

Impulsividad y función ejecutiva en el trastorno límite de personalidad

Iker Zamalloa¹
Ioseba Iraurgi¹
Claudio Maruottolo^{2,3}
Andrés Mascaró²
Oscar Landeta⁴
Javier Malda¹

¹Universidad de Deusto, Bilbao, España

²Hospital de Día, Avances Médicos (AMSA), Bilbao, España

³Universidad del País Vasco (UPV/EHU), Bilbao, España

⁴Aledia Consultores, Bilbao, España

Correspondencia:
Claudio Maruottolo
C/ Manuel Allende 19 bis, 1º
48010 Bilbao
Tel.: 944 947 071

Estimado Editor

El Trastorno Límite de la Personalidad (TLP) es uno de los trastornos mentales que más controversia genera por las dificultades en su evaluación, diagnóstico y tratamiento, así como por su prevalencia tanto en la población general¹ (5.9%) como en la clínica² (10%-25%). La investigación en este campo no ha conseguido determinar una etiopatogenia clara, aunque existe un consenso en cuanto que podrían estar implicados factores tanto genéticos como ambientales^{3,4}. Se ha observado que las personas con TLP manifiestan dificultades en ciertas actividades cognitivas, asociadas a un déficit a nivel orgánico⁵. Estudios recientes muestran una asociación entre la disfunción en el lóbulo frontal y el TLP, mostrando niveles más bajos de atención, flexibilidad cognitiva, aprendizaje, memoria, velocidad de procesamiento y habilidades viso-espaciales⁶. También se han hallado alteraciones neurológicas en zonas concretas del cerebro en personas con TLP⁷, lo que plantea la posibilidad de que ciertas funciones ubicadas en esas áreas pudieran verse afectadas, tales como la función ejecutiva (FE).

La función ejecutiva (FE) engloba actividades cognitivas clasificadas en cinco grandes grupos: 1) iniciativa, volición y creatividad; 2) capacidad de planificación y organización; 3) fluidez y flexibilidad; 4) procesos de atención selectiva, concentración y memoria operativa, y 5) procesos de monitoreo y control inhibitorio⁸. Se encarga de establecer fines y objetivos y de planificar las acciones para realizarlos⁹. Mediante el empleo de instrumentos específicos (*Wisconsin Card Sorting Test* - WCST) se ha observado la asociación entre dificultades en funciones atencionales y la FE en población de TLP¹⁰. Por otro lado, Biskin et al.¹¹ realizaron un estudio analizando la interacción entre impulsividad y FE, mediante las escalas BIS y el WCST, sin obtener resultados estadísticamente significativos en personas diagnosticadas de TLP.

Teniendo en cuenta que la impulsividad es uno de los rasgos principales de este trastorno analizamos esta variable y su efecto en personas con TLP sobre su función ejecutiva. De esta manera, podríamos determinar si existía una relación entre el TLP y la alteración en la FE y observar si la impulsividad es un rasgo que determina dicho déficit. Todo ello con la hipótesis de analizar si la impulsividad afectaba de manera negativa a la ejecución de tareas de función ejecutiva.

Método

Participantes

La muestra estuvo formada por 45 participantes: grupo clínico (22 personas con TLP) y grupo control (23 personas). Criterios de inclusión (grupo clínico): cumplir los criterios delimitados para el diagnóstico de TLP mediante el SCID-II y ser mayor de edad.

Instrumentos

*Entrevista clínica estructurada para los trastornos de personalidad del eje II del DSM-IV (SCID-II)*¹², versión adaptada al español¹³. Se trata de una escala autoadministrada de 119 ítems con respuestas dicotómicas (verdadero/falso) y una entrevista clínica estructurada.

*Escala de impulsividad de Barratt (BIS)*¹⁴, versión adaptada al español¹⁵. Consta de una escala de impulsividad total y de tres subescalas: impulsividad motora, impulsividad cognitiva e impulsividad no planeada¹⁶.

