg y Penckert, 1984 citados por Loredo y Sierra, 1994)

Sigal (1989), citado por Karlin (1995), muestra cómo el síndrome también es conocido por los veterinarios pues propietarios de mascotas fabrican signos y síntomas en el animal.

Definición y caracterización

Feldman (1999) afirma que el término síndrome de Münchhausen por poderes fue acuñado 20 años atrás en Estados Unidos, y cientos de reportes de casos de personas que padecen de un desorden de la personalidad y que practican este tipo de abuso con los niños, han venido apareciendo desde entonces.

En el DSM-IV (1995) nombran este tipo de síndrome (SMP) como “Trastorno facticio no especificado” (300.19), al no poderse clasificar dentro de las categorías específicas de los trastornos facticios.

Loredo y Sierra (1994) toman una definición de Feldman (1989) del SMP como “una variedad de maltrato en la que el adulto, mediante la falsificación de datos clínicos, simula o produce una enfermedad en el menor, que aparentemente requiere atención médica” (p.73). Karlin (1995), citando a Kahan y Yorker (1991), describe que en estos casos el perpetrador asume indirectamente (por poderes) el rol de enfermo, a través de fingir o producir enfermedades en otras personas, en este caso en los niños.

El síndrome se caracteriza porque una madre (en la mayoría de los casos) argumenta que su hijo está enfermo, de modo que acude al hospital; sin embargo, el niño no está verdaderamente enfermo, pues ha sido ella misma quien ha provocado los síntomas. Por este motivo, se utiliza el término “síntomas fingidos”, porque no responden a un malestar natural del cuerpo sino que son el producto de la intervención de un adulto para provocarlos (Feldman, 1999).

Delgado (1997) realiza una distinción entre “simulación” de signos, donde se falsifican las muestras y no hay una intervención sobre el organismo del menor, de la “producción” de signos, que consiste en la administración de sustancias al niño que le provoquen un desequilibrio orgánico y así la enfermedad.

El síndrome de Münchhausen se diferencia del síndrome de Münchhausen por poderes, en que el primero se presenta en adultos donde ellos mismos producen los síntomas, signos y fabrican sus enfermedades, mientras que en el segundo caso, los adultos generan padecimientos en los niños que tienen bajo su cuidado; esto se considera una forma de maltrato al menor.

Con respecto al género del niño afectado por el SMP, Meadow (1982) citado por Delgado (1997), y Karlin (1995),

afirman que el adulto que interviene causando la enfermedad en el menor no tiene aparente prioridad por algún sexo. Por su parte, Catalina y Mardomingo (1995), citados por Delgado (1997), relatan que en 35 casos recogidos de SMP, el 60% de las víctimas eran niñas y el 40% niños.

Para visualizar la forma en que el SMP se manifiesta, Feldman (1999) describe dos casos de mujeres que coinciden en varios aspectos. Un primer punto en común es que ambas mujeres se hacían cargo de niños que frecuentemente presentaban problemas de salud. Las dos mujeres permanecían la mayoría del tiempo en la clínica con sus niños y eran capaces de producir en éstos ciertos malestares que creaban una necesidad de cuidado, atención y simpatía de los niños para con ellas. Además, las dos recibieron grandes galardones por su dedicación al trabajo: una fue laureada por Hillary Clinton en 1994 con el "White House Rally", mientras que la otra fue nombrada "Mother of the Year" en 1985 por Nancy Reagan. A esto se agrega que la hermana de la primera mujer tenía continuamente problemas intestinales, habiendo sido hospitalizada por lo menos 200 veces, en la mayoría de las cuales tuvo que ser entubada en el estómago, mientras que los niños que estaban a cargo de la segunda, permanecían flacos, demacrados y siempre enfermizos.

El SMP como psicopatología

Feldman (1999) comenta en su artículo que los perpetradores del SMP poseen desórdenes de la personalidad que los obligan a comportarse extrañamente y en forma destructiva, especialmente cuando se sienten estresados.

El SMP es probablemente el tipo de maltrato donde mejor y más obviamente se observa la relación entre un desorden de la personalidad o psicopatología en los padres y el maltrato infantil (Tomson, 1996).

Aunque todavía no existe un total acuerdo sobre la descripción del síndrome, se cree que la fabricación de la enfermedad no es la principal motivación, sino que se requiere de una ganancia secundaria que iría más allá de la atención a un comportamiento enfermo. Ésta consiste en una necesidad de estar en perversa relación con el médico y con el personal del hospital, en la cual la madre es dependiente de ellos, mientras simultánea e intencionalmente provoca gran perjuicio en el niño y en el personal médico (Feldman, 1999).

El término perverso es utilizado por Feldman (1999) en el sentido del reciente pensamiento psicoanalítico como un desorden de la personalidad, donde se involucra una violación consciente de las normas y una gran habilidad para engañar. En el caso de un SMP estas actividades perversas no se dirigen hacia una psicosis o hacia un estado disociativo.

El meollo de este proceso de pensamiento perverso consiste en la habilidad para sostener simultáneamente en la conciencia dos conceptos diametralmente contradictorios; así, estas mujeres se sienten como buenas madres en el momento mismo en el que están maltratando a sus hijos.

Su pensamiento es conceptualmente pobre, pero sus habilidades perceptuales agudamente sutiles, al menos en el área médica; sin embargo, constantemente dejan las pistas de su comportamiento. En esta "obra dramática" el niño importa poco a la madre, a pesar de la apariencia de profundo cuidado hacia él, esto es sólo mientras está frente a los médicos, pues cuando éstos no están presentes, la madre no pone atención a su hijo enfermo (Feldman, 1999).

