



ARTÍCULO ORIGINAL

ORIGINAL ARTICLE

Recibido: 25/04/2017. Aceptado: 16/07/2017

CUANDO DIAGNOSTICAMOS AL CUIDADOR. SÍNDROME DE MUNCHAUSEN POR PODERES

WHEN WE DIAGNOSING THE CAREGIVER. MÜNCHAUSEN BY PROXY SYNDROME

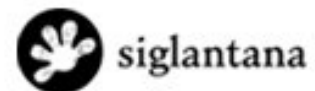
S. Salort Seguí¹, M. Irigoyen Ontiñano²

¹Médico Interno Residente del Servicio de Psiquiatría y Salud Mental y Adicciones del Hospital Universitario Santa María de Lérida.

²Adjunta de Psiquiatría. Coordinadora de Psiquiatría de Enlace. Consulta de prevención de riesgo suicida. Hospital Universitario Santa María de Lérida

Correspondencia: Drasalort@gmail.co

Declaración de Conflicto de intereses: Los autores responsables del manuscrito "C. Clínico: Cuando diagnosticamos al cuidador Síndrome de Munchausen por poderes". Enviado y aceptado para publicarse en el próximo número 3 de la revista "Psiquiatría y psicósomática", declaran que este artículo ni se ha enviado ni publicado anteriormente en ninguna otra revista científica ni nacional ni internacional, y que no se objetiva ningún aspecto que pudiese constituir conflicto de interés.



ISSN 2565-0564

Psicosom. psiquiatr. 2017;(1)3:30-36.



RESUMEN

El síndrome de Munchausen Por Poderes (SMPP) clasificado en el DSM-5 dentro de la categoría de trastornos por síntomas somáticos y trastornos relacionados¹, se conoce como Trastorno facticio aplicado a otro. Como peculiaridad, en esta entidad, diagnosticamos al cuidador y no al paciente por el que a priori solicitan asistencia médica. Se trata de un cuidador (generalmente la madre), que causa, de forma intencionada, daño a otra persona (generalmente hijo/a), con el objetivo de recibir atención positiva, a través de un hijo enfermo. Es importante recalcar que la finalidad no es económica sino la de adoptar el papel de "cuidador". Constituye una forma grave de abuso y se asocia a una alta tasa de consultas médicas, hospitalizaciones, reincidencia, morbilidad y en ocasiones mortalidad^{2,3}. Se trata de una entidad infradiagnosticada como apuntan varios estudios⁴ y los más de 400 trabajos publicados sobre el tema. Pese a ser un síndrome ampliamente descrito en la literatura pediátrica, no podemos dejar de considerar a los adultos con alguna minusvalía como potenciales víctimas de un cuidador Munchausen, como en el caso que nos ocupa. Es importante conocer esta entidad, a fin de incluirla en el diagnóstico diferencial, especialmente en aquellos pacientes en los que se plantee un caso inusual o de evolución tórpida, tal y como se describe en este caso clínico. En esta entidad, será la sospecha clínica la que llevará a plantear este diagnóstico y su confirmación no está exenta de dificultades. Un diagnóstico de SMPP, a menudo pasa por coacciones y manipulaciones por parte del abusador hacia el personal sanitario^{7,8}, las implicaciones ético-legales con las que deberemos trabajar⁹ y las características del propio sistema sanitario, en el que el déficit de interconexión, favorece el libre deambular de estos cuidadores. Como todo abuso, el SMPP previsiblemente tendrá unas secuelas sobre la víctima que los padece^{5,6} y como más adelante veremos puede llegar a tener implicaciones intergeneracionales. Nuestra obligación como proveedores de salud reside en detectar el abuso y salvaguardar el bienestar del paciente. Especialmente en estos casos en los que la víctima está en condición de vulnerabilidad física o psíquica.

Palabras clave: Síndrome de Munchausen por poderes, Trastorno facticio, Trastorno facticio impuesto a otro, Abuso en adultos, Trastorno Facticio Aplicado a Otro, Trastornos por síntomas somáticos, Trastornos relacionados.