Test de clasificación de cartas de Wisconsin (WCST)^{17,18}. Evalúa la capacidad de abstracción, la formación de conceptos y el cambio de estrategias cognitivas como respuesta a los cambios que se producen en las contingencias ambientales¹⁹.

Procedimiento

Las pruebas se realizaron en dos fases. Los participantes respondieron el cuestionario BIS y posteriormente se llevó a cabo el test WCST. Todos los participantes fueron informados de las características del estudio mediante una hoja de consentimiento informado y se respetaron las normas éticas establecidas por la APA.

Para la descripción de las variables se utilizaron la frecuencia y porcentaje en el caso de ser variables nominales, y la media y desviación típica para el caso de variables continuas. Se utilizó la prueba *t* de Student y Chi cuadrado para la comparación de medias y proporciones entre los grupos. Para valorar la asociación entre variables se utilizaron las pruebas de correlación producto-momento de Pearson.

Resultados

Los grupos fueron equiparados por edad y sexo, eliminando así las posibles diferencias en esta variable (edad $\rightarrow t_{(42)}=0.24, p=0.815$; género $\rightarrow \chi^2=0.07, p=0.795$). Se hallaron diferencias estadísticamente significativas respecto a la variable nivel de estudios, observándose una mayor presencia de personas con estudios superiores en el grupo control (78.26%) frente al grupo clínico (31.82%).

En la comparación entre grupos de las variables impulsividad (BIS) y rendimiento en función ejecutiva (WCST), se obtuvieron diferencias significativas en la impulsividad total $t_{(41)}=2.81, p=0.008$, siendo más elevada en el grupo clínico. Atendiendo a las subescalas del BIS se observaron diferencias en impulsividad motora $t_{(41)}=3.31, p=0.002$ y de tipo no planificada $t_{(41)}=2.05, p=0.046$ con valores más altos en el grupo TLP. En cuanto a los resultados del WCST, no se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos en ninguno de los índices que permitía la prueba.

La impulsividad total mostró una correlación positiva con los fallos para mantener la actitud ($r=0.39, p=0.010$) y los intentos para completar la primera categoría ($r=0.33, p=0.033$) (Véase Tabla 1), y una correlación negativa con el número de categorías completadas ($r=-0.32, p=0.041$). La impulsividad no planeada es el único tipo de impulsividad que mostró correlaciones significativas respecto a las variables de función ejecutiva, obteniendo una correlación positiva con los fallos para mantener la actitud ($r=0.38, p=0.012$). Los errores perseverativos mostraron una correlación positiva muy baja respecto a los niveles de impulsividad ($r=0.16, p=0.323$), aunque los errores no perseverativos mostraron

una tendencia mayor, siendo más evidente en el caso de la impulsividad no planeada ($r=0.30, p=0.051$).

Discusión

En cuanto a las diferencias entre grupos, el grupo clínico mostró mayores niveles de impulsividad que el grupo control, sin embargo el rendimiento en función ejecutiva fue en ambos grupos.

Los resultados obtenidos en el presente estudio confirman la hipótesis planteada, ya que se observa una asociación entre impulsividad y el rendimiento en la FE. La puntuación total del BIS mostró la asociación entre impulsividad y función ejecutiva mediante los siguientes indicadores del WCST: los intentos para completar la primera categoría, el total de las categorías completadas y los fallos para mantener la actitud. Estos hallazgos contrastan con los resultados de otros autores¹¹ que no pudieron encontrar la asociación entre estas dos variables. La subescala de impulsividad no planeada correlacionó con el indicador de FE "fallos para mantener la actitud". Estos son indicadores relacionados con la capacidad de atención y el control inhibitorio. Por lo tanto, podríamos deducir que de las distintas capacidades cognitivas que engloba la FE, la atención selectiva y el control inhibitorio son las que se han visto más afectados por la impulsividad frente a la flexibilidad cognitiva y el aprendizaje. La especificidad de la impulsividad no planeada respecto a la prueba WCST demostró que la planificación de la tarea podría ser el indicador que repercutiera en mayor medida en esta prueba.