Al respecto Waller (1983), citado por Bools, Neale y Meadow (1994), afirma que la capacidad para manipular las conductas del niño frente al personal médico, se hace probablemente a través de la utilización de mecanismos disociativos a nivel psíquico.

En un estudio realizado por Bools et al. (1994) participaron 47 madres perpetradoras del SMP. De éstas, 15 envenenaron a los niños como parte de la fabricación de las enfermedades, 34 tenían una historia de enfermedades ficticias o desórdenes somatomórficos, 26 una historia de autoagresión y 10 antecedentes de drogas o alcohol; 9 de las 47 mujeres tenían una historia forense independiente del fallo de culpabilidad por el abuso con los niños. Estas mujeres sufrían síntomas psiquiátricos, fatiga, síntomas somáticos, elementos psicológicos sustanciales e hipocondrías.

Así mismo, Enoch (1990) citado por Bools et al. (1994), encuentra que la mayoría de las mujeres con las que realizó su estudio presentaban la llamada "mentira patológica", en cuya producción se envuelven mecanismos psicológicos conscientes e inconscientes.

En este mismo estudio se encontró que la mayoría de las personas coincidió con los criterios de más de una categoría de desórdenes de la personalidad, y dentro de éstos la psicopatología más notable (en 17 madres) fue del tipo Histriónico y Borderline.

Este hallazgo corresponde con los de otros autores, que según Bools et al. (1994) han descrito lo sobresaliente de varios de los desórdenes de la personalidad en los perpetradores del SMP, entre los que se citan: Atoynatan, O' Reilly y Loin, 1988; Chan, Salcedo, Atkins y Ruley, 1986; Epstein, Morkowitz, Gallo, Holmes y Gryboski, 1987; Griffith, 1988; Hodge, Schwartz, Sargent, Bodurtha y Starr, 1982; Pickford, Buchanan y McLaughlan, 1988; Black, 1981; Stankler, 1977; Rosen et al., 1983; Sigal, Gelkopf y Meadow, 1989. Estos autores describen características de personalidades borderline, histriónicas/histéricas y narcisistas en las perpetradoras.

Clasificación de los perpetradores del SMP

Libow y Schreier (1986), citados por Karlin (1995), describen tres tipos de perpetradores del SMP: cuidadores (Help Seeker), inductores activos (Active Inducer) y doctoadictos (Doctor Addict). Los primeros son adultos que piden atención médica para sus hijos o menores a cargo, en miras de mostrar su propia ansiedad, cansancio y depresión, o su inhabilidad para cuidar del niño. Entre esta categoría se encuentran las personas encargadas de enfermos, amas de casa con violencia doméstica o desórdenes matrimoniales, y embarazos no deseados o madres solteras, entre otros.

Los segundos inducen enfermedades en los menores utilizando métodos dramáticos; comúnmente son madres ansiosas y depresivas que emplean extremos grados de negación, de disociación del afecto y paranoia proyectiva. En segundo grado inducen una relación de control con los médicos y hacen sentir al resto del personal como incompetente.

Los doctoadictos son obsesivos con obtener tratamiento médico cuando en realidad no existe ningún tipo de enfermedad en sus hijos. Muchas madres creen que sus hijos están enfermos y se rehúsan a aceptar evidencia médica que muestre lo contrario, luego comienzan ellas mismas un tratamiento para su hijo.

Bools et al. (1994), en el estudio mencionado con 47 mujeres perpetradoras del SMP, utilizaron la clasificación sugerida por Libow y Schreier (1986). Basados en ésta concluyen que la mayoría de sus sujetos (30/47, incluidos 12/19 entrevistados años después de las fabricaciones) estaban dentro de la categoría de inductores activos y eran considerados prototípicos.

Otra clasificación de los perpetradores del síndrome es ofrecida por Meadow (1989) citado por Monteleone (1994), quien sugiere que éstos pueden ser incluidos en las siguientes categorías: enfermedades percibidas (perceived illness), visitantes médicos (doctor shopping) e invalidez forzada (enforced invalidism).

La primera corresponde a la descripción de una madre ansiosa, inexperimentada, estresada y solitaria, que afirma que su hijo está enfermo. Ella percibe síntomas en el niño que otras personas no, y lo lleva continuamente al doctor debido a la inconformidad de la madre respecto de los tratamientos. Este proceso no está clasificado como una forma de abuso, excepto cuando la madre persiste y se rehúsa a aceptar los resultados normales, que por los excesivos tratamientos puedan afectar la vida del niño.

La segunda categoría describe una madre que busca ayuda médica a través de visitas sucesivas a diferentes doctores, afirmando que su hijo está enfermo. Como cada médico se rehúsa a continuar con la investigación, ella consulta a otros; así, en cada nueva visita presenta el

caso como si no hubiera asistido a donde ningún otro especialista y, por supuesto, no se hubiera hecho un diagnóstico ni tratamiento al problema.

La tercera categoría se desarrolla cuando la madre de un niño discapacitado incrementa el grado de enfermedad en éste. Cuando el niño no está discapacitado la madre asegura que el niño ha sido reconocido como tal y que, por tanto, necesita de una atención o asistencia especial.

Monteleone (1994) comenta que las categorías propuestas por Libow y Schreier (1986) y las propuestas por Meadow (1989) son comparables así: Help Seeker con enfermedades percibidas y Doctor Addict con visitantes médicos.