ABSTRACT

Munchausen By Proxy Syndrome (MBPS) is classified in the DSM-V within the category of disorders by somatic symptoms and related disorders¹, it is known as Factitious disorder applied to another. As a peculiarity, in this entity, we diagnose the caregiver, not the patient for whom is request medical assistance initially. It is a caregiver (usually the mother) who intentionally causes harm to another person (usually a child), in order to receive positive attention through a sick child. It is important to emphasize that the purpose is not economic, they want to adopt the role of "caregiver". It is a serious form of abuse and is associated with a high rate of medical visits, hospitalizations, recidivism, morbidity and sometimes mortality^{2,3}. It is an underdiagnosed entity as several studies⁴ and the more than 400 published works on the subject point out. Despite being a syndrome widely described in the pediatric literature, we can not fail to consider adults with some disability as potential victims of a caregiver Munchausen, as in the present case. It is important to know this entity, in order to include it in the differential diagnosis, especially in those patients in whom an unusual case or a torpid course is presented, as described in this clinical case. In this entity, it will be the clinical suspicion that will lead to consider this diagnosis and confirmation is not exempt of difficulties. A diagnosis of MBPS often involves coercion and manipulation by the abuser towards carer provider^{7,8}, the ethical-legal implications that we will find⁹ and the poor connected medical system, contributes to the free circulation of these people. Like all abuse, the MBPS is expected to have damages on the victim who suffers^{5,6} and as we will see later may have intergenerational implications. Our obligation as health providers is detecting abuse and protects the patient's well-being. Especially in these cases when the victim is in condition of physical or psychic vulnerability.

Key words: Münchausen by proxy syndrome, MBPS factitious disorder, Factitious disorder imposed to other, Adult abused, Factitious disorder applied to the other, Somatic symptoms disorder, Eelated disorders.



INTRODUCCIÓN

La profesión médica, tomó prestado el nombre del famoso cuentacuentos Karl Friedrich Hieronymus Von Münchhausen, una aristócrata alemán del siglo XVIII reconocido por su habilidad para contar historias tremendamente exageradas sobre viajes y aventuras¹⁰.

El síndrome de Munchausen por poderes es descrito por primera vez en 1977 por el pediatra inglés Roy Meadow. Desde entonces, este síndrome enmarca al grupo de cuidadores que relatan quejas, de forma tan convincente, que los pacientes a su cuidado, son sometidos a hospitalizaciones innecesarias, pruebas diagnósticas e incluso cirugías².

En el DSM-5 se conoce como Trastorno Facticio impuesto a Otro y está clasificado en la categoría de trastorno por síntomas somáticos y trastornos relacionados¹.

El síndrome de Munchausen por poderes es una entidad compleja, compuesta por una tríada:

- El perpetrador, que es quien impone una patología inventada a otra persona con el fin de recibir atenciones como cuidador.
- Las víctimas, quienes aprenden a recibir atención materna positiva cuando adoptan el papel de enfermos frente a los proveedores de atención médica,
- El médico. En estos casos el médico adopta un papel complejo, formando parte indispensable de la tríada: abuso físico, maltrato psicológico y iatrogenia¹¹.

Es un síndrome ampliamente descrito en la literatura psiquiátrica y pediátrica, en cambio se han reportado menos casos en adultos¹² como el que nos ocupa. El conocimiento insuficiente de este síndrome y su rara consideración como diagnóstico diferencial, dan lugar al hallazgo de casos graves y potencialmente letales.

CASO CLÍNICO

Identificación del paciente: mujer de 19 años, con parálisis cerebral y retraso en el neurodesarrollo. Ingresa en la planta de medicina interna, a cargo de psiquiatría para estudio de cuadro digestivo de evolución tórpida, con sospecha de psicopatología subyacente.

