



Servicio de Salud Mental

Hospital de Pediatría S.A.M.I.C.
"Prof. Dr. Juan P. Garrahan"

SÍNDROME DE MUNCHAUSEN POR PODERES ABORDAJE INTERDISCIPLINAR IO

Dra. Corina Ponce
Hospital de Pediatría
SAMIC " Prof. Dr. J. P.
Garrahan"
Noviembre 2016

OBJETIVOS

- Desarrollar una breve descripción acerca del SMPP (**Trastorno Facticio aplicado a otro**) enmarcado como una forma de maltrato infantil.
- Mencionar su ubicación nosográfica actual, diagnóstico y posibles intervenciones de abordaje interdisciplinario.
- Realizar la descripción de un caso clínico



TRASTORNO FACTICIO IMPUESTO A OTRO.



“Los padres y sobre todo la madre, inventan, falsifican o producen de manera voluntaria síntomas al niño, con la finalidad de gratificar las necesidades psicológicas de atención y dependencia de ellos mismos”.

TRASTORNO FACTICIO IMPUESTO A OTRO.

El niño es llevado a diferentes consultas médicas, con diferentes profesionales, de manera persistente, solicitando la realización de múltiples procedimientos médicos, tanto para diagnóstico como de tratamiento.

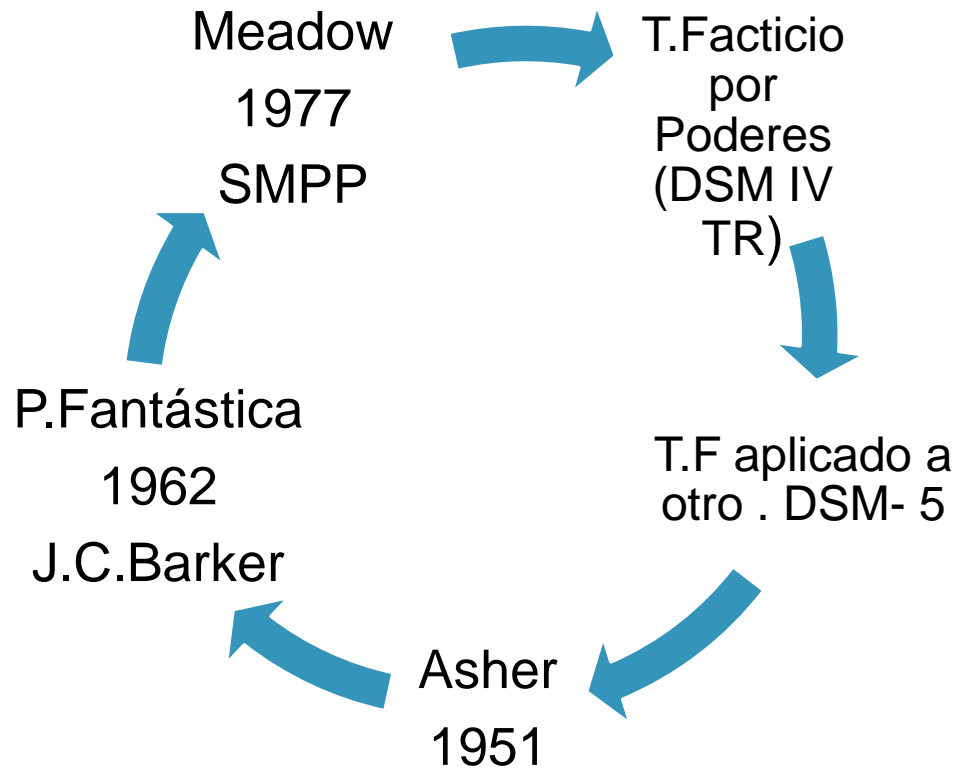


TRASTORNO FACTICIO IMPUESTO A OTRO.

“Se trata de una modalidad de maltrato al niño, en la medida en que las acciones del adulto le provocan un daño real o potencial, con alteración de su desarrollo integral”



RESEÑA HISTÓRICA





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.
- ❖ **El diagnóstico se aplica al autor, no a la víctima**

PREVALENCIA

Sheridan (2003) 451 casos

Se observaron en menores de 4 años

Sin predilección de sexo

Madre causante del 76.5% de los casos

Tiempo transcurrido desde el inicio de los
síntomas hasta el diagnóstico

21,8 meses

Fridman N (1999)

31 HC de pac. con TFPP

-Perpetrador: madre 80.6% de
los casos

-Edad media del niño al Dx: 6,4
años

-Tiempo al DX: 3,8 meses

- 41,9 % de los perpetradores
tenían vinculación con la
medicina.