Características del perpetrador

Para contestar a la pregunta sobre quiénes son los perpetradores del SMP, Meadow (1982), citado por Delgado (1997) y Karlin (1995), asegura que en la mayoría de casos de SMP es la madre quien provoca los malestares a sus hijos menores de seis años. Por su parte, Jones, Butler y Hamilton (1987), citados por Loredó y Sierra (1994), afirman que en el 98% de los pocos casos descritos en España, la culpabilidad recae en la madre biológica y el 2% restante responde a la colusión del padre u otro familiar. Por su parte, Catalina y Mardomingo (1995), citados por Delgado (1997), exponen que en el 88.5% de los casos la perpetradora es la madre, el padre en un 2.85% y ambos progenitores en el 5.7% de los casos.

Meadow (1982), citado por Karlin (1995), afirma que el comportamiento de la madre se caracteriza por la complacencia, la cooperatividad y el apoyo al personal médico. En relación con esto, Feldman (1999) explica que el perpetrador tiende a entablar relaciones estrechas con el personal médico, quien ante estos casos tan confusos siente una profunda frustración y al tiempo una ocupación excesiva. De este modo, el médico comienza a demandar cuidado y atención por sus decepciones.

Del mismo modo, estas madres cargan con el estar en el hospital todo el tiempo, atentas de sus hijos (toman la temperatura, administran los medicamentos e intentan excluir al personal médico de apoyo); son capaces de aparecer como agradablemente interesadas. Además, la madre puede tener conocimientos previos acerca de la enfermería o la medicina lo cual, según Delgado (1997), les es útil en el momento de fabricar los síntomas en sus hijos. Otros rasgos comunes de estas madres es que tienen su propia historia de SM, sufren frecuentemente discordias matrimoniales, niegan el engaño o tienen ideas suicidas o amenazan con suicidarse antes o después de descubierto el SMP.

Así mismo, en un estudio realizado por Catalina y Mardomingo (1995), citados por Delgado (1997), se re-

visaron 35 casos de SMP donde las madres tenían entre 27 y 32 años. Se encontró que un 80% de ellas tenía profesiones relacionadas con la salud, habían sufrido ellas mismas de un SM o habían recibido tratamiento psiquiátrico previo; incluso un 60% había tenido intentos de suicidio.

Otras características del comportamiento de la madre incluyen la separación ansiosa del niño y una relación sobreprotectora con éste; el niño, por su parte, puede apearse a la madre y no demostrar apropiación de su comportamiento (Crouse, 1992, citado por Karlin, 1995).

Dentro de las características del perpetrador del SMP, Feldman (1999) destaca la tendencia de éste a sentirse especial, a través de aparecer como poseedor de un carácter heroico con respecto al cuidado de los niños enfermos, con el fin de ganar la atención de personas de la familia, de la comunidad o de amigos.

Black, 1981; Stankler, 1977; Fialkov, 1984; Feisher y Ament, 1977; Griffith, 1988; Hosh, 1987; Palmer y Yoshimura, 1984, citados por Bools et al. (1994), coinciden en que en muchos de los casos reportados de SMP las madres tuvieron una historia de autoabuso o abuso de sustancias y dependencia del alcohol.

Karlin (1995), por su parte, afirma que las madres perpetradoras son usualmente susceptibles, antagónicas y paranoicas, así como destructivas y furiosas.

Motivos del perpetrador

Jones (1994) plantea que es muy difícil comprender por qué las madres pueden llegar a tales extremos con tal de suplir sus propias necesidades.

Existen muchas teorías acerca de por qué una mujer llega a fabricar enfermedades en sus niños. Según Karlin (1995), la mayoría de las teorías coincide en afirmar que este fenómeno se debe a una pérdida temprana en la vida de la madre, representada por un rechazo a la maternidad y por la sensación de carencia de amor y atención, como si fuera un infante.

Bach (1991), citado por Karlin (1995), afirma que este fenómeno puede deberse además a “la falta paterna, a través de la negligencia o el trato abusivo, o la pérdida del yo, a través de enfermedades infantiles o desilusiones traumáticas” (p. 2).

Estas madres, entonces, expresan una rabia engendrada por la pérdida temprana, a través de la desvalorización y el desprecio por el personal médico, en un juego de falsas enfermedades. Por medio de la desvalorización del médico estas mujeres crean para ellas mismas protección, reconocimiento y seguridad de todo lo que ellas violentamente anhelan. En otras palabras, muchas madres utilizan a sus hijos “enfermos” para crear una rela-

ción con el médico cimentada en la mentira. Sin embargo, ésta es la relación que proveen con mayor naturalidad y las protege de desesperar (Schreier, 1992, citado por Karlin, 1995).

Loredo y Sierra (1994) citan a Loredo y Sierra (1989) para mostrar otro motivo por el cual los perpetradores del SMP maltratan a sus hijos. El síndrome puede iniciarse desde que la madre se sabe embarazada; es decir, que desde la fase de gestación se inicia el rechazo hacia el niño y al no aceptarlo en estas primeras etapas y no lograr deshacerse de él, intenta hacerlo de la manera como se describe en el SMP.

Karlin (1995) presenta entre los criterios diagnósticos de SMP de la Asociación Americana de Psiquiatría, el siguiente: la motivación para el comportamiento del perpetrador es asumir el rol de enfermo por cercanía (by proxy) y no hay incentivos externos para que se produzca el comportamiento, tales como factores económicos. En este aspecto puede observarse una diferencia de opiniones entre el presente autor y Delgado (1997), quien considera que sí hay motivaciones externas (conseguir comida, refugio, drogas, etc.) para la presencia de un SM.