Análisis del motivo de consulta: El origen del presente cuadro se sitúa en abril del 2016. La paciente es acompañada por su madre al servicio de urgencias generales, refiriendo dolor abdominal, náuseas, fiebre (39°C) y deposiciones diarreicas sin productos patológicos. Se inicia tratamiento de

forma ambulatoria con Cefixima y Tiorfan. A partir de esta fecha, la paciente siempre acompañada por su madre, acude de forma reiterada a diferentes servicios de urgencias. En todas las ocasiones refiriendo molestias abdominales cambiantes, inespecíficas y de evolución errática. Acumulando hasta 14 ingresos hospitalarios durante los cuales, se ensayan múltiples tratamientos. En los internamientos, se objetiva una mejoría en la sintomatología de la paciente hasta la total desaparición de los síntomas que reaparecen en el domicilio. Finalmente se orienta como infección por *Helicobacter Pylori* y enteritis por *Clostridium Difficile*. Pero el cuadro evoluciona de forma tórpida y persisten las demandas de atención médica. La madre, insiste en que su hija no se encuentra bien.

En este contexto se procede al presente ingreso hospitalario, el decimoquinto, en esta ocasión en el servicio de medicina interna pero a cargo del servicio de psiquiatría, como paciente ectopizada (debido a la reticencia de la familia a ingresar en salud mental).

Antecedentes personales médico-quirúrgicos: Sin alergias medicamentosas. Parálisis cerebral infantil (tipo triplejía y retraso cognitivo) que implica ser semidependiente para las actividades básicas. Luxación de cadera derecha y retracción del tendón de Aquiles bilateral intervenido quirúrgicamente. Antecedentes de crisis epilépticas que precisaron medicación lográndose una estabilidad de cinco años, aunque reaparecieron en octubre de 2016 precisando ingresos en Neurología por crisis parciales que no respondieron al Ácido Valproico (1000mg/día), ante la refractariedad de las mismas, se optó por Oxcarbazepina (2400 mg/día).

Psicobiografía breve: Destaca importante distocia sociofamiliar. Vive con sus padres. Su madre es su cuidadora principal quien presenta elevada emoción expresada y una relación fusional con su hija. Su padre trabaja como transportista en horario nocturno evidenciándose importante desbordamiento personal para gestionar el estrés relativo a la enfermedad de su hija mostrando, en ocasiones, un tono querulante y reiteradamente amenazas al personal sanitario. Es la menor de 4 hermanos todos ellos independizados. La paciente fue escolarizada hasta los 12 años con buena adaptación y posteriormente al instituto con dificultades de relación interpersonal. En este contexto abandona el centro y desde entonces permanece en el domicilio potenciando la relación fusional con su madre.

Historia toxicológica: No existe consumo de tóxicos ni comportamientos adictivo.



Historia psicopatológica: A nivel psiquiátrico, sin seguimiento por la red de Salud Mental hasta que se inician una escalada de ingresos continuados desde abril de 2016 hasta marzo de 2017. Sin conducta suicida ni ingresos en Unidades de Agudos.

Análisis y descripción de las conductas problema: Nos encontramos ante una paciente con importante dependencia física y psíquica, en la que destacan la presencia de síntomas digestivos y neurológicos, de evolución tórpida, un elevado número de visitas a urgencias y hospitalizaciones, así como una familia muy querulante con marcadas dificultades de relación y con una dinámica interna compleja.

EPISODIO ACTUAL

Proceso actual: el 22 de enero de 2017, la paciente acompañada por su madre, consultan de nuevo al servicio de urgencias del Hospital General. Dados los antecedentes, y la negativa de la familia a ser ingresados en Psiquiatría, se decide proceder a ingreso ectópico, en Medicina Interna pero a cargo del Servicio de Psiquiatría; con el objetivo de clarificar las causas de este hospitalismo agudizado en los últimos meses y las dificultades de manejo en la familia.

Tratamiento previo al ingreso: la paciente estaba en tratamiento con Oxcarbazepina (2400 mg/día) como anti-convulsivo.