El tamaño de la muestra empleada se convierte en una limitación del presente estudio al no permitir la suficiente

Tabla 1

Correlaciones entre las medidas derivadas del BIS y el WCST

Función Ejecutiva	Impulsividad			
	Total	Cognitiva	Motora	No planeada
Total errores	0.19	0.12	0.03	0.24
Respuestas perseverativas	0.16	0.12	0.04	0.17
Errores perseverativos	0.16	0.12	0.04	0.17
Errores no perseverativos	0.21	0.11	0.02	0.30
Porcentaje respuestas nivel conceptual	-0.23	-0.03	-0.21	-0.18
Categorías completadas	-0.32*	-0.15	-0.19	-0.28
Intentos completar 1ª categoría	0.33*	0.16	0.27	0.20
Fallos mantener actitud	0.39**	0.24	0.16	0.38*
Aprender a aprender	0.05	-0.02	0.12	-0.02

* $p<0.05$; ** $p<0.01$

BIS: Escala de impulsividad de Barratt; WCST: Test de clasificación de cartas de Wisconsin

potencia estadística como para detectar las diferencias entre grupos o las asociaciones entre variables y las diferencias entre ambos grupos en nivel de estudios.

Nuestros resultados apuntan a que no hay diferencias entre ambos grupos en FE y que las diferencias en impulsividad no influye de manera notoria en el rendimiento de la FE. Sin embargo, las personas con TLP manifiestan diferencias en rendimientos cognitivos^{20,21}. Por ello se necesitan nuevos planteamientos que podrían estar repercutiendo en ese menor rendimiento cognitivo.

Como conclusión señalar que nuestro estudio aporta datos que confirman los diferentes niveles de impulsividad entre personas con TLP y el grupo control, aunque no permite concluir que dicha impulsividad afecte al rendimiento en FE. Por otro lado, se observó que la impulsividad puede alterar algunos marcadores de FE, concretamente la impulsividad no planeada podría tener mayor especificidad con las tareas de FE en la población general.