Estrategias utilizadas por los perpetradores del SMP

Los adultos responsables de causar o simular enfermedades en los niños utilizan diversas técnicas para llevar a cabo su objetivo. Berdner, Kastner y Skoknick (1988), citados por Delgado (1997), afirman que “los vómitos repetidos son provocados por la madre mediante intoxicación intencionada con distintos productos, tales como la Ipecacuana” (p.119). Goebell y Artman (1993), citados por Delgado (1997), presentan dos casos de miocardiopatía por intoxicación por Ipecacuana. De acuerdo con esto, los autores aconsejan que todo paciente que presente vómitos y diarrea prolongada que puedan llevar a una deshidratación y malnutrición, y a los que se asocie una afección muscular cardíaca y/o esquelética, puede llevar a pensar en una intoxicación por dicha sustancia, y por tanto, en un SMP.

Delgado (1997) menciona casos de pseudoobstrucción intestinal crónica en niños cuyas madres les suministraban barbitúricos de forma intencionada y prolongada. Del mismo modo ilustra cómo las madres fingen la fiebre frotando continuamente el termómetro con alguna superficie o introduciéndolo en líquidos calientes. También menciona que el caos bioquímico puede producirse al diluir la sangre o añadiendo sal o azúcar a los diferentes líquidos orgánicos.

A manera de ejemplo, Feldman (1999) comenta que podría darse que el perpetrador del SMP sofoque a la víctima hasta dejarla inconsciente, produciéndole una apnea

(cesación de la respiración) para luego llevarla al hospital. Como consecuencia de estas fabricaciones se pueden provocar serias preocupaciones en el personal médico al no encontrar la causa del problema, ya que comúnmente no sospecha que el cuidador sea el causante de la enfermedad.

En lo que tiene que ver con las lesiones cutáneas, Delgado (1997) cita a Clarck, Key y Rutherford (1984) y a De Tony, Gastaldi y Scarsi (1987), diciendo que éstas pueden causarse por frotar continuamente la piel con el dedo, las uñas o un objeto, hasta obtener lesiones notorias, aplicando soluciones cáusticas en diversos puntos de la piel, o haciendo punciones que simulen un “cuadro purpúrico hemorrágico”.

Delgado (1997) cita a Dine y McGovern (1982) con el fin de determinar cuáles de los 32 agentes que sirven para causar una intoxicación intencionada son los que se aplican con mayor frecuencia en los casos de SMP. Estos son: barbitúricos, tranquilizantes, insulina, exceso de agua y exceso de sal. En el 30% de los casos, las intoxicaciones provocadas persisten durante la hospitalización, y en un 20% se asocian a maltrato físico, aunque éste cese mientras la víctima está hospitalizada.

Los estudios sobre maltrato por intoxicación datan desde 1947, cuando Conn y Ryneerson, citados por Delgado (1997), publicaron sus investigaciones; sin embargo, sólo recientemente estos casos se han incluido en el SMP.

Manifestaciones físicas del SMP

Las manifestaciones clínicas que se pueden describir en el SMP son múltiples, en tanto dependen directamente de las provocaciones o fabricaciones del perpetrador, que varía de caso en caso.

Delgado (1997) plantea que entre las más usuales se encuentran manifestaciones digestivas, abdominales, hemorrágicas, neurológicas, nefrourológicas y cutáneas. Sin embargo, en este síndrome se describe todo tipo de cuadros simulados, como “fiebre prolongada, síndrome de inmunodeficiencia, fibrosis quística de páncreas, epilepsia, crisis de apnea, sepsis recidivantes polimicrobianas, glucosurias, caos bioquímico, síndromes de malformación, hipoglucemia, intoxicaciones con los productos más diversos, etc.” (p.119)

Delgado (1997) comenta que las manifestaciones hemorrágicas:

suelen deberse a que la madre añade sangre del niño o su propia sangre a la orina, heces o vómitos del paciente. Otras veces embadurna la cara o el periné del pequeño con sangre que proviene de los propios tampones menstruales o de punciones que se hace la madre a sí misma. En otras ocasiones no se trata de sangre sino de pintura u otros productos que se añaden a las muestras orgánicas para colorearlas y simular una hemorragia (p.119).

Dentro de las expresiones frecuentes de SMP se encuentra el coma hipoglucémico. Para hacer más fácil el diagnóstico de estos casos, Mayefsky, Sarnaik y Postellon (1982) citados por Delgado (1997), afirman:

la determinación del péptido C es de gran importancia ya que se trata de un marcador fiable de la actividad de células beta del páncreas. (...) el diagnóstico de coma hipoglucémico como consecuencia del SMP se basa en la triada: hipoglucemia + insulínismo + bajas concentraciones de péptido C en el suero, ya que estos tres datos son la expresión de un hiperinsulínismo exógeno, en este caso provocado, sin fines terapéuticos (p.121).

Jones y otros (1987), citados por Loredo y Sierra (1994), proponen algunas condiciones físicas que, si se encuentran presentes en el niño, pueden indicar la existencia de un SMP. Éstas son: alteraciones hematológicas, crisis convulsivas, depresión del sistema nervioso central, apneas, diarrea y vómito, fiebre y exantema inespecífico, sin una explicación convincente. De todas ellas, los niños analizados en un estudio del Instituto Nacional de Pediatría (INP) de México en 1991, presentaron regresión o retardo psicomotor e incluso uno de ellos fingía estar dormido todo el tiempo.

