

**Del mal amor, a la venganza.
Un estudio de caso de la película "RUN" / "Mamá
te quiere" (2020) por Aneesh Chaganty.**

Trabajo Fin de Grado de Psicología

**Alonso Alonso, Joel
Chávez Burruezo, Miranda**

**Tutorizado por Ignacio Ibáñez
Fernández y Marisela López Curbelo.**

Curso Académico 2023-24

Resumen

El siguiente estudio de caso basado en la película “RUN” o “Mamá te quiere” (2020), presenta un thriller psicológico que explora la compleja y perturbadora relación entre una madre, Diane Sherman y su hija adolescente, Chloe. Se plantearán diferentes hipótesis diagnósticas para ambos personajes, al igual que se analizará la relación maternofilial reflejando la codependencia, la influencia del pasado, como la no aceptación de la pérdida o una madre abnegada. Asimismo, se profundiza en el probable diagnóstico de Síndrome Munchausen por poderes o Trastorno Facticio Aplicado a otros (DSM-5) y el tratamiento psicoterapéutico del mismo. Concluyendo con la recomendación y destacando la importancia de la recomendación temprana.

Palabras clave: estudio de caso, análisis psicológico, Trastorno Facticio Aplicado a otros, Síndrome Munchausen por Poderes, madre, malos tratos, película.

Abstract

The following case study based on the movie "RUN" or "Mamá te quiere" (2020), presents a psychological thriller exploring the complex and disturbing relationship between a mother, Diane Sherman, and her teenage daughter, Chloe, various diagnostic hypotheses will be proposed for both characters. The mother-daughter relationship will also be analyzed, reflecting codependency, the influence of the past, and issues such as the inability to accept loss or the depiction of a devoted mother. Furthermore, the probable diagnosis of Munchausen Syndrome by proxy or Factitious Disorder Imposed on Another (DSM-5) and its psychotherapeutic treatment will be explored in depth. Concluding with the recommendation and highlighting the importance of early intervention.

Keywords: case study, psychological analysis, Factitious Disorder Imposed on Another, Munchausen syndrome by proxy, mother, abuse, film.

Introducción

Lo que hoy conocemos como el Síndrome de Munchausen fue descrito por primera vez en 1977 por el pediatra británico Roy Meadow, en el cual una persona, generalmente adulta, simula o se produce síntomas con tal de ser atendida en un hospital. Este síntoma se remonta a 1955, cuando obtuvo su nombre debido al Barón de Munchhausen (1720-1797), conocido por ser el “Barón Mentiroso”, debido a que contaba aventuras increíbles sobre las batallas vividas en la guerra.

Como derivación de este síndrome, podemos encontrar el síndrome de Munchausen por poderes o aplicado a otros (MSBP), siendo este una rama de maltrato infantil en la que la persona agresora está a cargo y provoca enfermedades en el menor. Dicho síndrome engloba tanto al maltratador como a la persona maltratada.

Centrándonos en la figura perpetuadora, Fraser (2008) estima que entre el 90% y 98% son mujeres, y que las madres constituyen el 85% del total de los abusadores. Esto podría relacionarse con el rol que adquiere la mujer de “cuidar” y ser responsable de los niños.

Moreira y Moreira (1999) señalan que estas madres o cuidadoras se caracterizan por tener una actitud calmada, “demuestran confiar en los médicos”, hasta que el personal médico cuestiona las intenciones de la madre.

A su vez, se subraya que estas madres maltratadoras tienen formación sobre sanidad y tienden a sentirse cómodas en el ambiente hospitalario. Por lo tanto, suelen aprobar la realización de análisis, demostrando calma y frialdad ante el sufrimiento de los niños (Flaherty & MacMillan, 2013).

Estas padecen un síndrome de Munchausen o fueron víctimas en su infancia, Meadow (2002) señala que es común encontrar un historial de trastorno facticio en la vida de las madres maltratadoras, creando así un ciclo.

Normalmente, la salud psíquica del adulto perpetrador está comprometida por motivos que todavía no son claros. Además, en la gran parte de los casos el

cónyuge se encuentra física o emocionalmente ausente (Del Casale et al., 2012). Lo que le facilita el maltrato, al no tener tanto control o supervisión de una tercera persona.

Se diferencia de otros síndromes en que el perpetrador no obtiene beneficio material, el reconocimiento se centra en el reconocimiento social que obtiene por parte de los terceros, así como la reafirmación de su autovalía, por lo que genera una disociación entre sus actos, enfermar a su hijo, y la valoración que obtiene de los mismos. Esto lo define Rodríguez Cely et al., (2003) bajo la característica “perverso”, el cual consiste en la habilidad para sostener simultáneamente en la conciencia dos conceptos diametralmente contradictorios; así, estas se sienten como buenas madres en el momento mismo en el que están maltratando a sus hijos.

Ambos síndromes, tanto Munchausen como Munchausen por poderes (MSBP), se incluyen dentro de los trastornos facticios del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su quinta edición (DSM-5), los cuales se caracterizan por la simulación de una enfermedad, ya sea por parte de la propia persona hacia sí misma o hacia alguien cercano. Su prevalencia, según el DSM-5, es de alrededor de 1% de la población. Además, Lovaglio y Del Bagge (2021), estima que ocurren 200 casos de trastorno facticio por poder con víctimas infantiles en Estados Unidos anualmente.

Sin embargo, a pesar de los artículos publicados, no se encuentran grandes avances sobre el síndrome por lo que mantiene el componente de incertidumbre.

En este estudio nos beneficiaremos de las ventajas que nos aporta el cine, también conocido como el séptimo arte, siendo estas el poder realizar análisis psicológicos de los personajes recreados en las películas. Esto nos permite adentrarnos más allá de los aspectos psicopatológicos en la vida cotidiana a través de la ficción y profundizar en la realidad psicológica de los personajes. Dichos estudios desempeñan diversas funciones importantes, como ejemplificar modelos de evaluación e intervención psicológica, abordar nuevos desafíos en la práctica clínica, documentar la viabilidad y eficacia preliminar de

intervenciones novedosas, así como mejorar la efectividad clínica y la generalización de intervenciones validadas empíricamente y evaluaciones basadas en la evidencia (Drotar, 2009).

En el mundo cinematográfico podemos encontrar varias películas que retratan el MSBP, entre ellas podemos encontrar (Para más información, ver Anexo 1):

- "The act" (2019).
- "A child's cry for help" (1994).
- "Mommy Dead and Dearest" (2017).

En concreto, para este estudio de caso se ha optado por trabajar con la película "RUN" (Aneesh Chaganty) (Figura 1), siendo en esta ocasión la característica principal de la película que una de las protagonistas, la madre, sufre el Síndrome de Munchausen por poderes (MSBP). Queriendo resaltar la poca visibilidad que tiene este síndrome, el desarrollo patológico de los personajes, la visión interna de la relación materno-filial en esta sintomatología (codependencia, influencia del pasado, así como la no aceptación de la pérdida o una madre abnegada) y por tanto la oportunidad de explorar las complejidades de la psique humana y los vínculos emocionales, así como en la dependencia emocional que estos pueden provocar.

A pesar de que se rumorea que la película estaría inspirada en el caso de Gypsy Rose (ver Anexo 2), esto no se ha podido constatar. Por lo que pasará a ser tratado como un caso ficticio, no disponiendo de datos empíricos.

Figura 1.

Cartel "Run". Versión Original.



Nota. Reproducido de "RUN", n.d., (Filmaffinity.com).

Aneesh Chaganty dirigió "RUN", una película que explora la relación de dependencia entre Diane Sherman y Chloe Sherman, madre e hija. Diane cuida intensamente a su hija, quien nació prematuramente con distintas enfermedades crónicas como parálisis en las piernas, diabetes, asma, entre otras. A pesar de su estrecho vínculo, su relación se ve afectada cuando Chloe sospecha de un medicamento que le proporciona su madre. Decidida a averiguar de qué se trata y relatando así el final de la película, Chloe queda en shock al descubrir que es un fármaco destinado a relajar la musculatura de los perros, lo que podría tener consecuencias en humanos como la parálisis que padece en la parte inferior del cuerpo. De este modo, se terminan justificando las dudas de la hija que van en aumento según avanza la película.

La película presenta una complejidad que ya de por sí se contempla en el MSBP. Por lo que se analizará desde distintas perspectivas.

Con la intención de realizar un pseudoestudio de caso, se analizarán los personajes de Diane y Chloe desde un punto de vista psicológico. Así se pretenden generar hipótesis diagnósticas y explicar el patrón de la relación. Cabe destacar, que las hipótesis sólo se pueden corroborar mediante la observación de los personajes y sus síntomas. Del mismo modo, se analizará el contexto, los antecedentes y los consecuentes de las protagonistas.

En este caso se recurre al cine como una forma de acceder al trastorno, puesto que uno de los factores que define al síndrome objetivo de este estudio es que la mayoría de las señales diagnósticas se producen en el ámbito privado. Este caso en particular vislumbra perfectamente la capacidad del cine para reflejar los aspectos psicológicos que se mantendrían ocultos en circunstancias cotidianas.

El visionado de películas puede ser una estrategia efectiva para la reflexión, el debate y la concienciación (Vera, 2018), por lo que estas pueden ser objeto de análisis psicológico para comprender mejor la mente humana y su relación con la experiencia cinematográfica

Diseño

Con el objetivo principal de la detección de posibles trastornos psicológicos se llevará a cabo un análisis de la paciente ficticia Diane Sherman (personaje principal de la película “RUN” / “Mamá te quiere”) a través del modelo de estudio de caso clínico de corte descriptivo y cualitativo.