Exploración psicopatológica en planta: las entrevistas resultaron altamente complejas debidas a la disfuncionalidad familiar. Se optó por realizar las visitas conjuntas entre Psiquiatría y Psicología. Durante las mismas, resalta la alta emoción expresada y la fusionalidad madre-hija que ni siquiera permitía las visitas a solas con la paciente. A nivel conductual, la paciente presentaba episodios de pseudocrisis que en ningún momento eran sugestivas de crisis comiciales francas y, más bien, evidenciaban un componente manipulador e instrumentalizador del malestar que pretendía recibir atención y no ser confrontada en ningún momento. Dicho comportamiento era reforzado por la conducta de su madre que, aún desbordada físicamente, accedía a todas las pretensiones de la paciente, realizando demandas inapropiadas, maximizando la sintomatología y promoviendo la hospitalización.

Pruebas complementarias: se realiza analítica de ingreso en la que no se objetivan alteraciones de interés ni en bioquímica, hemograma, hemostasia, serología ni analíticas de orina.

EVOLUCIÓN

La orientación diagnóstica fue de Trastorno por Somatización aún sin poder descartarse el Síndrome de Munchausen por poderes.

Dada la situación de complejidad y de fragilidad para tanto madre como hija, se propuso derivación a la unidad de Daño Cerebral para que la paciente pudiera beneficiarse de rehabilitación física y cognitiva pero, al ser un centro cerrado, la familia se opuso.

Selección del tratamiento más adecuado: Se iniciaron durante la hospitalización dosis bajas de neuroléptico Risperidona 0.25mg/12h para mejor control conductual pero la madre no lo administraba en el domicilio, así como tampoco acudieron a las visitas ambulatorias programadas.

Seguimiento y eficacia del tratamiento: La madre no administró el tratamiento prescrito, tampoco acudieron a las visitas ambulatorias programadas. A las semanas del alta, consultaron de nuevo al servicio de urgencias generales. En esta ocasión la paciente presentaba un evidente estado de malnutrición y abandono. Finalmente ante la evolución tórpida y la relación interpersonal errática se planteó la posibilidad de notificación a Fiscalía.

DISCUSIÓN

Este caso ha supuesto un reto en cuanto al manejo clínico, precisando realizar un abordaje multidisciplinar tanto para la aproximación diagnóstica como en la gestión de las múltiples demandas familiares.

Como diagnóstico diferencial, nos planteamos un Trastorno de Somatización al presentar múltiples síntomas físicos antes de los 30 años, al menos cuatro síntomas dolorosos, dos síntomas gastrointestinales, un síntoma sexual y otro pseudoneurológico. La enfermedad médica no justifica el deterioro en las distintas áreas y los síntomas no son simulados. Otra entidad a considerar atendiendo al carácter sobreprotector y llamativamente demandante que la madre adopta con la discapacidad de su hija, es el Síndrome de Munchausen por poderes. Esta entidad se caracteriza por un estilo de maltrato de difícil diagnóstico promovido por los progenitores (habitualmente la madre) y que a menudo pasa desapercibida. Es un diagnóstico singular, puesto que no diagnosticamos al paciente por el que a priori se realiza la demanda de atención, sino a su acompañante o "cuidador".



En el DMS-5 el síndrome de Munchausen por poderes está catalogado en la familia de los trastornos por síntomas somáticos y trastornos relacionados. Dentro de ésta categoría pertenece al trastorno facticio impuesto a otro.

No hay una presentación típica pero sí se han observado un conjunto de puntos es común. Generalmente los cuidadores, describen una historia de signos y síntomas plausibles pero indetectables durante la observación médica y con ello difíciles de refutar¹³ Rosenberg¹⁴ analizó la incidencia de síntomas reportados en pacientes con SMPP. 44%hemorragia, 42%convulsiones, 19% depresión del sistema nervioso central, 15% apneas, 11% diarrea, 10% vómitos, 10% fiebre, 9% erupciones. Generalmente estas quejas no se constatan durante la explotación^{15,16}.