La forma más común de fingir o inducir síntomas en el SMP envuelve cisuras, malestar general, diarrea, asma, alergias, infecciones y vómito (Feldman, 1999).

Diagnóstico del SMP

Karlin (1995), citando a Sigal (1989), afirma que cuando los niños están crónicamente enfermos, sus habilidades para las pruebas se ven afectadas. De esta manera, no es posible establecer cuándo se está presentando realmente la enfermedad o si los síntomas son imaginados y/o fabricados, lo cual puede dificultar el diagnóstico. Para detectar la presencia del SMP en un menor, deben tenerse en cuenta varios factores. Las manifestaciones físicas esbozadas en el apartado anterior pueden ayudar a identificar el síndrome; pero también existen otros indicios.

Karlin (1995) presenta los signos típicos mencionados por Libow y Schreier en 1992 para el SMP, que incluyen:

1. Una prolongada, inusual y multisistémica enfermedad con síntomas incongruentes.
2. La desaparición de los síntomas cuando la madre no está presente.
3. La ausencia de uno de los padres (generalmente el padre) durante las hospitalizaciones.
4. La contradicción entre la salud general del paciente con los resultados obtenidos en el laboratorio, probablemente debido a la manipulación de las muestras por parte de la madre.

En esta misma línea, Delgado (1997) sugiere tener en cuenta, además de los mencionados, otros factores para sospechar de la presencia de un SMP:

1. Enfermedades persistentes o recurrentes sin explicación.
2. Intolerancia al tratamiento.
3. Convulsiones que no responden al tratamiento apropiado.
4. Madre especialmente pendiente de su hijo, del cual no quiere alejarse ni por períodos cortos de tiempo.
5. La madre está menos preocupada por la situación de su hijo que los médicos y el personal sanitario, con quienes generalmente tiene una buena relación y suele alabar su interés.
6. Madres con experiencia previa o con estudios —frecuentemente fracasados— de medicina o de enfermería.
7. El perpetrador niega la causa de la enfermedad.

Asher (1951), citado por Bools et al. (1994), afirma que algunos sujetos que presentan un desorden de somatización pueden ser calificados con una disposición sobresaliente al síndrome.

Teniendo en cuenta los factores que indican la presencia del SMP según varios autores, se mencionarán ahora unas normas procedimentales que deben seguirse para diagnosticar este síndrome. Según Meadow (1982) citado por Karlin (1995), se debe:

1. Estudiar la historia del niño con el fin de determinar qué eventos son reales y cuáles fabricados.
2. Buscar asociaciones temporales entre los eventos de enfermedad y la presencia de la madre.
3. Escudriñar la historia personal, familiar y social que la madre ha proporcionado.
4. Contactar otros miembros de la familia.
5. Contactar al médico de la madre para detectar un posible SM o enfermedades inexplicadas.
6. Asegurarse que los laboratorios de los hospitales estén atentos a las muestras de los niños para futuros seguimientos.
7. Tener más cuidado en el monitoreo de la madre y el niño, si es posible a través de vídeo.
8. Revisar las posesiones de la madre para encontrar venenos o sustancias.
9. Lo más importante es excluir a la madre por uno o dos días y observar si desaparecen los síntomas.

Para Bools et al. (1994) resulta muy importante hacer una historia médica y psiquiátrica detalladas y un registro de los comportamientos antisociales, con el fin de determinar el estado mental de la madre y así complementar un posible diagnóstico de SMP.

Loader y Kelly (1996) sugieren que la clave para el diagnóstico se encuentra en las características de la relación de la madre y el médico del niño, teniendo como perspectiva la mirada narrativa (es decir, analizar el relato de la madre, las explicaciones y las distintas versiones), y concibiendo al SMP como un proceso (la historia de las enfermedades y la relación entre el hijo y la madre).

Seibel y Parnell (1998) afirman que dentro de los pasos para confirmar el diagnóstico del SMP es importante promover la comunicación de los hallazgos médicos y mejorar la educación de los profesionales.

De esta manera Jones (1986), citado por Karlin (1995), asegura que un diagnóstico del SMP puede hacerse certero cuando:

1. Se ha recogido evidencia objetiva, como por ejemplo, verificaciones del laboratorio, vídeos.
2. Las historias médicas y sociales están caracterizadas por desórdenes.
3. Los resultados hallados por la clínica desaparecen o sugieren enfermedades inducidas.

En un estudio realizado por Catalina y Mardomingo (1995), citados por Delgado (1997) se encontró que el rango de edades en las que se diagnostica el SMP va de los 2 meses a los 13 años, y la edad media es de 3 años y 5 meses.

En este mismo estudio se señala que el tiempo medio transcurrido entre el inicio de los síntomas y el diagnóstico es de 23 meses. A este respecto, Loredó y Sierra (1994) afirman que este lapso de tiempo varía, pero generalmente es largo (de meses e incluso años) con una media de 8 a 10 meses, durante los cuales el paciente es sometido a todo tipo de estudios, determinaciones analíticas, exploraciones, biopsias, intervenciones, etc.; algunas veces el menor evoluciona con éxito sin que se haya podido establecer el diagnóstico correcto.

Day (1998) afirma que como parte de un equipo interdisciplinario de investigación de SMP, psicólogos y profesionales de la salud mental deben completar las entrevistas investigativas, las entrevistas de evaluación psicológica investigativa y las entrevistas de segunda opinión con el fin de hacer un buen diagnóstico y llevar a cabo un buen tratamiento.