Consecuentemente, se presentarán instrumentos de evaluación psicológica acordes con los trastornos y se elaborará un plan de tratamiento orientativo teniendo en cuenta que se trata de un diseño abierto a modificaciones y que valora una gran variedad de posibilidades.

Metodología de Evaluación: Instrumentos

El diagnóstico del MSBP, requiere una evaluación exhaustiva que aborde los aspectos médicos y psicológicos del paciente. Bursch et al. (2019), centrándose en el papel de los psicólogos en entornos médicos con respecto al

MSBP definen las siguientes tareas: identificar a los pacientes que sospechan que son víctimas o perpetradores de MSBP, realizar o ayudar en evaluaciones clínicas o forenses, ofrecer recomendaciones para la gestión de casos clínicos y/o proporcionar tratamiento o derivaciones.

Basándonos en esto, para la identificación de pacientes se propone sospechar cuando un niño tiene síntomas inexplicables, múltiples hospitalizaciones o procedimientos médicos, o cuando los síntomas mejoran cuando el cuidador está ausente. Y buscar signos de que el cuidador busca atención médica excesiva, oculta información o da información engañosa.

Respecto a la evaluación clínica y forense se plantea realizar una evaluación psiquiátrica completa del cuidador sospechoso, incluyendo entrevistas, pruebas psicológicas y revisión de registros médicos. Así como considerar una evaluación forense si hay sospecha de abuso o negligencia e involucrar a un equipo multidisciplinario que incluya pediatras, psiquiatras infantiles, trabajadores sociales y abogados.

En relación con el manejo de casos clínicos se procurará confrontar al cuidador con la sospecha de MSBP y obtener su cooperación para la evaluación y el tratamiento.

Por último, para cubrir el tratamiento o derivaciones se propone derivar al niño a terapia para abordar el trauma y promover la resiliencia, coordinar con servicios de protección infantil o el sistema legal si es necesario y proporcionar apoyo a largo plazo tanto al niño como a la familia para facilitar la recuperación.

En la literatura podemos encontrar criterios diagnósticos como: una aparente enfermedad inventada por uno de los padres; la presentación en el médico para un tratamiento; la exclusión del abuso, abandono u homicidio del menor y la omisión de la culpa o perpetuación de engaño, aunque haya pruebas en su contra que se explorarán con las diferentes técnicas a disposición (Rosenberg, 1987).

Sin embargo, bajo la inexistencia de instrumentos científicos y estandarizados para la detección específica del MSBP se utilizarán los criterios

establecidos en el DSM-5, como una guía para ayudar en el diagnóstico y tratamiento.

Además, la American Professional Society on the Abuse of Children (APSAC) recomienda diferentes pautas para la evaluación de este síndrome (APSAC Task Force, 2018):

1. Reunir todos los registros médicos de los profesionales tratantes actuales y pasados.
2. Establecer contacto y comunicarse periódicamente con todos los cuidadores.
3. Recopilar datos colaterales del personal de la escuela y otros observadores independientes que tengan acceso regular al niño.
4. Revisar la actividad en las redes sociales en línea del presunto abusador.
5. Diseñar cuidadosamente planes de evaluación y rehabilitación que cuestionen sistemática y objetivamente las afirmaciones hechas por el presunto abusador o víctima.
6. Reunirse con los demás médicos involucrados en el cuidado del niño para comparar datos y coordinar planes.
7. Alertar a otros médicos (verbalmente y en el expediente) sobre la poca confiabilidad de los informes de síntomas o el comportamiento del presunto abusador, la importancia de confiar en datos objetivos, de proceder de manera conservadora y la necesidad de documentar bien.
8. Minimizar las adaptaciones escolares, las prescripciones y las pruebas y tratamientos invasivos.
9. Al diseñar planes de evaluación y rehabilitación, se recomienda consultar con un experto.
10. Informar sospechas razonables de abuso y negligencia infantil a las autoridades correspondientes.

Aunque se han establecido algunos protocolos para su detección, la escasez de datos sobre variables psicológicas específicas y la consiguiente falta de instrumentos específicos subrayan la importancia de recurrir a la entrevista, el historial médico, y la observación como herramientas fundamentales en este proceso (ver Tabla 1).

Tabla 1.

Claves para la detección del MSBP.

Técnica	Puntos o aspectos claves a considerar
Entrevista clínica semiestructurada	<ul style="list-style-type: none"> - Historia médica, los síntomas reportados y el contexto familiar. - Entrevistas por separado. - Síntomas informados y presentados, su cronología, las circunstancias que rodean su aparición y cualquier discrepancia.
Historia Clínica y Registros Médicos	<ul style="list-style-type: none"> - Revisión sistemática detallada de la historia clínica. - La detección de patrones inconsistentes y anómalos. - El registro de intervenciones y resultados. - La documentación de contradicciones. - La evidencia de comportamiento manipulador. - El historial familiar y psicosocial.
Observación directa	<ul style="list-style-type: none"> - Comportamiento del paciente en entornos clínicos y sociales - Identificar discrepancias entre los síntomas reportados y la presentación real

Se insiste en las recomendaciones de la literatura científica y enfatiza en algunas de las pautas de la APSAC.

Por otra parte, se podría tener en cuenta la aplicación del Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2 (MMPI-2) (Butcher, 2001) al perpetrador (ver Anexo C).

Finalmente, en la Revista de enfermería pediátrica, se publica el artículo “Síndrome de Munchausen por poder: identificación y diagnóstico” (Thomas, 2003) que propone diferentes señales y métodos de detección centrados en el menor. Tanto de manifestaciones físicas o enfermedades, cómo de determinadas situaciones o señales de emergencia que pueden identificar un MSBP y preguntas que sirven de guía para una adecuada observación de los síntomas y su posterior documentación (Anexo D). De manera similar Cerda, et al., (2006) propone indicadores de diagnóstico para este síndrome (Anexo E).

Centrándonos en el caso específico que nos concierne, se focaliza particularmente la detección del MSBP bajo la observación directa de los sucesos. La imposibilidad de acceder directamente a las personas implicadas provoca que se descarten otro tipo de procedimientos. Por lo que, dado que disponemos exclusivamente de la propia película como fuente de información, esta es la única técnica viable.

Presentación del caso

Diane Sherman es una madre soltera que tras dar a luz prematuramente pierde a su hija debido a una variedad de problemas físicos. Sin embargo, tras dicha pérdida secuestra a otra bebé y la cuida como si fuera suya, replicando las mismas condiciones médicas de su hija biológica con medicamentos. Esto la convierte en la única responsable del cuidado y tratamiento de Chloe, garantizando su calidad de vida, siempre y cuando permanezca junto a ella.

Chloe, afectada por múltiples enfermedades crónicas y en silla de ruedas, depende de los cuidados intensivos brindados por su madre en su hogar, lejos del pueblo más cercano. Su madre, también profesora, le brinda educación en casa debido a su condición física. A pesar de sus desafíos de salud, Chloe muestra un fuerte interés en tecnología e ingeniería, supuestamente apoyado por su madre, quien confía en su capacidad para tener éxito académico, incluso en la universidad.

Durante el proceso de admisión a la Universidad de Washington, Chloe espera con ansias saber si ha sido aceptada, pero Diane controla el acceso al correo. Aunque promete avisar de inmediato si llega una carta, Diane muestra comportamientos extraños sobre el tema, pero sin despertar sospechas en Chloe.

Sin embargo, Chloe desconfía de Diane al encontrar unas pastillas verdes recetadas a nombre de Diane entre las bolsas de la compra, al aparecer entre sus propios medicamentos. Su madre afirma rotundamente que el nombre del frasco es solo el que figura en el recibo. No obstante, busca y encuentra el mismo frasco ahora con su nombre, pero revela que se trataba de una pegatina superpuesta a la etiqueta original. Por lo que intenta buscar el nombre del medicamento en internet ("Trigoxina") sin éxito al encontrarse con que el internet de su casa está desconectado.

Chloe, desesperada por conocer la verdad, evita hablar con el farmacéutico de la familia o cualquier autoridad oficial para no dejar rastro. Así que recurre a marcar un número aleatorio y pide a un extraño que investigue el medicamento. El hombre le informa que la "Trigoxina" es un fármaco para afecciones cardíacas graves que se ajusta a las necesidades de Chloe, pero las alarmas suenan cuando describe la pastilla como roja, siendo verdes y blancas las que su madre le da.

Bajo estas circunstancias, Chloe convence a Diane para ir al cine, con la intención de escaparse hacia la farmacia. Durante un supuesto descanso para ir al baño logra convencer a la farmacéutica para darle información sobre las recetas y descubre que la píldora que está tomando es en realidad un relajante muscular para perros llamado "Ridocaína". Además, al preguntarle por los efectos secundarios en los humanos esta advierte que ingerirlas podría causar parálisis.

En ese mismo instante Diane encuentra a Chloe y la seda, llevándola de vuelta a casa. Durante el trayecto, intenta rectificar la situación considerando qué decirle a la farmacéutica y pensando en enviar un correo al médico de Chloe quejándose de sus delirios. Sin embargo, termina buscando en internet

"neurotoxinas domésticas", sugiriendo una posible intención de administrarlas a su hija.

Tras esto, Chloe se despierta encerrada en su dormitorio con la puerta bloqueada. Así decide escapar por la ventana hasta la habitación de Diane donde descubre que el cable del teléfono estaba cortado. Al intentar usar el salvaescaleras, descubre también los cables cortados. Por lo que, empuja su silla de ruedas y se tira a continuación por las escaleras causándole heridas que hacen que pierda la esperanza de escapar. Aunque, tras mover levemente los dedos de los pies, sospecha que nunca ha estado realmente enferma y consigue continuar.