BIBLIOGRAFÍA

1. Stinson FS, Dawson DA, Goldstein RB, Chou SP, Huang B, Smith SM, et al. Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV narcissistic personality disorder: results from the Wave 2 National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *J Clin Psychiatry*. 2008;69(7).
2. Leichsenring F, Leibing E. The effectiveness of psychodynamic therapy and cognitive behavior therapy in the treatment of personality disorders: a meta-analysis. *Am J Psychiatr*. 2003;160(7):1223-32.
3. Zerkowicz P, Paris J, Guzder J, Feldman R. Diatheses and stressors in borderline pathology of childhood: The role of neuropsychological risk and trauma. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatr*. 2001;40(1):100-5.
4. Zanarini MC, Frankenburg FR, Hennen J, Silk KR. The longitudinal course of borderline psychopathology: 6-year prospective follow-up of the phenomenology of borderline personality disorder. *Am J Psychiatr*. 2003;160(2):274-83.
5. Travers C, King R. An investigation of organic factors in the neuropsychological functioning of patients with borderline personality disorder. *J Pers Disord*. 2005;19(1):1-18.
6. Ruocco AC. The neuropsychology of borderline personality disorder: a meta-analysis and review. *Psychiatry Res*. 2005;137(3):191-202.
7. Chanen AM, Velakoulis D, Carison K, Gaunson K, Wood SJ, Yuen HP, et al. Orbitofrontal, amygdala and hippocampal volumes in teenagers with first-presentation borderline personality disorder. *Psychiatry Res Neuroimaging*. 2008;163(2):116-25.
8. Lopera F. Funciones ejecutivas: aspectos clínicos. *Rev Neuropsicol Neuropsiq Neurociencias*. 2008;8(1):59-76.
9. Goldberg E. El cerebro ejecutivo. Barcelona: Editorial Crítica; 2002.
10. Fertuck EA, Lenzenweger MF, Clarkin JF. The Association between Attentional and Executive Controls in the Expression of Borderline Personality Disorder Features: A Preliminary Study. *Psychopathology*. 2005;38(2):75-81.
11. Biskin RS, Paris J, Renaud J, Raz A, Zerkowicz P. Outcomes in women diagnosed with borderline personality disorder in adolescence. *J Can Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2011;20(3):168.
12. First MB, Gibbon M, Spitzer RL, Williams JBW, Benjamin LS. Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Personality Disorders, (SCID-I). Washington, DC: American Psychiatric Press, Inc; 1997.
13. First MB, Gibbon M, Spitzer RL, Williams JBW, Benjamin LS. Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos de Personalidad del Eje II del DSM-IV. Barcelona: Masson; 1999.
14. Barratt ES. Impulsiveness and aggression. In: Monahan J, Steadman H, eds. Violence and mental disorder: Developments in risk assessment. 1994;10:61-79
15. García-Portilla MP, Bascarán MT, Saiz-Martínez PA, Bousoño M, Bobes J. Evaluación de la impulsividad. Barcelona: Grupo Ars XXI de Comunicación; 2005.
16. Patton JH, Stanford MS. Factor structure of the Barratt impulsiveness scale. *J Clin Psychol*. 1995;51(6):768-74.
17. Grant DA, Berg E. A behavioral analysis of degree of reinforcement and ease of shifting to new responses in a Weigl-type card-sorting problem. *J Exp Psychol*. 1948;38(4):404-11.
18. Heaton RK, Chelune GK, Taley JL, Kay GG, Kurtiss G. Test de Clasificación de Tarjetas Wisconsin (2ª edición). Madrid: TEA Ediciones; 2001.
19. Axelrod BN, Goldman RS, Woodard JL. Interrater reliability in scoring the Wisconsin card sorting test. *Clin Neuropsychol*. 1992;6(2):143-55.
20. Sebastian A, Jung P, Krause-Utz A, Lieb K, Schmahl C, Tuscher O. Frontal dysfunctions of impulse control - a systematic review in borderline personality disorder and attention-deficit/hyperactivity disorder. *Front Hum Neurosci*. 2014;8:698.
21. Williams GE, Daros AR, Graves B, McMMain SF, Links PS, Ruocco AC. Executive functions and social cognition in highly lethal self-injuring patients with borderline personality disorder. *Personal Disord*. 2015;6(2):107-16.

Entre la complacencia sanitaria y el trastorno facticio por poderes

Isabel Sevillano-Benito¹

Soraya Geijo-Urbe²

Beatriz Mongil-López²

Carlos Ímaz-Roncero³

Fernando Uribe-Ladrón De Cegama⁴

Francisco C Ruiz-Sanz⁵

Isabel Pérez-García⁶

Mercedes Vaquero-Casado⁷

¹Especialista en Pediatría. MIR-3 Psiquiatría. Servicio de Psiquiatría, Hospital Clínico Universitario Valladolid

²Especialista en Psiquiatría. Unidad de Hospitalización Infanto-Juvenil, Hospital Clínico Universitario Valladolid

³Especialista en Psiquiatría. Psiquiatra Infanto-Juvenil, Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid

⁴Especialista en Psiquiatría. Jefe de Servicio Psiquiatría, Hospital Clínico Universitario Valladolid

⁵Especialista en Psiquiatría. Jefe de Servicio Psiquiatría, Complejo Hospitalario de Palencia

⁶Especialista en Pediatría. Centro de Salud Jardiniños. Palencia

⁷Especialista en Psicología Clínica. Unidad de Hospitalización Infanto-Juvenil, Hospital Clínico Universitario Valladolid

Cartas al editor

Correspondencia:
Isabel Sevillano Benito
Hospital Clínico Universitario Valladolid
C/ Avenida Ramón y Cajal s/n. 47005 Valladolid
Tel.: 657201534
Correo electrónico: isevillano@saludcastillayleon.es; isasebe@gmail.com