Consecuencias del SMP

Las consecuencias del SMP se pueden observar en varios niveles (físico, emocional, psicológico, social, etc.).

En relación con las consecuencias físicas, Rosenberg (1987), citado por Karlin (1995), comenta que han sido reportados casos donde los efectos del síndrome sobre los niños muestran cambios óseos destructivos, retardo mental, degeneración del riñón (por anoxia), nefritis inmunomediada, debilitamiento y ceguera cortical.

Algunas veces los niños requieren de múltiples cirugías abdominales, cada una con el riesgo de sufrir diversos problemas médicos posteriores.

Por otra parte, Feldman (1999) menciona que los niños víctimas del SMP, sufren aterradoras experiencias cotidianas, pues sus infancias transcurren en los hospitales o en los consultorios médicos. Esto, entre otros motivos, da lugar al desarrollo de algunos efectos psicológicos, los cuales son de gran extensión y pueden llegar a ser crónicos.

Karlin (1995) explica que el menor puede aprender a ver el amor de la madre como dependiente del comienzo de su enfermedad; de este modo, el niño entra a cooperar en el engaño o incluso recurre al autoabuso, con el propósito de protegerse a sí mismo del miedo al abandono. Una vez el niño ha aprendido a identificarse con la enfermedad y a usarla como medio de expresión y comunicación con la madre, tiene la capacidad de convertirse en paciente del SM: pasa de ser víctima a ser perpetrador sobre sí mismo. Es probable que además repita esto con sus hijos convirtiéndose en un perpetrador del SMP. Así, estas enfermedades parciales pueden perpetuarse en un círculo intergeneracional que va en aumento. El desarrollo del comportamiento del niño frente al comportamiento de la madre se describe así: “el niño comienza con un rechazo, con negativismo y ansiedad, y luego progresivamente entra en la pasividad” (p. 2).

Sigal (1988), citado por Karlin (1995), presenta otros efectos psicológicos del SMP en el niño: frecuente ansiedad intensa, comportamiento hiperactivo y una sensación de debilidad. En esta misma línea, Karlin (1995) postula que la experiencia de simbiosis y complicidad entre la madre y el niño puede afectar el comportamiento futuro de este último.

Este autor plantea además que los niños menores de 6 años pueden creer que son responsables de sus enfermedades, lo cual es una forma de abuso; esta condición de responsabilidad puede alterar el autoconcepto del menor y su fuerza yoica.

Schreier (1997) describe dos casos de SMP que envuelven fabricación de enfermedades psiquiátricas como consecuencia del maltrato provocado por la madre. El primer caso es el de un niño de siete años que presentaba síntomas de desorden de personalidad múltiple, incluyendo repetidas hospitalizaciones. El segundo caso es el de un niño de ocho años tratado por déficit de atención y desorden hiperactivo, desorden bipolar y epilepsia temporal.

Al examinar el impacto emocional del SMP en una niña de seis años envenenada por su madre, Dowling (1998) describe el tratamiento en psicoterapia para niños que él realizó durante 20 meses en un hospital donde los padres también fueron rehabilitados. En este caso se

concluye que durante el trabajo psicoterapéutico la niña mostró una experiencia de relaciones peligrosas en su familia, dejando como secuela la desconfianza en cualquier nueva relación y la duda acerca de su capacidad para ser cercana sin ser destructiva. La niña también evidenció, así como sus padres, terror frente a la presencia de sentimientos asesinos en la familia, refugiándose en el engaño cuando la historia era muy dura.

Dentro de las consecuencias que tiene para las víctimas la ocurrencia de un SMP, se plantea que en niños mayores el ausentismo escolar, resultante de múltiples hospitalizaciones, provoca en los niños unas interacciones sociales pobres con sus pares de la misma edad (Karlin, 1995).

Mortalidad

Feldman (1999) afirma que es muy importante hacer una comprensión dinámica del síndrome, pues cada vez se encuentran más evidencias que muestran que es más común de lo que se cree, y que es devastador, si no fatal para los niños. Según Loredó y Sierra (1994), la mortalidad debida al SMP no está precisada, pero se presume alta.

Kahan y Yorker (1991), citados por Karlin (1995), afirman que el rango de mortalidad significativa es por lo menos del 10%. Por su parte, Delgado (1997) se refiere a la mortalidad por administración de agentes químicos explicando que se presenta en un 15 a 20% de los casos, dejando secuelas neurológicas la mayoría de las veces, especialmente cuando los agentes utilizados son los más peligrosos, como la insulina y los hidrocarburos.

Las maneras como usualmente mueren los niños a causa de este síndrome son: sofocación, heridas inducidas, desangramiento, envenenamiento crónico con Ipecacuana, envenenamiento crónico phenolphthalein (inducción a la diarrea) e inyección de excrementos (Karlin, 1995).

Se encuentran algunos estudios sobre el rango de mortalidad que tiene el síndrome. La investigación de Waller, donde de los 23 casos recogidos de SMP resultaron 5 niños muertos, lo que da una mortalidad del 22%. En la revisión de Catalina y Mardomingo (1995), la mortalidad en 35 casos de SMP fue de 11.4%. Kaufman y Coury consideran que estas cifras pueden ser superiores y que otras muertes infantiles no definidas o casos de “muerte súbita”, podrían deberse al SMP (Delgado, 1997).

Feldman (1999) comenta que desde el momento en que comienzan a darse los actos de simulación de los síntomas pueden pasar años antes de que los médicos descubran la verdad acerca de los malestares de sus pacientes. Teniendo en cuenta esto no es raro encontrar que la tasa de mortalidad en niños que sufren los efectos del síndrome sea del 90%.