Chloe huye en silla de ruedas y casi es atropellada por el conductor del camión de correos. Mientras le explica la situación al cartero, quien intenta llevarla al hospital, aparece su madre y se detiene para rogarle al cartero que le deje llevar a su hija a casa argumentando que la medicación de Chloe ha afectado su comportamiento. El cartero se niega y sugiere que le siga al hospital y que luego se arregle con las autoridades. Aunque Diane accede, repentinamente saca un sedante del maletero y lo utiliza contra el cartero.

La hija vuelve a despertar encarcelada, ahora encadenada en el sótano en su silla de ruedas. Allí descubre una carta de aceptación de la Universidad de Washington en la basura. Además, encuentra una caja de recuerdos con fotos, artículos y documentos que revelan a Chloe cuando era pequeña sin problemas en sus piernas, un certificado de defunción de la hija biológica y un artículo de periódico de una pareja cuyo bebé fue robado del hospital. Durante un flashback se clarifica la situación al mostrar que Diane había perdido a su hija biológica, la Chloe "original", después de estar viva durante dos horas después del nacimiento. Así, a raíz de su pérdida y dolor había robado un bebé del hospital que llamaría Chloe y criaría como si fuera suya mientras experimentaba el síndrome de MSBP, enfermándola a propósito.

Una vez Chloe ya conoce su pasado, se produce una confrontación entre ella y Diane. Esta última justifica sus acciones con razones que carecen de lógica (le hizo un favor al salvarle de sus otros padres, no pudo tener una mejor madre ya que haría cualquier cosa por ayudarle) y a continuación comienza a mezclar

productos para enfermar a Chloe. Pero esta escapa y se encierra en un armario, ingiriendo sustancias tóxicas con intenciones suicidas, mientras le dice a Diane que "la necesita viva".

Más tarde, Chloe despierta en el hospital conectada a máquinas, pero antes de que pueda pedir ayuda a la enfermera, Diane secuestra a Chloe durante una alarma en el hospital. Al regresar, la enfermera alerta a los guardias tras descubrir una nota en la camilla. Chloe recupera movilidad en las piernas y detiene la silla de ruedas haciendo que Diane acabe acorralada en unas escaleras. Revelando estar armada, se niega a dejar ir a Chloe y amenaza con disparar, lo que hace que un guardia le dispare en el hombro y caiga hacia atrás por las escaleras.

Siete años después, Chloe visita un centro de mujeres dónde se observa una mejoría en su forma de caminar y se guía a sí misma a través del detector de metales sin la silla de ruedas. Allí actualiza a Diane sobre su vida exitosa y feliz, incluyendo su matrimonio, hijos, reunión con padres biológicos y su trabajo en desarrollar prótesis. Al despedirse, le dice que la ama y escupe un plástico con tres pastillas verdes que le ofrece, invirtiendo los anteriores roles de poder.

Antecedentes

Diane se encuentra embarazada cuando da a luz de forma prematura, la hija nace con una serie de enfermedades, que durante la película se ve como la madre se encarga de cuidar. A su vez, compagina el cuidado de la hija con hacer sustituciones esporádicas en un colegio.

De la misma manera, nada más comenzar la película, Diane se encuentra en una reunión de padres de "HomeSchooling" en la que todos los padres se muestran preocupados por la partida de sus hijos a la universidad. Sin embargo, Diane se muestra segura en cuanto a su hija y sus capacidades. Según avanza la película, el espectador se da cuenta de que dicha seguridad se apoya en que controla la vida de Chloe. De esta forma se justifica la seguridad de la madre ante la partida de la hija, ya que se ha asegurado de que no pueda irse de casa, evitando así su independencia la cual es importante para Chloe ya que es un primer paso para su autorrealizarse fuera de su casa.

Al comienzo, se puede apreciar como Diane baja al sótano para ver grabaciones de su hija, en las que se le ve caminando y jugando. Esto puede ser un método de autocastigo, ya que rememora el daño que le hace a Chloe al suministrarle medicación que no le permite caminar. Esta escena puede considerarse una estrategia del director para crear intriga, como si la discapacidad de la niña hubiera surgido cuando ya era mayor.

El director deja ver sutilmente los esfuerzos de Diane por controlar la información que recibe Chloe, la que siempre intenta llegar lo más rápido posible a la puerta cuando oye al cartero llegar.

Un punto clave para conocer los antecedentes de Diane sucede cuando Chloe es encerrada en el sótano. Allí, encuentra la partida de defunción de la Chloe “original” y el recorte de periódico sobre el secuestro de una bebé.

Esta escena, hace comprender al espectador que Diane, perdió a su bebé biológico de forma prematura, por lo que robó otro bebé del mismo hospital, siendo este último la Chloe que se ha presentado como hija.

Formulación del Caso

Uno de los puntos más cuestionados sobre el trastorno, es su origen. Hasta el momento hay varias teorías al respecto, Jones (1994) argumenta que resulta sumamente difícil entender por qué las madres pueden llegar a extremos tan drásticos para satisfacer sus propias necesidades.

Resulta complejo determinar cuándo una persona tiene MSBP debida a la falta de instrumentación.

Por un lado, acogiendo el DSM-5, encontramos una serie de criterios para determinar o no la patología del Trastorno Facticio Aplicado a otros (ver Tabla 2). Además, la psicopatología específica de la personalidad típicamente observada u opinada incluye rasgos límite, histriónico, dependiente, narcisista y antisocial (Bass & Jones, 2011; Rosenberg, 1987). Por lo que se puede llegar a determinar trastornos de la personalidad, se recomienda utilizar el Instrumento para Evaluación de los Trastornos de la Personalidad (IPDE) para su análisis.

Tabla 2.

Criterios del Trastorno Facticio Aplicado a otros según el DSM-5.

Criterio	¿Se cumple?
Criterio A: Falsificación de signos o síntomas físicos o psicológicos, o inducción de lesión o enfermedad, en otro, asociada a un engaño identificado.	Sí
Criterio B: El individuo presenta a otro individuo (víctima) frente a los demás como enfermo, incapacitado o lesionado.	Sí
Criterio C: El comportamiento engañoso es evidente incluso en ausencia de recompensa externa obvia.	Sí
Criterio D: El comportamiento no se explica mejor por otro trastorno mental, como el trastorno delirante y otro trastorno psicótico.	Sí
Especificar si:	Episodio recurrente
<ul style="list-style-type: none"> - Episodio único. - Episodio recurrente (dos o más acontecimientos de falsificación de enfermedad y/o inducción de lesión) 	

En cuanto al criterio A se corrobora con la medicación que le proporciona a Chloe para hacer que padezca las enfermedades. Siguiendo, el criterio B se identifica a la víctima, Chloe. Respecto al criterio C, Diane no obtiene ninguna recompensa externa, más allá de su propia satisfacción al tener que cuidar a Chloe. Por último, el criterio D, los síntomas y signos observados no se explican mejor por otro trastorno. Además, hay que añadir la especificación “recurrente”, debido a que es una agresión continuada en el tiempo.

Por otro lado, se utilizarán los indicadores de MSBP en el perpetrador proporcionados por Cerda, et al., (2006) para corroborar el diagnóstico (ver Tabla 3).

Tabla 3.

Indicadores de MSBP en el perpetrador según Cerda, et al., (2006).

Indicadores en el perpetrador.	¿Se cumple?
Habitualmente la madre.	Sí
Los signos y síntomas no ocurren en su ausencia.	Sí
Menos preocupada que los propios sanitarios.	No se puede constatar
Rehúye a dejar solo al niño en el hospital.	Sí
Trata de establecer estrechas relaciones con médico y enfermería.	No se puede constatar
Suele tener conocimientos o antecedentes de profesión sanitaria.	Sí
Presencia trastos psiquiátricos y/o conducta.	No se puede constatar

Concluyendo que mayoritariamente cumple los indicadores y los restantes quedan sin confirmar por ausencia de información, con el apoyo del cumplimiento total de los criterios del DSM-5 se puede concluir, que Diane padece un trastorno facticio aplicado a otro según el DSM-5.

Además, se ha querido analizar más profundamente el personaje de Diane, por lo que se ha podido suponer que pueda llegar a padecer un Trastorno de Estrés Post Traumático y un Trastorno de Duelo Complejo Persistente. A pesar de la posible existencia de dichos trastornos, no se ha podido recabar información suficiente para verificar su existencia. Por lo que se pasan a descartar (ver Anexo F).

Otra forma de corroboración puede ser la aportada por las pautas identificadas por los distintos autores.

Garrote et al. (2008) modifica y amplía algunos indicadores para tener en cuenta. Además, Delgado (1997) sugiere tener en cuenta otros factores para sospechar de la presencia de un MSBP (ver Anexo G).

Enlazando con la introducción, las madres perpetradoras suelen tener conocimientos médicos, lo cual es útil para ser las protagonistas al proporcionar los cuidados necesarios a los hijos o para fabricar los síntomas deseados en ellos (Delgado, 1997).

Bajo estos factores, podemos encontrar que efectivamente Chloe presenta una sintomatología crónica que no parece mejorar. Una ausencia paterna. Diane, vive pendiente de su hija, por lo que intenta alejarse de ella lo menos posible. Además, demuestra conocimientos en cuidados médicos hacia su hija. Además, como se comentaba anteriormente, Chloe ha cambiado infinidad de veces de médico, por lo que no hay una continuidad ni de los seguimientos médicos ni de los tratamientos.

Se podría concluir que Diane presenta una gran cantidad de factores para considerar que padece MSBP.

Por otro lado, encontramos a Chloe, la hija. Siendo necesario avanzar hasta el final de la película para entender su papel.