En cuanto al cumplimiento de criterios diagnósticos en el presente caso observamos:

- La cuidadora, en este caso la madre, exagera y magnifica síntomas preexistentes y relatan síntomas que no se han podido constatar pese a la observación intrahospitalaria.
- No hay incentivos externos que justifiquen este comportamiento. Durante los ingresos, no centraron sus demandas en ayudas económicas, pese a estar en situación de precariedad económica. En este caso la finalidad no era tanto económica sino de mantener el control sobre los cuidados de la paciente. Es fundamental que como todo trastorno facticio, el cuidador actúe motivado por el deseo de adoptar el papel de cuidador y no por un beneficio económico secundario (ya que en el caso de obtener un beneficio económico se trataría de una simulación).
- El comportamiento no se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental. Entorno al 80% de los cuidadores tiene historial de diagnóstico psiquiátrico¹⁷ pero éste no debe explicar la conducta como cuidador. Este punto es más difícil de determinar puesto que no contamos con el historial médico de la madre y esta no aportó información al respecto a pesar de que su comportamiento manipulador, impulsivo e histriónico eran sugestivos de rasgos de personalidad clúster B no filiado ni tratado.
- La motivación principal es el de asumir el papel de cuidador perpetuando la condición de enfermo de otra persona.

En cuanto a este último criterio, es interesante observar cómo en algunos casos de Síndrome de Munchausen por poderes, también la víctima asume de forma inconsciente, el papel de enfermo como forma de obtener atención materna positiva. Este fenómeno también se produjo en el caso que nos ocupa, aumentando más la dificultad en cuanto al diagnóstico.

Pese a ser más conocido entre psiquiatras y pediatras, todos los médicos pueden enfrentarse a este síndrome en su práctica clínica. Como en este caso, la condición de víctima puede ser adoptada por pacientes adultos con algún tipo de dependencia física o psíquica, cuyo cuidador exagera o empeora la sintomatología preexistente o provoque síntomas añadidos¹⁸.

Se ha observado el fenómeno del "Doctor Shopping"¹⁹ que consiste en peregrinar por diferentes hospitales, hasta obtener la atención anhelada, como sucedía en este caso, si no obtienen la respuesta esperada, puede producirse una escalada en el daño que infligen a sus víctimas²⁰. Por este motivo, es importante incluir esta entidad en los casos de pacientes que presenten una constelación de síntomas complejos en ausencia de una etiología unificadora y un cuidador excesivamente involucrado con una posible ganancia psicológica¹² a fin de evitar daños mayores.

Las estadísticas son muy variables pero se calcula que el diagnóstico de esta entidad se dilata entre 14 meses y 4 años y medio^{21,22}.

Es un diagnóstico complicado en cuanto a la dificultad en encontrar una evidencia incriminatoria sobre su existencia y por las cuestiones éticas que plantea a los cuidadores.

En Reino Unido, se hizo un estudio²³ en el que se colocaron cámaras ocultas en las habitaciones de los pacientes en los que se sospechaba un SMPP, los resultados fueron llamativos, un elevado número de casos (aproximadamente el 84,6%) en los que se había sospechado SMPP, se confirmó esta entidad mediante las grabaciones. Este mismo método ha sido replicado en Estados Unidos con resultados similares, pero en nuestro medio las implicaciones legales y en cuanto a privacidad harían complejo este método²⁴⁻²⁶ pero en todo caso es importante conocer la entidad, para plantear la sospecha y proteger a la víctima. Se ha constatado un aumento de la detección de casos si se invierte en la concienciación del personal sanitario sobre esta entidad²⁷.

La mayoría de pacientes mejoran de forma espectacular tras ser separados de sus progenitores lo que se ha llegado a denominar "parentectomía"²⁸ pero esta medida no deja de ser una solución temporal al problema.