SOSPECHA DIAGNÓSTICA

- Discrepancias entre el interrogatorio y los hallazgos del examen físico.
- Existencia de alguna muerte sin explicación en la familia (por ejemplo: muerte súbita del lactante).
- Madre única testigo de los síntomas, estimula la internación y los procedimientos diagnósticos invasivos.



SOSPECHA DIAGNÓSTICA

- Frecuentes consultas a servicios de emergencia y consultas médicas en general.
- Falta de emoción del perpetrador ante la posibilidad de diagnósticos severos.
- Ausencia de preocupación o angustia por el pronóstico del paciente.




FORMAS CLÍNICAS DE PRESENTACIÓN

- Neurológicos (convulsión, ataxias, TPNE, depresión del SNC)
- Respiratorios (Apneas, sofocación)
- Gastrointestinales (vómitos inducidos, diarreas, sangrados)
- Sangrados
- Cardíacos (bradicardia por betabloqueantes)



CASO CLÍNICO

“Cuando todo lo que hay
que saber,
está en la carpeta”

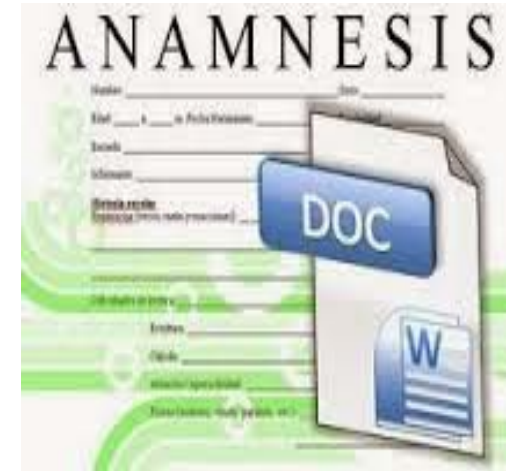


LA IMPORTANCIA DE LA ANAMNESIS

- Paciente de 3 años y 5 meses

Motivo de consulta:

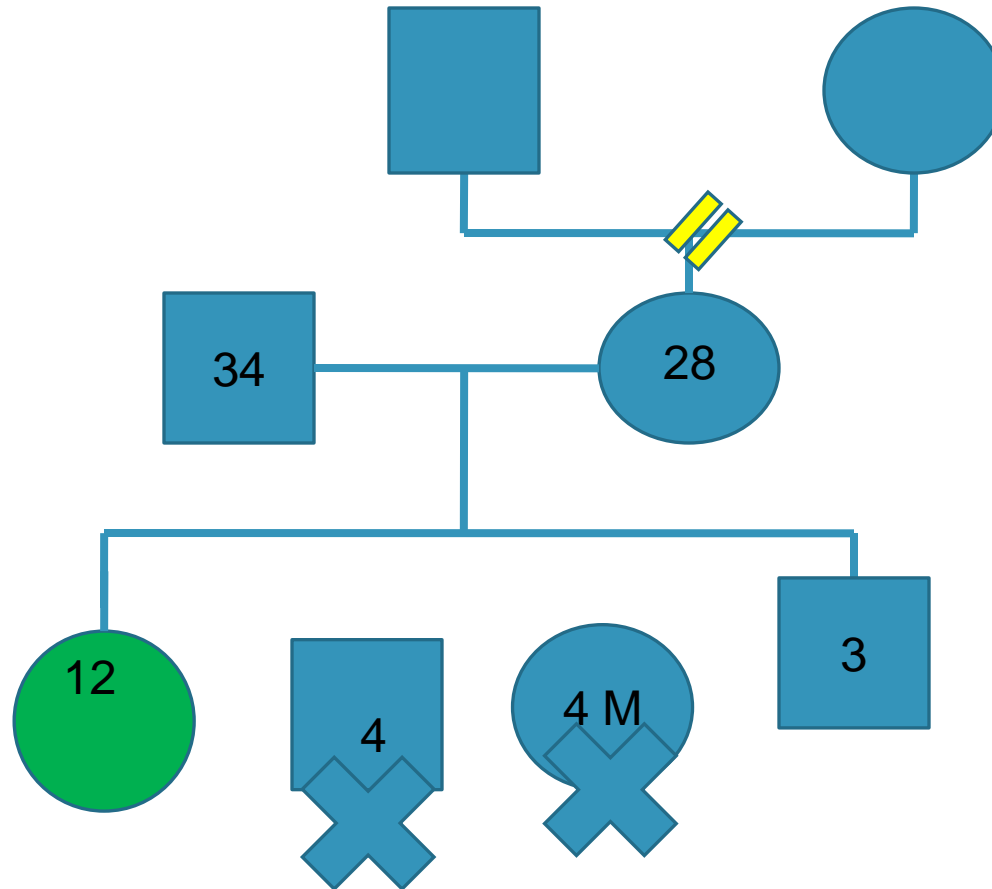
- Diarrea crónica de 15 meses de evolución alternada con constipación, vómitos y dolor abdominal.