Chloe es una niña robada, ya que la hija biológica muere al nacer de forma prematura. Diane le induce las mismas enfermedades que tenía su hija biológica (ver Anexo H).

Como podemos comprobar (ver Anexo I), la mayoría se encuentran entre la sintomatología frecuente en las víctimas de dicho síndrome, por lo que resulta totalmente accesible que la madre los hubiese generado en Chloe.

El personaje de Chloe tiene una evolución notable. Al comienzo se observa como la chica de 17 años lleva una normalidad en su rutina diaria, está acostumbrada a sus tratamientos y a estudiar en casa. Tiene su ambición en

conseguir entrar en la universidad. A pesar de las enfermedades físicas que padece, realiza su vida con total normalidad. Mantiene una buena relación con su madre, por lo que la confianza en sus cuidados es plena.

Sin embargo, las primeras dudas comienzan cuando Chloe se da cuenta que su madre controla el correo. Esta situación se ve seguida de desconfianza cuando la madre le proporciona unas pastillas que Chloe con anterioridad a nombre de “DIANE”.

Chloe intenta averiguar qué pastillas son, pero se da cuenta de que no dispone de internet. Por lo que la visión de Chloe sobre los cuidados de su madre empieza a percibirse como un intento por controlar su vida.

Después de Chloe ser secuestrada cuando descubre que su madre la enferma de manera consciente, descubre toda la verdad sobre su vida y posteriormente consigue escapar (ver Figura 2).

Figura 2.

Chloe acaba ingresada en el hospital con el fin de escapar de los malos tratos de su madre.



Nota. Reproducido de “RUN”, n.d., (Filmaffinity.com).

Años después Chloe va a visitar a Diane mientras está se encuentra encerrada en lo que parece ser un psiquiátrico. Ahí, le proporciona las mismas

pastillas que le daba de pequeña para la parálisis de sus piernas buscando causarle ese mismo efecto.

Entonces, el papel de Chloe pasa de víctima a agresora. Ya que todos los malos tratos que Diane ha ejercido sobre ella se tornan en sentimiento de venganza hacia su madre. (ver Figura 3).

Figura 3.

Diane se encuentra encerrada en un hospital psiquiátrico y Chloe le proporciona medicación.



Nota. Reproducido de “RUN”, n.d., (Filmaffinity.com).

Bajo la perspectiva de entender la conducta de Chloe, se podría justificar mediante la teoría del “Ciclo de la Violencia” (Lenore Walker, 1980) originalmente centrada en las relaciones de pareja que más tarde se utilizaría para explicar en comportamientos de niños maltratados (Mesa-Gresa & Moya-Albiol, 2011).

Es importante destacar que este escenario es hipotético y que cada caso es único. Sin embargo, este ejemplo ilustra cómo el ciclo de la violencia y el MSBP pueden estar interrelacionados en algunas situaciones, donde el abuso y la manipulación se transmiten de generación en generación.

La situación puede llegar a un punto donde la hija, habiendo internalizado y aprendido el comportamiento abusivo de la madre, repite el patrón de abuso. Es decir, Chloe aprende a ejercer la violencia, por lo que posteriormente opta por utilizarla a modo de venganza hacia su madre.

En este caso, comienza a enfermar a su madre, como una forma de venganza, un intento de recuperar el control o simplemente como una repetición del comportamiento aprendido. Este nuevo ciclo de abuso perpetúa la dinámica del maltrato familiar, mostrando cómo el trauma y el abuso pueden trasladarse y evolucionar entre generaciones.

La teoría del “Ciclo de la Violencia” (Walker, 1980) ayuda a entender la dinámica repetitiva del abuso y cómo las víctimas pueden a veces transformarse en abusadores, repitiendo el ciclo con roles intercambiados. En el contexto del MSBP esta teoría resalta la complejidad y la naturaleza cíclica del abuso dentro de una relación familiar íntima.

Se puede afirmar que el maltrato durante la infancia, en la mayoría de los casos, constituye una seria interrupción en el desarrollo normal del niño. Además de las lesiones físicas y daños que puede sufrir debido al maltrato físico, el niño está expuesto a niveles elevados de estrés crónico que resultan en secuelas importantes.

Intervención

Ante la falta de un protocolo concreto oficial para actuar ante el MSBP, se procederá a adjuntar una serie de sugerencias de distintos autores.

Loredo Abdalá y Oldak Skvirsky (1990), plantean que se debe dar un tratamiento integral que incluya varios tratamientos a todos los miembros de la familia. Además de su análisis social y la consideración del estado jurídico del caso. Es este tipo de trastorno resulta tan importante tratar a la madre perpetradora como a la/s víctima/s.

El primer objetivo, siempre debe ser proteger al niño de la madre, por lo que pasa a una situación de acogimiento de emergencia, en la cual pasará a manos de una familia de acogida. Cabe destacar, que, si la familia cuenta con varios hijos, es probable que los otros también sean, hayan sido o puedan ser víctimas de los malos tratos por parte de la madre. (Lovaglio & Del Bagge, 2021).

Parnell y Day (1998) proponen para sanar el trauma hay que reducir el daño y romper el ciclo de abusos.

Siguiendo con esta línea, McGuire y Feldman (1989), destacan la necesidad de proceder con extrema precaución al devolver la custodia del niño a una madre que ha perpetrado abusos.

En relación con la madre, hay tres aspectos esenciales que deben abordarse. En primer lugar, se debe proporcionar formación en habilidades para el cuidado del niño. En segundo lugar, es importante ofrecer formación en habilidades sociales para establecer relaciones saludables con otros adultos. Por último, se debe proporcionar tratamiento para problemas psiquiátricos y adicciones.

Sin embargo, debido a la falta de evidencias e investigación sobre el trastorno, no se encuentra una línea concreta de tratamiento indicada ni para la madre perpetradora ni para la víctima. Tully et al., (2021) recoge una serie de recomendaciones para actuaciones en casa de enfermedades fabricadas (ver Anexo J).

Discusión

La propuesta de este estudio fue la de analizar un caso ficticio para explicar la psicopatología correspondiente, para ello se utilizó a las protagonistas de la película "RUN" (2020), así como en el supuesto MSBP que padece Diane.

Limitando el relato en el papel de la agresora, en este caso la madre. Nos encontramos ante un caso de Trastorno Facticio Aplicado a Otros (DSM-5) pudiendo concluir en base a lo observado

Intentando aportar un correcto y ético diagnóstico, el primer impedimento es la ausencia de instrumentos suficientes. La literatura no ha aportado avances reales para ello.

En el caso particular de la película, se ven ciertas negligencias médicas. El cambio tan continuo de una menor enferma de forma crónica, sobre la que apenas hay seguimiento continuo por ningún profesional.

En el presente caso quedan varios interrogantes sin responder. No hay un argumento claro de si Diane hubiese maltratado a su verdadera hija biológica de haber vivido. Además, no se logra constatar si las acciones finales de Chloe se justifican como un acto de venganza o la herencia del ciclo de la violencia.

Sobre el MSBP se destaca la necesidad de abordar este trastorno desde una perspectiva integral que combine la atención médica, psicológica, legal, ética y social. Solo mediante una colaboración entre profesionales de diferentes campos y una mayor conciencia pública podemos esperar proteger a los más vulnerables y proporcionar apoyo a aquellos afectados por este complejo síndrome.

Con el presente análisis, se puede concluir que el MSBP resulta uno más de los trastornos olvidados por nuestra sociedad.

Habiéndose reportado una mortalidad de 6% y un 7.3% de lesiones a largo plazo (Sheridan, 2003) con la escasa detección de casos que hay, además de que no se encuentran instrumentos para diagnosticar dicho trastorno, no se puede prever con exactitud los posibles cambios de dichas cifras. Por lo que no se determina si existe una escasa frecuencia de casos o una falta de instrumentos para detectarlos.

Resultan muy amplios los enfoques posibles para abordar un caso de esta magnitud, pero las líneas principales de actuación convendría dirigirlas hacia la prevención y la concientización sobre este tipo de problemáticas.

Asimismo, es necesario:

- Implementación de atención temprana psicológica a padres y madres que sufran la pérdida de un recién nacido, independiente del posible MSBP.

- Educar a los padres y cuidadores sobre los riesgos y consecuencias del síndrome y promover una crianza saludable y respetuosa de los niños.
- Establecer protocolos claros para atender de manera oportuna y efectiva los casos sospechosos.
- Diseñar un programa informático que regularice y contraste los datos disponibles para detectar variables relacionadas con el síndrome como un cambio continuo de médicos, demasiados medicamentos, hospitalizaciones innecesarias, etc.

Referencias

- APSAC Task Force (2018). APSAC Practice Guidelines: Munchausen by proxy: Clinical and Case Management Guidance. *The APSAC Advisor*, 30(1), 8-31.
- Bass, C., & Jones, D. (2011). Psychopathology of perpetrators of fabricated or induced illness in children: case series. *British Journal Of Psychiatry*, 199(2), 113-118. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.109.074088>
- Bursch, B., Emerson, N. D., & Sanders, M. J. (2019b). Evaluation and Management of Factitious Disorder Imposed on Another. *Journal Of Clinical Psychology In Medical Settings*, 28(1), 67-77. <https://doi.org/10.1007/s10880-019-09668-6>
- Butcher, J. N. (2001). *MMPI-2: Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2: Manual for administration, scoring, and interpretation*. University of Minnesota Press.
- Cerda Ojeda, F., Goñi González, T., & Gómez de Terreros, I. (2006). Síndrome de Munchausen por poderes. *Cuadernos de medicina forense*, 43-44, 47-55. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-76062006000100004&lng=es&tlng=es
- Colaboradores de Wikipedia. (2024, Mayo 8). *Asesinato de Dee Dee Blanchard*. Wikipedia, la Enciclopedia Libre. Recuperado de https://es.wikipedia.org/wiki/Asesinato_de_Dee_Dee_Blanchard
- Day, L. B., Faust, J., Black, R. A., Day, D. O., & Alexander, A. (2017). Personality profiles of factitious disorder imposed by mothers: A comparative analysis. *Journal Of Child Custody*, 14(2-3), 191-208. <https://doi.org/10.1080/15379418.2017.1331780>

Del Casale, A., Ferracuti, S., Rapinesi, C., Serata, D., Simonetti, A., Caloro, M., Roma, P., Savoia, V., Kotzalidis, G. D., Sani, G., Tatarelli, R., & Girardi, P. (2012). Factitious disorder comorbid with bipolar I disorder. A case report. *Forensic Science International*, 219(1-3), 37-40.