Tratamiento

El tratamiento del SMP incluye varios factores. Es importante intervenir terapéuticamente con el fin de ayudar psicológicamente al menor y a su madre; pero es imprescindible tener en cuenta el aspecto jurídico, el cual brindará protección al menor y a otros niños que puedan estar en peligro.

Loredo y Bobadilla (1987) y Loredo y Oldak (1990), citados por Loredo y Sierra (1994), plantean que se debe dar un tratamiento integral al SMP que incluya el tratamiento medicoquirúrgico al niño, el tratamiento psiquiátrico a todos los miembros de la familia, su análisis social y la consideración del estado jurídico del caso.

Una vez diagnosticado el SMP pueden pasar varias cosas: si la madre está de acuerdo con seguir una psicoterapia y un tratamiento, el niño probablemente permanezca en una agencia de protección por algún tiempo. Si la madre continúa en una actitud de negación, se ponen en marcha acciones legales a favor del niño, quien debe ser monitoreado con sumo cuidado en el futuro. En algunos casos la madre rechaza el tratamiento, deniega el alegato e incluso se reubica en otro estado o población, sólo con la intención de continuar con su comportamiento (Karlin, 1995).

Esta misma autora cita una conversación personal con el doctor Frost, de Baylor College of Medicine, para presentar un ejemplo de la situación anterior: "un perpetrador del SMP fue encarcelado en Texas por inducir paro cardiorrespiratorio en sus dos hijos y luego fue reportado en la Florida, por inducir episodios de vómito en los niños" (p. 4)

Para Bools et al. (1991), citados por Bools et al. (1994), es común que el perpetrador continúe con el abuso y es el primer obstáculo para cualquier trabajo terapéutico de recuperación con el niño. Estos autores recomiendan que cuando se quiera hacer una aproximación a la predicción de un comportamiento futuro de una madre perpetradora de SMP, el primer ítem que debe ser documentado ampliamente es el que corresponde a los detalles de la fabricación; así mismo, afirman que la actitud y el comportamiento de la madre al momento de la confrontación con sus acciones nocivas contra el niño, serán indicadores críticos en el momento de la evaluación.

Bools et al. (1991), citados por Bools et al. (1994), plantean que una dificultad adicional en el tratamiento puede darse cuando el esposo o el abuelo del niño niega o minimiza la seriedad del comportamiento de la madre y luego obstaculiza el manejo de la rehabilitación.

Parnell (1998) y Day (1998) sugieren que en los casos de SMP los profesionales de la salud mental deben desarrollar una estructura de tratamiento centrada en el propósito de minimizar el desarrollo del daño y en la

intervención en el ciclo intergeneracional del abuso, con el fin de curar el trauma experimentado por las víctimas.

Parnell (1998) afirma que el manejo de casos de SMP debe estar apoyado por un sistema de protección infantil que incluya: el reporte de abuso, la corte juvenil, reunificación, fin de los derechos paternos, corte criminal y corte civil. Así mismo, plantea que el soporte del sistema judicial es imperativo si se quiere que las víctimas estén a salvo y los perpetradores participen en programas de tratamiento efectivos.

McGuire y Feldman (1989), citados por Karlin (1995), plantean que se debe tener extrema precaución al devolver la custodia del niño a una madre perpetradora, pues incluso después de involucrar al niño en los Servicios de Protección al Menor (Children's Protective Services), éstos continúan siendo víctimas del abuso materno. Resulta evidente entonces que la posibilidad de recurrencia debe ser siempre considerada en estos casos, y que la protección del niño debe ser la prioridad.

Parnell (1998) y Day (1998) afirman que el comportamiento relacionado con el SMP es considerado abuso infantil e incluso una forma de comportamiento criminal, por esto las agencias de fortalecimiento de la ley y las oficinas fiscales de Estados Unidos son responsables de proveer o no alegatos con respecto a esta actividad, y de comenzar a actuar para procesar legalmente a los perpetradores.

Seibel y Parnell (1998) proponen que para el tratamiento del SMP, así como para el de cualquier tipo de maltrato infantil, es importante la conformación de un equipo interdisciplinario que incluya personal médico, con el fin de capacitar al personal legal para proteger al niño.

La necesidad de proteger a los niños de las consecuencias del SMP es evidente. La decisión de los profesionales acerca de la conveniencia para el niño de permanecer o no con la madre, debe estar influenciada por la respuesta de ésta ante la confrontación, y al tratamiento ofrecido (Bools et al., 1994).

Por las características del SMP explicadas en el presente artículo, resulta de vital importancia considerar la posibilidad del establecimiento de un diagnóstico diferencial de éste, que se adecue al contexto colombiano. Así, es importante realizar en el país investigaciones exhaustivas para determinar los factores de riesgo, las estrategias utilizadas por los perpetradores y las posibilidades de intervención, entre otras, y conseguir de esta manera mayor precisión y eficacia.

Síndrome de Münchhausen por poderes en serie

Existe una tercera clase dentro del SM, cuya diferenciación del síndrome propiamente dicho y del SMP se basa en que en algunas ocasiones este último se produce

en más de un miembro de la familia, constituyendo lo que se ha llamado síndrome de Münchausen por poderes en serie (Delgado, 1997).