El pronóstico es mejor en los pacientes que cumplen con menos criterios, en aquellos que tienen una mayor apoyo social y alteraciones menos graves de la personalidad²⁹. Se han descrito casos en los que las víctimas perpetran el mismo patrón con sus hijos³⁰ convirtiéndose en una patología con



Cuando diagnosticamos al cuidador...

Psicosom. psiquiatr. 2017;(1)3:30-36.

S. Salor, M. Irigoyen

implicaciones intergeneracionales³¹⁻³³. Otro dato dramático²³, es el hallazgo de un elevado porcentaje de muertes súbitas infantiles entre los hermanos de los pacientes con cuidadores con Münchhausen.

CONCLUSIÓN

El síndrome de Münchhausen por poderes, es una entidad infradiagnosticada y a menudo desconocida. En cambio, su consideración como diagnóstico diferencial puede evitar, pruebas diagnósticas innecesarias o incluso invasivas, un daño físico y emocional en las víctimas y costosos ingresos.

Es importante considerar que los niños son las víctimas más citados en la literatura, pero los pacientes con depen-

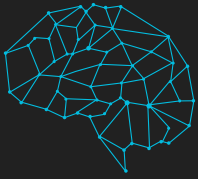
dencia física o retraso mental, pueden ser víctimas adultas de un cuidador Münchhausen.

Este síndrome sigue siendo una fuente de lesiones físicas y mentales a largo plazo en sus víctimas³⁴. El manejo de este síndrome, requiere una exquisita coordinación intrasaneitaria, para evitar llegar a casos de severa iatrogenia¹¹. Los sistemas de salud poco comunicados entre sí favorecen que este tipo de cuadros clínicos puedan vagar por el sistema sanitario bajo el mínimo control.

Como todo maltrato la repercusión en la víctima es de difícil cálculo, pero en el caso del síndrome de Münchhausen por poderes los médicos tiene el papel fundamental de detectar el caso para evitar agravar el cuadro y participar de forma iatrogénica.