<https://doi.org/10.1016/j.forsciint.2012.01.011>

Delgado, A. (1997). *Síndrome de Münchausen por Poderes. Niños maltratados*. Madrid: Díaz de Santos.

Drotar, D. (2009). Case Studies and Series: A Call for Action and Invitation for Submissions. *Journal of Pediatric Psychology*, 34(8), 795–802.

<https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsp059>

Flaherty, E. G., MacMillan, H. L., Christian, C. W., Crawford-Jakubiak, J. E., Flaherty, E. G., Leventhal, J. M., Lukefahr, J. L., & Sege, R. D. (2013). Caregiver-Fabricated Illness in a Child: A Manifestation of Child Maltreatment. *Pediatrics*, 132(3), 590-597.

<https://doi.org/10.1542/peds.2013-2045>

Fraser, G. (2008). 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*, 22, 169-180.

Garrote, N., Indart de Arza, J., Puentes, A., Smith, M., Del Bagge, P., & Pérez Coulembier, M. (2008). Síndrome de Munchausen por poder y manifestaciones de supuesto evento de aparente amenaza a la vida. *Archivos argentinos de pediatría*, 106(1), 47-53.

Gray, J., & Bentovim, A. (1996). Illness induction syndrome: Paper I-A series of 41 children from 37 families identified at the Great Ormond Street Hospital for Children NHS Trust. *Child Abuse & Neglect*, 20(8), 655–673.

[https://doi.org/10.1016/0145-2134\(96\)00055-5](https://doi.org/10.1016/0145-2134(96)00055-5)

Jones, D. (1994). Editorial: The Syndrome of Münchausen by Proxy. *Child Abuse & Neglect: The International Journal*, 9(1), 18.

- Loredo Abdalá, A., Oldak Skvirsky, D., Carbajal Rodrigues, L., & Reynes Manzur, J. (1990). Algoritmo del niño maltratado a su ingreso a un centro hospitalario pediátrico de tercer nivel. *Boletín Médico del Hospital Infantil de México*, 47(2), 91-95.
- Lovaglio, G. S., & Del Bagge, P. L. (2021). Síndrome de Münchausen por poderes. Alto riesgo para la vida de niños, niñas y adolescentes. *Revista de Psicología*, 20(2), 123–138. <https://doi.org/10.24215/2422572xe082>
- McGuire, T. L., & Feldman, K. W. (1989). Psychologic morbidity of children subjected to Munchausen syndrome by proxy. *Pediatrics*, 83(2), 289–292.
- Meadow, R. (1977). Munchausen syndrome by proxy the hinterland of child abuse. *The Lancet*, 310(8033), 343-345. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(77\)91497-0](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(77)91497-0)
- Meadow, R. (2002). Different interpretations of Munchausen Syndrome by Proxy. *Child Abuse & Neglect*, 26(5), 501-508. [https://doi.org/10.1016/s0145-2134\(02\)00326-5](https://doi.org/10.1016/s0145-2134(02)00326-5)
- Mesa-Gresa, P., & Moya-Albiol, L. (2011). Neurobiología del maltrato infantil: el ‘ciclo de la violencia’. *Revista de neurología*, 52(8), 489-503.
- Mommy Dead and Dearest*. (2017). *FilmAffinity*. Recuperado de <https://www.filmaffinity.com/es/film398617.html>
- Moreira, E. C., & Moreira, L. A. (1999). Hypochondriasis by proxy in children: report of two cases. *Jornal de Pediatria*, 75(5), 373-376. <https://doi.org/10.2223/jped.333>garro
- Parnell, T. F., & Day, D. O. (1998). *Munchausen by Proxy Syndrome: Misunderstood Child Abuse*. Sage Publications, Incorporated.
- Rodríguez Cely, L. A. R., Rátiva, M. G., & Bayona, A. D. P. M. (2003). Estado del arte sobre el síndrome de Münchausen por poderes. *Universitas Psychologica*, 2(2), 187-198.

- Rosenberg, D. A. (1987). Web of deceit: A literature review of Munchausen syndrome by proxy. *Child Abuse & Neglect*, 11(4), 547-563.
[https://doi.org/10.1016/0145-2134\(87\)90081-0](https://doi.org/10.1016/0145-2134(87)90081-0)
- Sheridan, M. S. (2003). The deceit continues: an updated literature review of Munchausen Syndrome by Proxy. *Child Abuse & Neglect*, 27(4), 431-451. [https://doi.org/10.1016/s0145-2134\(03\)00030-9](https://doi.org/10.1016/s0145-2134(03)00030-9)
- Thomas, K. (2003). Munchausen Syndrome by Proxy: Identification and diagnosis. *Journal Of Pediatric Nursing*, 18(3), 174-180.
<https://doi.org/10.1053/jpdn.2003.35>
- Tully, J., Hopkins, O., Smith, A. and Williams, K. (2021), Fabricated or induced illness in children: A guide for Australian health-care practitioners. *J Paediatr Child Health*, 57: 1847-1852. <https://doi.org/10.1111/jpc.15663>
- Walker, L. E. (1980). *Battered woman*. William Morrow Paperbacks.

Anexos

Anexo A.

Películas que retratan el Síndrome Munchausen por poderes.

"A child's cry for help" (1994)

El director Sandor Stern filmó "A Child's Cry for Help", que sigue la historia de la doctora Paula Spencer. Ella empieza a trabajar en un hospital local donde se encuentra con el caso de Eric, un niño con múltiples afecciones cuya salud se deteriora con el tiempo, a pesar de la atención constante de su madre, la señora Monica Shaw.

El sobreproteccionismo de Shaw hacia su hijo alerta a la doctora Spencer, quien observa detenidamente la interacción entre madre e hijo. Concluye que muchos de los padecimientos del niño son provocados por su madre, una deducción que el personal del hospital desacredita, buscando despedirla. La situación se complica cuando la doctora Spencer impide que la madre visite a Eric durante su internamiento y la salud del niño empeora. Sin embargo, desconocen que Mónica encuentra la manera de ingresar al hospital clandestinamente.

"The act" (2019)

"The Act" es una miniserie original de Hulu que se basa en el asesinato de Dee Dee Blanchard, una mujer que sufría del síndrome de Munchausen y que abusó de su hija Gypsy Rose durante 24 años. La joven y su novio, Nick Godejohn, pusieron fin a su vida cuando él la apuñaló por la espalda varias veces.

A lo largo de ocho episodios, se revelan las mentiras que Dee Dee contaba para que sus vecinos, instituciones médicas y de caridad creyeran que su hija sufría de diversas enfermedades como distrofia muscular, leucemia y asma, entre otras. A pesar de que Gypsy podía caminar, su madre le hacía creer que tenía muchos otros padecimientos.

Con el paso de los años, Gypsy desafía los mandatos de su madre y se relaciona con otros jóvenes a través de las redes sociales. Esto la lleva a conocer a Godejohn, quien al igual que su madre, sufre de un trastorno de la personalidad. Él la convence de que acabar con la vida de su madre le otorgará la autonomía que le fue arrebatada.

Anexo B.

Caso de Gypsy Rose.

En la madrugada del 14 de junio de 2015, el cuerpo sin vida de Dee Dee Blanchard fue descubierto, cubierto de sangre y con múltiples heridas de machete en la espalda, que se estimaron habían sido infligidas durante varios días. En la casa no se encontraba su hija, Gypsy Rose, una joven que, según Blanchard, sufría de leucemia, asma, distrofia muscular y otras dolencias crónicas, además de presentar "una capacidad mental equivalente a la de una niña de siete años debido a diversos daños cerebrales" derivados de su nacimiento prematuro.

Cuando las autoridades revelaron que Gypsy era una adulta que no sufría de ninguna de las enfermedades físicas o mentales que su madre había declarado, el sentimiento público cambió de preocupación por el posible secuestro de una niña altamente discapacitada a compasión por Gypsy Rose.

Las investigaciones posteriores revelaron que algunos de los médicos que habían tratado a Gypsy Rose no encontraron pruebas que respaldan las afirmaciones de que padecía esas enfermedades. Uno de los doctores afirmó encontrar indicios de Síndrome de Münchhausen por poder.

Durante años, Dee Dee había estado haciéndole creer a todos que su hija era mucho más joven de lo que realmente era, fingiendo que estaba parálitica y sufría de enfermedades crónicas. Sometió a Gypsy a intervenciones quirúrgicas innecesarias y la medicó mientras la controlaba con maltrato físico y psicológico.

Gypsy Rose se declaró culpable de asesinato en segundo grado y fue sentenciada a diez años de cárcel. Fue liberada el 28 de diciembre del 2023.