Estimado Editor,

El Síndrome de Münchhausen por poderes (SMP) (trastorno facticio por poderes) constituye una patología causante de gran morbimortalidad¹. Uno de los padres, generalmente la madre, simula la existencia o provoca síntomas en el niño con el objeto de buscar atención médica. Existen ciertas características que nos tienen que hacer pensar en este problema (ver tabla 1). El diagnóstico debe sospecharse en todo niño que ha sufrido múltiples visitas, estudios e ingresos hospitalarios y/o que presenta una patología abigarrada, que recidiva y responde mal al tratamiento habitual. La necesidad de un diagnóstico precoz es muy importante para evitar graves consecuencias, así como la realización de exploraciones innecesarias que en ocasiones pueden llegar a ser invasivas o de riesgo para el paciente².

Caso clínico

Presentamos el caso de una niña de 8 años que acude de forma reiterada a consultas de su Pediatra de Atención Primaria y al Servicio de Urgencias del hospital de referencia con quejas somáticas múltiples e inespecíficas, hasta que durante un reingreso (por problemas digestivos) se sospecha la posibilidad de un origen psíquico y se deriva a la Unidad de Hospitalización de Psiquiatría Infanto-Juvenil, para esclarecer el diagnóstico.

Se trata de una niña que reside con su madre. Padres separados desde 2009, con mala relación entre ellos desde que

la paciente presentó una enfermedad autoinmune (problemas económicos, incumplimiento de régimen de visitas, demandas judiciales por la pensión de alimentos...). La madre refiere que *"el padre no cuida adecuadamente a la niña"*, y el padre que *"siempre está mala cuando tiene que venir conmigo"*.

Inicialmente ingresa en Pediatría por abdominalgia y náuseas, es diagnosticada de infección digestiva y reingresa a los 3 días del alta por el mismo motivo. En el historial de la paciente se objetivaron: 173 solicitudes de analítica, 87 consultas hospitalarias, 37 exploraciones radiológicas, 6 ingresos hospitalarios, 31 consultas de atención primaria en el año 2014 y 15 en el año 2015; sin hallazgo en la mayoría de los casos de causa física que lo justifique. Pese a que fue derivada a consultas de Salud Mental, la madre solicitó el alta voluntaria, ocultándole este hecho a su Pediatra. Durante los ingresos en el Servicio de Pediatría se objetiva resistencia materna a realizar exploraciones a la niña en su ausencia; por otro lado prohíbe a la niña hablar del padre delante de los profesionales sanitarios.

Antecedentes personales: Embarazo, parto y desarrollo psicomotor normales. Calendario vacunal actualizado para la edad. Enfermedad de Kawasaki a los 3 años de edad, con complicaciones cardíacas (ectasia coronaria izquierda e insuficiencia mitral leve en fase aguda) resueltas en la actualidad. Seguimiento en Cardiología Infantil. A los 5 años valorada en el Servicio de Digestivo Infantil por náuseas y abdominalgias recurrentes, con resultados normales (incluyendo endoscopia). Ha visitado a distintos especialistas por sintomatología inespecífica diversa, y cuenta con múltiples diagnósticos de todo tipo: sinovitis transitoria de cadera, dolor suprapúbico, algias inespecíficas, cuadros dermatológicos de tipo alérgico inespecífico, entre otros. Actualmente se encuentra pendiente de adenoidectomía y de realizar una prueba de esfuerzo.

Tabla 1	Indicadores diagnósticos del Síndrome de Münchhausen por poderes ³	
	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.· Rehúye dejar solo al niño en el hospital.· Trata de establecer estrechas relaciones con médicos y enfermería.· Suele tener conocimientos o antecedentes de profesión sanitaria usualmente frustrado.· Presenta trastornos psiquiátricos y/o de la conducta.· Padece del síndrome de Münchhausen.

Antecedentes familiares: Hija única. Padres separados desde 2009 (coincidiendo con el periodo en que la niña presentó la Enfermedad de Kawasaki). Custodia materna. La madre rechaza que el padre pueda llevársela los fines de semana que le corresponden; los intercambios se realizan en Aprome, pero con un incumplimiento significativo. Dada la conflictiva y los incumplimientos, el padre se niega a recogerla, hasta que se haga cumplir lo pactado judicialmente; y están pendientes de nueva valoración del Equipo Psicosocial del Juzgado.