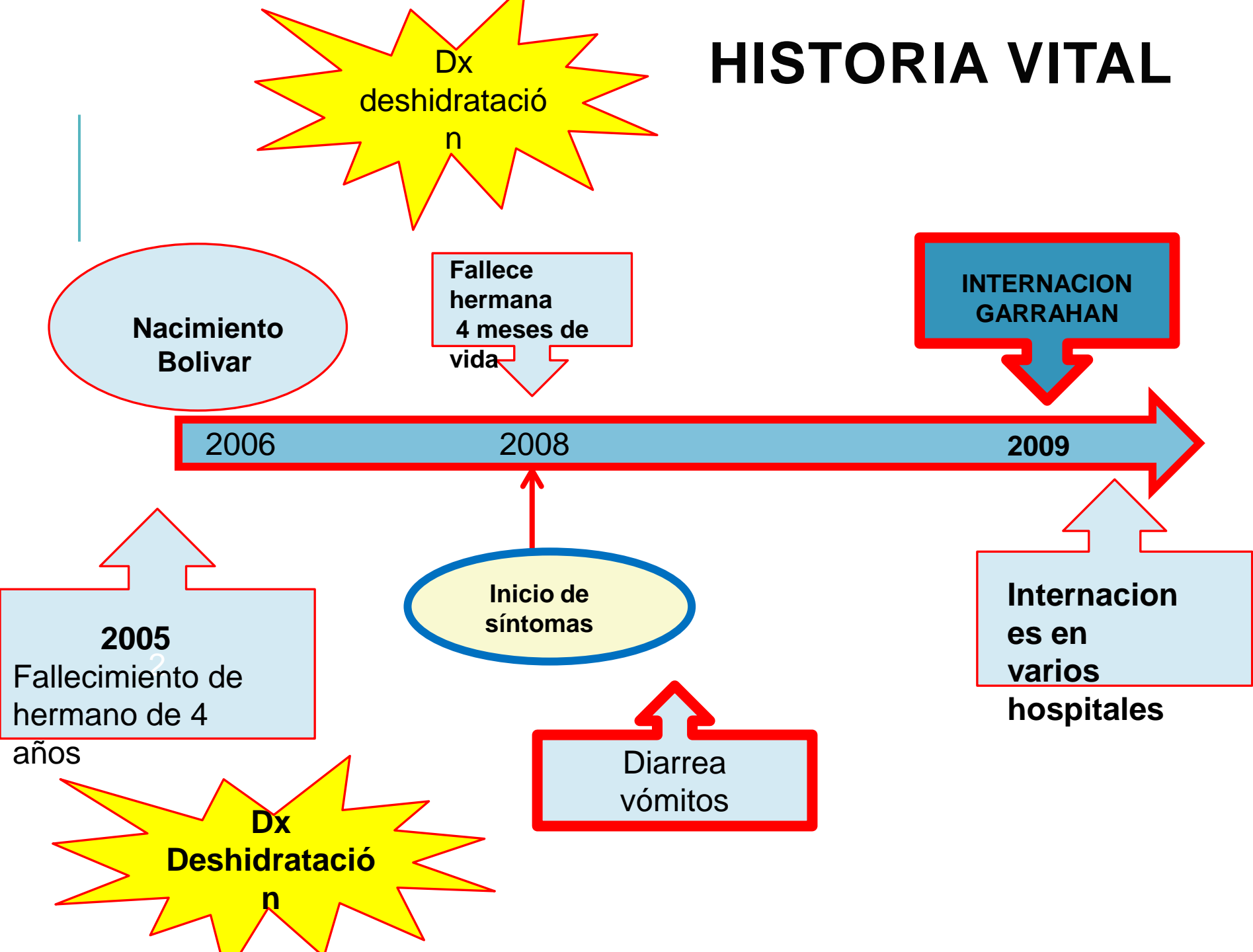
ANTECEDENTES DE RELEVANCIA

- **2 años y 4 meses:** internaciones por deshidratación y diarreas.
- **Consulta a varios hospitales:** Hospital zonal y Sor María Ludovica por “sospecha de enfermedad metabólica”.
- **2 hermanos fallecidos por deshidratación.**