Varios directores han buscado inmortalizar esta historia. En 2017, HBO presentó el documental "Mommy Dead and Dearest", dirigido por Erin Lee Carr. En 2018, se estrenó el documental "Gypsy's Revenge", dirigido por Jesse Vile. Además, en 2019, Lifetime y Hulu produjeron la miniserie "The Act". En 2020 se estrenó la película "Run", que trata el Síndrome de Munchausen por poder, de unas características muy similares a las de Dee Dee.

A principios de 2024 se estrenó "The Prison Confessions of Gypsy Rose Blanchard", una docuserie de seis capítulos donde Gypsy narra su historia personalmente desde la cárcel.

Nota: Caso de Gypsy Rose. (Wikipedia.org)

Anexo C.

Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2 (MMPI-2) (Butcher, 2001).

Este inventario multifásico de personalidad es una prueba psicológica ampliamente utilizada para evaluar la personalidad y los trastornos psicológicos en adultos. Consiste en una serie de preguntas diseñadas para medir diferentes dimensiones de la personalidad, como la depresión, la ansiedad, la paranoia y la esquizofrenia. En el caso del MSBP, se ha observado que las dimensiones que diferencian a las madres perpetradoras de las del grupo control son la Psicastenia (Pt), Esquizofrenia (Sc) y Desviación Psicopática (Pd) (Day et al., 2017). Pudiendo utilizarse, así como un indicador o base del perfil general de las madres que ejercen el síndrome.

Anexo D.

Tabla D1.

Métodos documentados de abuso infantil en MSBP.

Fabricación de antecedentes pasados o síntomas actuales (mintiendo sobre vómitos, diarrea, hemorragias gastrointestinales, heces con sangre, mala alimentación, letargo, fiebre, dolor, convulsiones, apnea, bradicardia, paro cardíaco, síndrome de muerte súbita del lactante, asma, dolores de cabeza, problemas psicológicos o conductual problemas)

Sangrado gastrointestinal o infección del tracto urinario (al poner sangre en una muestra de heces o de orina)

Vómitos o reflujo gastroesofágico (al administrar ipecacuana u otras drogas)

Diarrea (al administrar laxantes o ciruelas pasas)

Gases/malestares gástricos (al soplar aire en el tubo gástrico)

Apnea sola o que conduce a un paro cardíaco o presentación similar al síndrome de muerte súbita del lactante (por asfixia manual del niño)

Asma o dificultad respiratoria (por exposición intencionada a desencadenantes o suspensión de medicamentos para el asma)

Hipoglucemia (por administración de insulina o privación de alimentos al niño)

Hipernatremia (por la administración de sal de mesa al niño)

Letargo (por la administración de barbitúricos, tranquilizantes, anticonvulsivos al niño)

Convulsiones (al no administrar la dosis prescrita de anticonvulsivos o administrar un medicamento que pueda causar convulsiones como efecto secundario; al causar un desequilibrio químico como hipoglucemia, hiponatremia o hipernatremia)

Dermatitis de contacto o quemaduras (al frotar químicos cáusticos en la piel de un niño o al poner químicos cáusticos en la boca del niño)

Envenenamiento (por la administración de cafeína, sal de mesa, esmalte de uñas, laxantes, diuréticos y cualquier medicamento no recetado para el niño: difenhidramina, ipecacuana, tranquilizantes, barbitúricos, anticonvulsivos, etc., o por la administración de una dosis incorrecta de un medicamento recetado)

Infecciones (por instilación de sustancias extrañas o fluidos corporales contaminados en la vía intravenosa, el catéter de Foley o el tubo gástrico del niño para causar sepsis o infección por el virus de la inmunodeficiencia humana)

Tabla D2.

Señales de advertencia de MSBP.

Un niño que presenta uno o más problemas médicos que no responden al tratamiento o que siguen un curso inusual que es persistente, desconcertante e inexplicable.

Síntomas que no tienen sentido

Hospitalizaciones repetidas y pruebas médicas extensas que no logran producir un diagnóstico.

Hallazgos físicos o de laboratorio que son muy inusuales o discrepantes con la historia reportada o que son física o clínicamente imposibles

Signos y síntomas que desaparecen cuando el agresor deja de tener contacto con el niño

Antecedentes familiares de enfermedades similares entre hermanos o enfermedades o muertes inexplicables de hermanos (como el síndrome de muerte súbita del lactante)

Un historial de dolencias médicas inusuales o numerosas que no han sido fundamentadas y plantean dudas sobre la veracidad del reportero.

Un padre con síntomas similares a los problemas médicos de su propio hijo o un historial de enfermedad que en sí mismo es desconcertante e inusual.

Un cuidador que se niega a aceptar que el diagnóstico no es médico.

Un cónyuge (generalmente el padre) que no visita al niño y tiene muy poco contacto o comunicación con los médicos, independientemente de que el niño tenga una enfermedad muy grave.

Pasividad de la víctima hacia los hechos del perpetrador

Síntomas o episodios de cianosis, apnea, síndrome de muerte súbita del lactante o convulsiones que nadie más que el cuidador haya presenciado

Reanimaciones múltiples en un niño sin anomalías cardiopulmonares

Traslados a otros hospitales o altas contra consejo médico

Tabla D3.

Preguntas que deben responderse mediante observación y luego documentarse.

¿Cuál es el afecto del niño (retraído, abierto, tranquilo, activo) cuando el presunto perpetrador está presente?

¿Cuál es el efecto del niño cuando el presunto autor no está presente?

¿Cómo responde el niño ante el presunto perpetrador?

¿Cómo responde el niño ante otros miembros de la familia?

¿Está el presunto autor atento a las necesidades del niño en todo momento?

¿Se encuentra con frecuencia al presunto autor en el escritorio de la enfermera?

¿Cómo se comporta el presunto autor cuando el cónyuge está presente?

¿Cómo responde el presunto autor al cónyuge?

¿El presunto autor está molesto por los procedimientos invasivos realizados al niño?

¿El presunto autor abandonará el hospital para dedicarse a otras responsabilidades familiares?

¿Intenta el presunto autor hacerse cargo de todos los cuidados del niño excluyendo a la enfermera del niño?

Anexo E.

Indicadores de MSBP por Cerda, et al., (2006).

TABLA I: INDICADORES DIAGNÓSTICO DEL SINDROME DE MUNCHAUSEN POR PODERES.

EN EL NIÑO	EN EL PERPETRADOR
<ul style="list-style-type: none"> • Síntomas de difícil encasillamiento en un cuadro clínico específico. • Síntomas de inexplicada persistencia y versatilidad que conducen a elaboración diagnóstica desordenada, compleja e inconsistente. • Antecedentes familiares de muerte infantil no aclarada o miembros que alegan tener diferentes enfermedades graves. • Exámenes complementarios no concordantes con el estado de salud del niño. • Ausencia de casos similares. • Tratamientos ineficaces o mal tolerados. 	<ul style="list-style-type: none"> • Habitualmente la madre. • Los signos y síntomas no ocurren en su ausencia. • Madre solícita; menos preocupada que los propios sanitarios. • Rehuye dejar solo al niño en el hospital. • Trata de establecer estrechas relaciones con médico y enfermería • Suele tener conocimientos o antecedentes de profesión sanitaria usualmente frustrado. • Presencia trastornos psiquiátricos y/o de la conducta • Padededora del síndrome de Munchausen.

Anexo F.

Posible sintomatología de Diane.

Trastorno de Estrés Postraumático, DSM-5.

Trastorno de estrés postraumático

Nota: Los criterios siguientes se aplican a adultos, adolescentes y niños mayores de 6 años. Para niños menores de 6 años, véanse los criterios correspondientes más adelante).

A. Exposición a la muerte, lesión grave o violencia sexual, ya sea real o amenaza, en una (o más) de las formas siguientes:

1. Experiencia directa del suceso(s) traumático(s).
2. Presencia directa del suceso(s) ocurrido(s) a otros.
3. Conocimiento de que el suceso(s) traumático(s) ha ocurrido a un familiar próximo o a un amigo íntimo. En los casos de amenaza o realidad de muerte de un familiar o amigo, el suceso(s) ha de haber sido violento o accidental.
4. Exposición repetida o extrema a detalles repulsivos del suceso(s) traumático(s) (p. ej., socorristas que recogen restos humanos; policías repetidamente expuestos a detalles del maltrato infantil).

Nota: El Criterio A4 no se aplica a la exposición a través de medios electrónicos, televisión, películas o fotografías, a menos que esta exposición esté relacionada con el trabajo.

B. Presencia de uno (o más) de los síntomas de intrusión siguientes asociados al suceso(s) traumático(s), que comienza después del suceso(s) traumático(s):

1. Recuerdos angustiosos recurrentes, involuntarios e intrusivos del suceso(s) traumático(s).

Nota: En los niños mayores de 6 años, se pueden producir juegos repetitivos en los que se expresen temas o aspectos del suceso(s) traumático(s).

2. Sueños angustiosos recurrentes en los que el contenido y/o el afecto del sueño está relacionado con el suceso(s) traumático(s).

Nota: En los niños, pueden existir sueños aterradores sin contenido reconocible.

3. Reacciones disociativas (p. ej., escenas retrospectivas) en las que el sujeto siente o actúa como si se repitiera el suceso(s) traumático(s). (Estas reacciones se pueden producir de forma continua, y la expresión más extrema es una pérdida completa de conciencia del entorno presente.)

Nota: En los niños, la representación específica del trauma puede tener lugar en el juego.

4. Malestar psicológico intenso o prolongado al exponerse a factores internos o externos que simbolizan o se parecen a un aspecto del suceso(s) traumático(s).
5. Reacciones fisiológicas intensas a factores internos o externos que simbolizan o se parecen a un aspecto del suceso(s) traumático(s).