Existen algunos estudios de casos de SMP en serie, dentro de los que se puede mencionar el de Rosenberg (1987), citado por Delgado (1997). En esta investigación se revisaron 117 casos de SMP, y se encontró que en 10 familias había más de un hijo involucrado. Otro estudio es el de McGuire y Feldman (1989), citados por Delgado (1997), donde se describen 5 familias con más de un hijo afectado en cada una. De un total de 18 hijos, 13 padecieron de SMP y 4 de éstos fallecieron. El síndrome descrito con mayor frecuencia fue la apnea (parada respiratoria).

En un estudio realizado por Catalina y Mardomingo (1995), citados por Delgado (1997), se revisaron 35 casos de SMP. En esta investigación se hace referencia a cómo en 16 familias se sospechó de la existencia de más de un hijo víctima del SMP.

Todas las condiciones expuestas sobre el SMP son también aplicables al SMP en serie, incluyendo su tratamiento.

Referencias

- Amirali, E., Benzokry, R. & McDonough, R. (1998). Culture and Münchausen by Proxy Syndrome: The case of an eleven year old boy presenting with hyperactivity. *Canadian Journal of Psychiatry*, 43.
- Arenas, A., Bohórquez, M., Brito, L., Camacho, M., Gutiérrez, L., Isaza, C., Lago, G., López, E., Medina, C., Montoya, C., Morales, A., Quintero, A., Quiroz, M., Rojas, G. & Ruiz, E. (1995). Sistema Nacional de Información Síndrome del Niño Maltratado. *Temas de Pediatría, Edición Especial*, Santafé de Bogotá: Paidós Nestlé.
- Bools, C., Neale, B. & Meadow, R. (1994). Münchausen Syndrome by Proxy: a Study of Psychopathology. *Child Abuse & Neglect. The International Journal*, 9, (18).
- Day, D. (1998). Interviewing the perpetrator after medical diagnosis. *Münchausen by Proxy Syndrome: Misunderstood Child Abuse*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Delgado, A. (1997). Síndrome de Münchausen por Poderes. *Niños maltratados*. Madrid: Díaz de Santos.
- Díaz, J. (1997). El maltrato infantil en la historia. En J. Casado, J. Díaz, y C. Martínez. *Niños maltratados*. Madrid: Díaz de Santos.
- Díaz, J. (1997). Concepto. Tipología. Clasificación. En J. Casado, J. Díaz, y C. Martínez. *Niños maltratados*. Madrid: Díaz de Santos.
- Dowling, D. (1998). Poison Glue: The Child's Experience of Münchausen Syndrome by Proxy. *Journal of Child Psychotherapy*, 24.
- DSM-IV (1995). *Manual diagnóstico estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson, S.A.
- Feldman, M. (1999). Parenthood Betrayed The Dilemma of Munchausen Syndrome by Proxy. [En línea] Self-Help & Psychology. www.shpm.com/articles/parenting/hsmun.html
- Feldman, M. (1999). Münchausen by Proxy Syndrome. [En línea] www.Münchausen.com
- Jones, D. (1994). Editorial: The Syndrome of Münchausen by Proxy. *Child Abuse and Neglect. The International Journal*, 9, 18.
- Karlin, N. (1995). Münchausen Syndrome by Proxy. [En línea] Brattleboro Retreat. Psychiatry Review. www.bratreteat.org/brpr./v4n1.html
- Kempe, H & Kempe, S. (1985). *Niños maltratados*. Madrid: Morata.
- Loader, P. & Kelly, C. (1996). Münchausen Syndrome by Proxy: A Narrative Approach to Explanation. *Clinical Child Psychology and Psychiatr*, 1.
- Loredo, A. & Sierra, J. (1994). *Maltrato al Menor*. México: McGraw-Hill.
- Mejía, S. (1992). Cotidianidad y maltrato. El drama de la niñez maltratada en Colombia. Santafé de Bogotá: Guadalupe.
- Mejía, S. (1992). Situación de los niños maltratados. *El drama de la niñez maltratada en Colombia*. Santafé de Bogotá: Guadalupe.
- Mejía, S. (1997). *Investigación sobre el maltrato infantil en Colombia 1985-1996. Estado del arte*. Santafé de Bogotá: Centro de Publicaciones Fundación FES-Restrepo Barco.
- Monteleone, J. (1994). *Child Maltreatment a Clinical Guide and Reference*. St Louis: G.W. Medical Publishing.
- Parnell, T. (1998). Coordinated case management through the child protection system. *Münchausen by Proxy Syndrome: Misunderstood Child Abuse*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Parnell, T. (1998). Guidelines for identifying cases. *Münchausen by Proxy Syndrome: Misunderstood Child Abuse*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Ramírez, L. (1992). Aspectos Save The Children (1994). *Manual para la detección de casos de maltrato a la niñez*. Santafé de Bogotá: Éxito.
- Secretaría Distrital de Salud (1998). Red de Entidades Centinela para la Vigilancia Epidemiológica de la Violencia Intrafamiliar – Violencia contra la mu-

- jer y Maltrato al menor. *Registro de Atención*. Santafé de Bogotá: texto inédito.
- Seibel, M. & Parnell, T. (1998). Münchausen by Proxy Syndrome. *Misunderstood Child Abuse*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Schreier, H. (1997). Factitious Presentation of Psychiatric Disorder: When is it Münchausen by Proxy. *Child Psychology and Psychiatry Review*, 2.
- Tomson, A. (1996). Child Maltreatment and Mental Disorder. Discussion Paper N° 3.[En línea] www.Münchausen.com
- Vallejo, E. & Romero, G. (1999). *Norma para el diagnóstico y atención integral del niño(a) maltratado (a)*. Santafé de Bogotá: Ministerio de Salud.