BIBLIOGRAFÍA

1. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales 5ª edición.
2. Stirling J. American Academy of Pediatrics Committee on Child Abuse and Neglect. Beyond Münchhausen syndrome by proxy: identification and treatment of child abuse in a medical setting. *Pediatrics*. 2007;119(5):1026-30.
3. Galvin HK, Newton AW, Vandeven AM. Update on Münchhausen syndrome by proxy. *Curr Opin Pediatr*. 2005;17(2):252-7.
4. McClure RJ, Davis PM, Meadow SR, Sibert JR. Epidemiology of Münchhausen syndrome by proxy, non-accidental poisoning and non-accidental suffocation *Arch Dis Child*. 1996;75:57-61.
5. Schreier HA. Münchhausen by proxy. *Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care*. 2004;34(3):126-143.
6. Libow JA. Münchhausen by proxy victims in adulthood: a first look. *Child Abuse Negl*. 1995;19(9):1131-42.
7. Donald T, Jureidini J. Münchhausen syndrome by proxy: child abuse in the medical system. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 1996;150(7):753-8.
8. Galvin HK, Newton AW, Vandeven AM. Update on Münchhausen syndrome by proxy. *Curr Opin Pediatr*. 2005;17(2):252-7.
9. Depauw A, Loas G, Delhay M. Münchhausen by proxy syndrome. *Rev Med Brux* PMID:26372976. 2015 May-Jun;36(3):152-7.
10. Thomas K. Münchhausen syndrome by proxy: identification and diagnosis. *J Pediatr Nurs*. 2003;18(3):174-80.
11. Donald T, Jureidini J. Münchhausen syndrome by proxy: child abuse in the medical system. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 1996;150(7):753-8.
12. Burton MC1, Warren MB, Lapid MI, Bostwick JM. Münchhausen syndrome by adult proxy: a review of the literature. *J Hosp Med*. 2015 Jan;10(1):32-5. doi: 10.1002/jhm.2268. Epub 2014 Oct 1.
13. Stirling J Jr. American Academy of Pediatrics Committee on Child Abuse and Neglect. Beyond Münchhausen syndrome by proxy: identification and treatment of child abuse in a medical setting. *Pediatrics*. 2007;119(5):1026-30.
14. Ulinski T, Lhopital C, Cloppet H, et al. Münchhausen syndrome by proxy with massive proteinuria and gastrointestinal hemorrhage. *Pediatr Nephrol*. 2004;19(7):798-800.
15. Schreier HA. Münchhausen by proxy. *Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care*. 2004;34(3):126-43.
16. Schreier HA. Repeated false allegations of sexual abuse presenting to sheriffs: when is it Münchhausen by proxy? *Child Abuse Negl*. 1996;20(11):1135-7.
17. Thomas K. Münchhausen syndrome by proxy: identification and diagnosis. *J Pediatr Nurs*. 2003;18(3):174-80.
18. Meadow R. Different interpretations of Münchhausen syndrome by proxy. *Child Abuse Negl*. 2002;26(5):501-8.
19. Schreier HA. Münchhausen by proxy. *Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care*. 2004;34(3):126-43.
20. Fulton DR. Early recognition of Münchhausen syndrome by proxy. *Crit Care Nurs Q*. 2000;23(2):35-42.
21. Feldman KW, Feldman MD, Grady R, Burns MW, McDonald R. Renal and urologic manifestations of pediatric condition falsification/Münchhausen by proxy. *Pediatr Nephrol*. 2007;22(6):849-56.
22. Rosenberg D. Web of deceit: a literature review of Münchhausen syndrome by proxy. *Child Abuse Negl*. 1987;11(4):547-63.
23. Bauer KA. Covert video surveillance of parents suspected of child abuse: the British experience and alternative approaches. *Theor Med Bioeth*. 2004;25(4):311-27.
24. Fulton DR. Early recognition of Münchhausen syndrome by proxy. *Crit Care Nurs Q*. 2000;23(2):35-42.
25. Morrison CA. Cameras in hospital rooms: the Fourth Amendment to the Constitution and Münchhausen syndrome by proxy. *Crit Care Nurs Q*. 1999;22(1):65-8.



Cuando diagnosticamos al cuidador...

Psicosom. psiquiatr. 2017;(1)3:30-36.

S. Salor, M. Irigoyen

26. Shinebourne EA. Covert video surveillance and the principle of double effect: a response to criticism. *J Med Ethics*. 1996;22(1):26-31.
27. Ferrara P1, Vitelli O, Bottaro G, Gatto A, Liberatore P, Binetti P, Stabile A. Factitious disorders and Munchausen syndrome: the tip of the iceberg. *J Child Health Care*. 2013 Dec;17(4):366-74. doi: 10.1177/1367493512462262. Epub 2013 Feb 14. PMID: 23411659.
28. Schreier HA, Libow JA. Munchausen syndrome by proxy: diagnosis and prevalence. *Am J Orthopsychiatry*. 1993;63(2):318-21.
29. Folks DG1. Munchausen's syndrome and other factitious disorders. *Neurol Clin*. 1995 May;13(2):267-81. PMID: 7643825.
30. Libow JA. Beyond collusion: active illness falsification. *Child Abuse Negl*. 2002;26(5):525-36.
31. Donald T, Jureidini J. Munchausen syndrome by proxy: child abuse in the medical system. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 1996;150(7):753-8.
32. Libow JA. Beyond collusion: active illness falsification. *Child Abuse Negl*. 2002;26(5):525-36.
33. Libow JA. Munchausen by proxy victims in adulthood: a first look. *Child Abuse Negl*. 1995;19(9):1131-42.
34. Berent D1, Florkowski A, Gafecki P. Munchausen syndrome by proxy. *Psychiatr Pol*. 2010 Mar-Apr;44(2):245-54. PMID: 20677443.