C. Evitación persistente de estímulos asociados al suceso(s) traumático(s), que comienza tras el suceso(s) traumático(s), como se pone de manifiesto por una o las dos características siguientes:

1. Evitación o esfuerzos para evitar recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos acerca o estrechamente asociados al suceso(s) traumático(s).
2. Evitación o esfuerzos para evitar recordatorios externos (personas, lugares, conversaciones, actividades, objetos, situaciones) que despiertan recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos acerca o estrechamente asociados al suceso(s) traumático(s).

D. Alteraciones negativas cognitivas y del estado de ánimo asociadas al suceso(s) traumático(s), que comienzan o empeoran después del suceso(s) traumático(s), como se pone de manifiesto por dos (o más) de las características siguientes:

1. Incapacidad de recordar un aspecto importante del suceso(s) traumático(s) (debido típicamente a amnesia disociativa y no a otros factores como una lesión cerebral, alcohol o drogas).

2. Creencias o expectativas negativas persistentes y exageradas sobre uno mismo, los demás o el mundo (p. ej., “Estoy mal”, “No puedo confiar en nadie”, “El mundo es muy peligroso”, “Tengo los nervios destrozados”).
 3. Percepción distorsionada persistente de la causa o las consecuencias del suceso(s) traumático(s) que hace que el individuo se acuse a sí mismo o a los demás.
 4. Estado emocional negativo persistente (p. ej., miedo, terror, enfado, culpa o vergüenza).
 5. Disminución importante del interés o la participación en actividades significativas.
 6. Sentimiento de desapego o extrañamiento de los demás.
 7. Incapacidad persistente de experimentar emociones positivas (p. ej., felicidad, satisfacción o sentimientos amorosos).
- E. Alteración importante de la alerta y reactividad asociada al suceso(s) traumático(s), que comienza o empeora después del suceso(s) traumático(s), como se pone de manifiesto por dos (o más) de las características siguientes:
1. Comportamiento irritable y arrebatos de furia (con poca o ninguna provocación) que se expresan típicamente como agresión verbal o física contra personas u objetos.
 2. Comportamiento imprudente o autodestructivo.
 3. Hipervigilancia.
 4. Respuesta de sobresalto exagerada.
 5. Problemas de concentración.
 6. Alteración del sueño (p. ej., dificultad para conciliar o continuar el sueño, o sueño inquieto).
- F. La duración de la alteración (Criterios B, C, D y E) es superior a un mes.
- G. La alteración causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
- H. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., medicamento, alcohol) o a otra afección médica.

Especificar si:

Con síntomas disociativos: Los síntomas cumplen los criterios para el trastorno de estrés post-traumático y, además, en respuesta al factor de estrés, el individuo experimenta síntomas persistentes o recurrentes de una de las características siguientes:

1. **Despersonalización:** Experiencia persistente o recurrente de un sentimiento de desapego y como si uno mismo fuera un observador externo del propio proceso mental o corporal (p. ej., como si se soñara, sentido de irrealidad de uno mismo o del propio cuerpo, o de que el tiempo pasa despacio).
2. **Desrealización:** Experiencia persistente o recurrente de irrealidad del entorno (p. ej., el mundo alrededor del individuo se experimenta como irreal, como en un sueño, distante o distorsionado).

Nota: Para utilizar este subtipo, los síntomas disociativos no se han de poder atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., desvanecimiento, comportamiento durante la intoxicación alcohólica) u otra afección médica (p. ej., epilepsia parcial compleja).

Especificar si:

Con expresión retardada: Si la totalidad de los criterios diagnósticos no se cumplen hasta al menos seis meses después del acontecimiento (aunque el inicio y la expresión de algunos síntomas puedan ser inmediatos).

Se comprueba con los criterios 309.81 (F43.10) del DSM-5:

En cuanto al criterio A, se ha podido observar que Diane ha estado expuesta a la muerte de su hija biológica, por lo que se cumpliría.

Siguiendo con el criterio B, se puede interpretar la preocupación de Diane por la salud de Chloe como si sintiera que se repite el suceso de tener que cuidar a su bebé o que el posee un malestar psicológico intenso al ver las enfermedades de

Chloe y la necesidad de salvarla.

Respecto al criterio C, es más complicado de saber si se puede dar por cumplido o no. Ya que Diane, no afronta la muerte de su bebé al sustituirlo por otro. De este modo, no afronta la pérdida, sino que vive como si su hija nunca hubiese muerto. De esta forma también se eliminarían los pensamientos o recuerdos angustiosos sobre el suceso traumático al considerar que “no ha pasado”.

El criterio D, se podría considerar que Diane presenta un estado emocional persistente de culpa, miedo o vergüenza por lo sucedido. Sin embargo, resulta complicado de confirmar en base a lo que se puede observar en la película y lo que puede ser debido al trastorno facticio.

Lo mismo ocurre con el criterio E, resulta complicado determinar cuánto sería debido a un trastorno por estrés post traumático y cuánto a la situación debida al trastorno facticio.

El resto de los criterios: F, G Y H, no se pueden corroborar con lo observado en la película.

De esta forma, el trastorno por estrés postraumático podría considerarse como una suposición en base a lo visto en la película, pero es complicado llegar a confirmarlo de manera objetiva mediante este único método. Ya que los criterios de tiempo no se pueden determinar con exactitud y Diane presentaría un supuesto trastorno facticio por poderes que también influiría en los criterios.

Mayoritariamente el diagnóstico del trastorno recae en la facilitación de la detección mediante la sintomatología del menor antes que la de la propia persona agresora, ya que suelen detectarse sospechas por las visitas de los menores a los hospitales o por su historial médico. De esta forma podemos observar como cuando Diane lleva a Chloe al hospital, el médico menciona que la niña ha cambiado de médico una docena de veces en los últimos meses, esto se debería interpretar como un signo de alerta.

Diane, ha centrado sus esfuerzos vitales en cuidar de Chloe, así como proporcionarle un tratamiento médico totalmente gestionado por ella.

En varias escenas se ve como ella misma intenta pinchar a su hija para medir los niveles de azúcar en sangre, gestiona su ingesta de alimentos, le proporciona masajes o tratamiento fisioterapéuticos para la movilización de las piernas. Todo esto a primera vista puede parecer normal al tener una hija con tales enfermedades, sin embargo, no deja de ser un intento para que Chloe no salga de casa.

Del mismo modo, la menor no asiste a ningún colegio, no se relaciona con otros niños. Las clases se las proporciona la madre en casa y tampoco tiene acceso a internet para resolver sus propias dudas. En algunas escenas, se ve la ubicación exterior de la casa, la cual se ve que tampoco tiene vecinos o locales cercanos. Por lo que podemos situar a Chloe en una situación de aislamiento total.

En base a la disposición física de la casa, podemos encontrar que toda la medicación se encuentra en los estantes altos, a los cuales la menor no llega. Solo existe adaptación en las escaleras para subir a la segunda planta de la casa, mientras que el sótano sigue siendo un lugar totalmente aislado. Cuando avanza la película, se ve como en dicho sótano, Diane guarda todo lo que le quiere ocultar a Chloe, la partida de defunción, los recortes de periódicos, las cartas de la universidad. Además, en esta última planta se consigue distinguir un intento de cocina en la que la madre mezcla productos químicos, para posteriormente intentar inyectárselos a Chloe.

La disposición física y social de la menor, presenta una situación de aislamiento y total manipulación por parte de Diane hacia Chloe.

Trastorno de duelo complejo persistente, DSM-5.

- A. El individuo ha experimentado la muerte de alguien con quien mantenía una relación cercana.
- B. Desde la muerte, al menos uno de los síntomas siguientes está presente más días de los que no a un nivel clínicamente significativo, y persiste durante al menos 12 meses en el caso de adultos en duelo y 6 meses para niños en duelo:
 - 1. Anhelo/añoranza persistente del fallecido. En niños pequeños, la añoranza puede expresarse mediante el juego y el comportamiento, incluyendo comportamientos que reflejan la separación y también el reencuentro con un cuidador u otra figura de apego.
 - 2. Pena y malestar emocional intensos en respuesta a la muerte.
 - 3. Preocupación en relación al fallecido.
 - 4. Preocupación acerca de las circunstancias de la muerte. En los niños, esta preocupación con el fallecido puede expresarse a través de los contenidos del juego y del comportamiento, y puede extenderse a una preocupación por la posible muerte de otras personas cercanas.
- C. Desde la muerte, al menos 6 de los síntomas siguientes están presentes más días de los que no a un nivel clínicamente significativo, y persisten durante al menos 12 meses en el caso de adultos en duelo y 6 meses para niños en duelo:

Malestar reactivo a la muerte

- 1. Importante dificultad para aceptar la muerte. En los niños, esto depende de la capacidad del niño para comprender el significado y la permanencia de la muerte.
- 2. Experimentar incredulidad o anestesia emocional en relación a la pérdida.
- 3. Dificultades para recordar de manera positiva al fallecido.
- 4. Amargura o rabia en relación a la pérdida.
- 5. Valoraciones desadaptativas acerca de uno mismo en relación al fallecido o a su muerte (p. ej., autoinculparse).
- 6. Evitación excesiva de los recuerdos de la pérdida (p. ej., evitación de los individuos, lugares o situaciones asociados con el fallecido; en los niños, esto puede incluir evitar pensamientos y sentimientos acerca del fallecido).