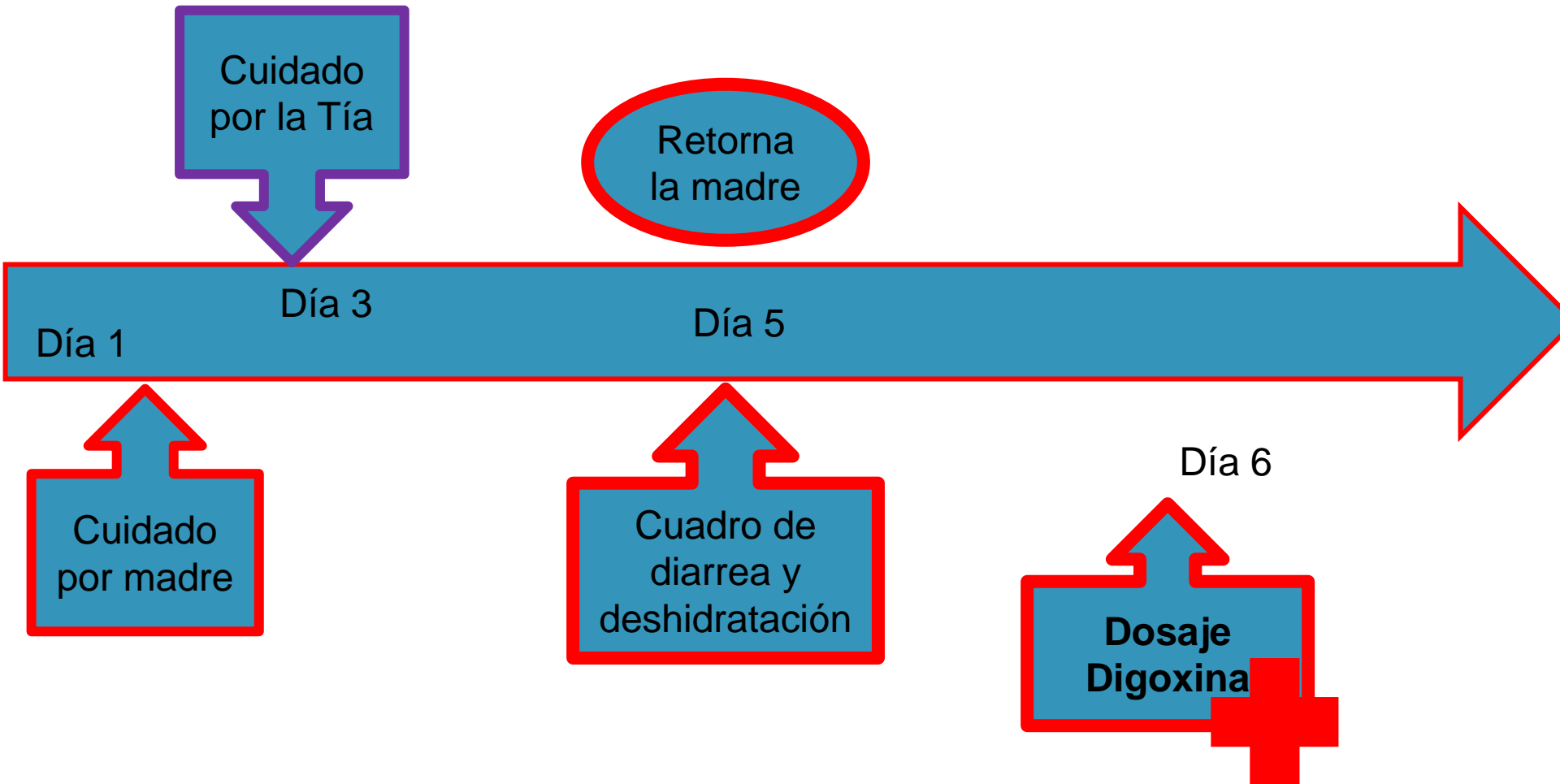
GENOGRAMA



HISTORIA VITAL



CLÍNICA DURANTE LA INTERNACIÓN



NORMAS DE ACTUACIÓN ANTE LA SOSPECHA

- Comprobar detalles de la historia del niño, antecedentes familiares, entorno social, etc, a través de terceros (otros familiares, instituciones médicas o educativas).
- Investigar si existe relación temporal entre los signos y síntomas y la presencia de la madre.
- Separar al niño de la madre para comprobar si los signos y síntomas ocurren en su ausencia.



NORMAS DE ACTUACIÓN ANTE LA SOSPECHA

Si existe un alto índice de sospecha, el procedimiento mas efectivo es la internación del niño para:

- Asegurar la protección y contención emocional del niño,
- confirmar o descartar la sospecha diagnóstica,
- definir el abordaje terapéutico más adecuado, establecer redes familiares y facilitar la tarea interdisciplinaria.



ESTRATEGIAS DEL EQUIPO TRATANTE

- Intervención del equipo interdisciplinario al CNNyA.
- Evaluación psicodiagnóstica de los padres.
- Separar al niño de la madre.



CARACTERÍSTICAS PSICOPATOLÓGICAS DE LOS PERPETRADORES

- Los síntomas son **provocados** por el adulto con **intencionalidad, voluntariedad y la ausencia de un beneficio consciente**
- Manipulaciones conscientes
- Motivación inconsciente
- Quien genera un trastorno facticio por poderes no responde a un cuadro psicótico ni alucina mientras enferma a su/s hijo/s.

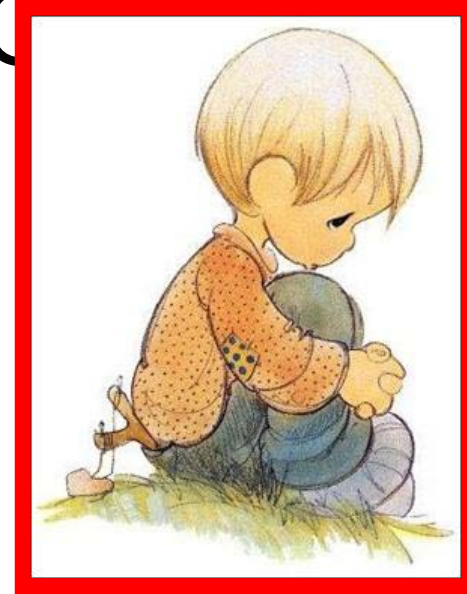


CARACTERÍSTICAS VÍNCULO MADRE-HIJO

- Escaso o nulo registro de las necesidades emocionales, físicas y sociales del niño.
- Falta de empatía con el hijo.
- Exacerbado interés por las enfermedades.
- Relación de características simbióticas.
- El padre queda excluido delegando en su esposa el cuidado del hijo.



CONSECUENCIAS EN LOS NIÑOS



- Tratamientos displacenteros e invasivos.
- Morbilidad psico-física a corto y largo plazo, pudiendo llegar a ser mortal.
- Ausentismo y/o repitencia escolar.
- Aislamiento social.
- Trastornos psíquicos: dificultades en el proceso de separación-individuación y en la vinculación con pares, oposicionismo, trastornos de conducta.

DIAGNOSTICOS DIFERENCIALES

El diagnóstico diferencial más importante es una **enfermedad real** es decir, una enfermedad médica o quirúrgica verificable que necesite de una intervención médica.

Simulación: los síntomas se producen en forma intencional, tienen una causa voluntaria y una motivación consciente para obtener un beneficio secundario, un incentivo externo.

Trastornos somatomorfes: los síntomas no son producidos en forma consciente (conversiones, histeria, somatización); tienen una causa y una motivación inconscientes.

CONCLUSIONES



- SMPP es una entidad grave de difícil diagnóstico, debe ser considerada como una forma de maltrato infantil y debido a su complejidad requiere que el abordaje sea interdisciplinario.
- Incluye a los dos protagonistas, el niño que sufre el abuso y la persona que lo produce, y la participación involuntariamente activa del cuerpo médico.
- Debido a su variada forma de presentación y morbimortalidad, los equipos de salud y el poder judicial deben estar alertas, para que dicho trastorno no pase inadvertido



Servicio de Salud Mental

**Hospital de Pediatría S.A.M.I.C.
"Prof. Dr. Juan P. Garrahan"**

GRACIAS!!!!!!

corinaponce@gmail.com