Alteración social/de la identidad

- 7. Deseos de morir para poder estar con el fallecido.
 - 8. Dificultades para confiar en otras personas desde el fallecimiento.
 - 9. Sentimientos de soledad o desapego de otros individuos desde la muerte.
 - 10. Sentir que la vida no tiene sentido o está vacía sin el fallecido, o creer que uno no puede funcionar sin el fallecido.
 - 11. Confusión acerca del papel de uno en la vida, o una disminución del sentimiento de identidad propia (p. ej., sentir que una parte de uno mismo murió con el fallecido).
 - 12. Dificultad o reticencia a mantener intereses (p. ej., amistades, actividades) o hacer planes de futuro desde la pérdida.
- D. La alteración provoca malestar clínicamente significativo o disfunción en áreas sociales, laborales u otras áreas importantes del funcionamiento.
 - E. La reacción de duelo es desproporcionada o inconsistente con las normas culturales, religiosas, o apropiadas a su edad.

Especificar si:

Con duelo traumático: Duelo debido a un homicidio o suicidio con preocupaciones angustiantes persistentes acerca de la naturaleza traumática de la muerte (que a menudo aparecen en respuesta a recordatorios de la pérdida), incluyendo los últimos momentos del fallecido, el grado de sufrimiento y de lesiones mutilantes, o la naturaleza maliciosa o intencionada del fallecimiento.

En lo referido a este trastorno, se va a corroborar con el personaje de Diane.

Empezando con el criterio A, Diane experimenta la muerte de su hija biológica.

Siguiendo con el B, los apartados 1, 2 y 3 pueden llegar a suponerse debido al comportamiento de la protagonista al secuestrar a Chloe para “suplantar” a su bebé fallecido. Sin embargo, en el punto 4, Diane se muestra preocupada por Chloe. En un punto de la historia, la hija se bebe unos químicos con el fin de que la lleve al hospital. A pesar de saber que es un alto riesgo que la descubra, le preocupa la posible muerte de Chloe e intenta evitarla a toda costa.

En el punto C, encontramos que se cumple el apartado 1 con lo anteriormente explicado.

En el apartado 2, Diane se hace inmune a la muerte de su hija biológica. Actuando como si nunca hubiese existido dicho suceso.

En el apartado 3, podría suponerse que sí, ya que ignora por completo el hecho, así que no puede tener tampoco recuerdos positivos.

En el apartado 4, Diane muestra una profunda rabia a partir de ese suceso.

En el apartado 8, podría suponerse debido a que no le confía a nadie a Chloe, tampoco se muestra activa con familiares cercanos, amigos o vecinos. Vive aislada.

En el apartado 11, Diane presenta sintomatología propia de un trastorno de personalidad, por lo que se puede llegar a sobreentender que ha perdido el sentido de la identidad y sobre sí misma a partir de la muerte.

En el apartado 12, relacionándolo con el apartado 8, Diane vive aislada. Alejada de vecinos, amigos y familiares, no se conoce a nadie como un personaje cercano en la película.

Por lo que se podría considerar que hay al menos 6 síntomas presentes.

Siguiendo con el punto D, la vida de Diane se ha visto condicionada en todos los aspectos: laborales, sociales, familiares, etc.

Por último, el punto E, la reacción de Diane es desproporcionada para sus normas culturales ya que principalmente, secuestra a la hija de otra pareja.

Anexo G.

Indicadores de distintos autores.

Indicadores para tener en cuenta para el diagnóstico. Modificado y ampliado de Garrote et al. (2008).

- Los signos y síntomas referidos por la madre son extraños y el diagnóstico médico no coincide con los hallazgos en las pruebas objetivas.
- Se observa ausencia de mejoría frente a los tratamientos médicos, o intolerancia a los mismos.
- El agresor presenta incongruencias en el relato de los síntomas y no expresa alivio al informarle la mejoría del niño.
- El cuidador insiste en la utilización de procedimientos médicos e internaciones y manifiesta un tenor afectivo que no coincide con la gravedad de los síntomas del niño.
- Los signos y los síntomas se presentan en presencia del cuidador y desaparecen si se lo aleja del niño.
- Se reporta historia de hermanos con enfermedad inusual, o fallecidos en forma inexplicable.
- En ocasiones, el cuidador hace una exposición pública de la enfermedad de su hijo, para obtener un beneficio secundario (e.g., donaciones para pagar supuestos tratamientos).
- Se encuentran antecedentes personales del cuidador acerca de trastornos de somatización, y/o de familiares con enfermedades poco comunes.
- La madre, el padre o el cuidador poseen conocimientos médicos, o desempeñan una profesión afín, en muchas ocasiones tergiversan las indicaciones médicas de tratamientos anteriores.
- Los médicos llegan a dudar de su saber al no poder hacer el diagnóstico o ubicar los síntomas y los signos en entidad nosológica alguna. Se repite un patrón de egresos sin alta médica en internaciones previas.

Factores para sospechar de la presencia de un MSBP (Delgado, 1997).

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.
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 de medicina o de enfermería.
7. El perpetrador niega la causa de la enfermedad.

Anexo H.

Sintomatología presentada por Chloe.

Nombre	Descripción
Arritmia	Anomalía en los impulsos eléctricos que causa un ritmo cardíaco irregular
Hemocromatosis	Aumento de la concentración de hierro en la sangre que causa sarpullidos y náuseas.
Asma	Inflamación en las vías respiratorias de los pulmones, causa dificultad para respirar.
Diabetes	Disfunción del páncreas en la producción de insulina, que causa niveles inestables de glucosa.
Parálisis	Inhibición del funcionamiento muscular que produce incapacidad de moverse, sentir, caminar o correr.

Anexo I.

Signos y síntomas que se presentan según sistema involucrado y/o diagnóstico médico por Lovaglio y Del Bagge (2021)

Aparatos y sistemas	Signos y síntomas
Alérgico	Alergia alimentaria, exantema.
Dermatológico	Eritema. Vesículas por quemaduras, laceraciones, rasguños, heridas punzantes, eczema
Neurodesarrollo	Trastornos del aprendizaje, déficit de atención/hiperactividad, disfunciones neuromotoras, retraso generalizado del desarrollo, psicosis
Endócrino	Poliuria, polidipsia, hipoglucemia, diabetes , glucosuria.
Gastrointestinal	Dolor abdominal, anorexia, diarrea, deshidratación, quemaduras esofágicas, vómitos , pérdida de peso, obstrucción intestinal, disquinesias intestinales, hemorragia, incluyendo hematemesis y hematoquecía o melena, sangrado por tubo nasogástrico, sangrado por ileostomía, trastornos que conducen a una necesidad de administración de nutrición parenteral.
Hematológico	Sangrado, hematomas frecuentes, anemia
Infeccioso	Fiebre, leucopenia, sepsis, artritis séptica, osteomielitis, falta de resolución de infecciones con antibióticos para que los que las bacterias son susceptibles; aparición de nuevas infecciones, mientras que el niño está recibiendo antibióticos a los que las bacterias son susceptibles; bacterias inusuales desde el sitio de infección o infección con múltiples organismos simultáneos de baja patogenicidad
Metabólico	Trastornos mitocondriales, sin pruebas positivas.
Neurológico	Convulsiones, cefaleas, mareos, trastornos de la conciencia
Oncológico	Leucemia y otros tipos de cáncer
Oftalmológico	Conjuntivitis hemorrágica, queratitis, edema de párpado, pupilas desiguales, nistagmo, celulitis periorbitaria
Ortopédico	Fracturas, esguinces, traumatismos.
Ótico	Otorrea, infecciones recurrentes.
Renal	Hematuria, proteinuria, cálculos renales, bacteriuria, insuficiencia renal, hipertensión, nocturia, hipematremia, hiponatremia, hipokalemia, piuria, falla renal
Respiratorio	Presentación con un evento agudo con peligro de vida, apnea, incluyendo apnea del sueño, fibrosis quística, sangrado del tracto respiratorio superior, asma intratable , hemoptisis, cianosis, hipoxia.
Reumatológico	Artritis, artralgia, rigidez matutina.

Anexo J.

Enfoque sugerido de actuación para enfermedades fabricadas.

Etapa	Recomendaciones para seguir
Identificar el abuso	<ul style="list-style-type: none"> - Considerar el diagnóstico diferencial. - Buscar señales de alarma. - ¿Son creíbles los antecedentes, signos y síntomas? ¿Hay una brecha entre los antecedentes y la evidencia? - ¿Está el niño recibiendo pruebas y tratamiento innecesarios? - ¿Quién está instigando las pruebas y tratamientos? - Reportar inmediatamente si se evidencia daño o se sospecha.
Parar el abuso	<ul style="list-style-type: none"> - Resumir las preocupaciones y el daño, discutir con el pediatra forense. - Crear un equipo multiprofesional central y formar una opinión consensuada sobre la salud del niño. - Informar a los servicios de protección si se alcanza el umbral de creencia razonable. - Reunirse con los padres para discutir las preocupaciones/ informar a los servicios sociales (si no se ha hecho ya) en caso de negación o falta de colaboración. - Elaborar un plan de manejo / separación terapéutica, ingreso hospitalario o plan de rehabilitación.
Prevenir la recurrencia	<ul style="list-style-type: none"> - Controlar el comportamiento: designar un equipo central para todas las necesidades de atención médica. - Intervención protectora según sea necesario. - Seguimiento del niño por profesionales de la salud designados del equipo central.
Reparar el daño físico o psicológico causado en el menor	<ul style="list-style-type: none"> - Intervención terapéutica para el niño y la familia si es apropiado: cuidado con volver a medicalizar en exceso. - Promover un modelo de salud y normalidad.
Preservar la familia si es seguro hacerlo	<ul style="list-style-type: none"> - Evaluación de protección infantil y evaluación del Tribunal de Menores. - Evaluación forense y psicológica de los padres.