Madre de 43 años con estudios superiores, actualmente en paro. No antecedentes médicos ni psiquiátricos conocidos, pero reconoce un nivel alto de ansiedad en relación a la salud de su hija. Padre de 49 años con estudios de FP, actualmente en paro. Orquiectomía por cáncer de Células de Sertoli. VIH+ desde los 19 años. Ex-adicto a drogas (heroína y cocaína) desde los 32 años (acudió a Proyecto Hombre) y en la actualidad rehabilitado. Internamiento en prisión durante 15 años, hasta los 37 años de edad. Actualmente, desde enero de 2015, cumple una orden de alejamiento de un año de duración de la madre y la familia, ya que amenazó telefónicamente con agredirlas (en relación a los incumplimientos de las visitas). Ambos padres cuentan con un soporte familiar adecuado de sus respectivas familias.

Exploraciones y pruebas complementarias:

Exploración física: Sin hallazgos significativos en el momento del ingreso.

A la exploración psicopatológica la paciente se encuentra consciente, orientada, abordable y colaboradora. Biotipo normosómico, aspecto aseado y cuidado. Refiere desconocer el motivo por el que está ingresada. Reconoce que *"estaba malita"* y que *"lleva muchos años mala, desde los 3 años"*, *"pero que cuando ha ingresado en este hospital se le ha pasado"*. Se muestra inquieta y tiende a estar de pie. Lenguaje correcto, espontáneo y natural. Eutímica, no signos de aparente ansiedad. Ritmos biológicos conservados. No se objetivan alteraciones en la esfera psicótica. No ideación de muerte ni autolítica. Funciones intelectuales superiores conservadas.

Durante el ingreso la madre demanda más exploraciones, especialmente de Digestivo y Oftalmológicas, pero se considera que no hay justificación clínica en ese momento para realizar nuevas exploraciones complementarias en vista de los estudios previos; por lo que sólo se realiza Interconsulta a Dermatología por foliculitis en ambos glúteos y papiloma en la planta del pie derecho (tratado con crioterapia).

En las pruebas Psicológicas se destaca: Cuestionario de Depresión Infantil de Beck: 0 (no depresión). Test de Inteligencia Wechsler para Niños (WISC-IV): Coeficiente Intelectual Total: 134 (muy superior). Coeficiente Verbal: 137 (muy superior). Razonamiento Perceptivo: 129 (superior).

Memoria de trabajo: 130 (muy superior). Velocidad de Procesamiento: 102 (medio). Cuestionario de Personalidad para niños CPQ-A: Resultados dentro de la normalidad. Test proyectivo de dibujos HTPF: Adecuada capacidad de comprensión. Buena percepción de sí misma. Expresa la necesidad de protección de presiones externas. Parece querer distanciarse de una posible conflictiva familiar.

Dadas las características y la evolución del cuadro, durante el ingreso se realizan los siguientes diagnósticos: Trastorno facticio no especificado (Facticio por poderes). Altas capacidades intelectuales. Papiloma en pie derecho tratado con crioterapia. Problemas relativos al proceso de separación y legales secundarios.

La paciente inicialmente siguió el tratamiento pautado durante el ingreso en Pediatría: antiemético (ondansetrón 4mg/8h) y protector gástrico (pantoprazol 40mg/24h y omeprazol 20 mg/24h), que se fue retirando progresivamente, sin volver a presentar sintomatología digestiva alguna. En ningún momento precisó tratamiento psicofarmacológico. Al alta se comunicó el resultado de la evaluación a los médicos de referencia (Salud Mental y Pediatra). Se obtuvo el compromiso de la familia (abuelos maternos) para control psíquico y conductual de la angustia en la madre (que debe solicitar cita con Salud Mental) y de la niña (consultas de Psiquiatría Infantojuvenil), evitar la sobredemanda, así como otros problemas de desajuste en la relación con el padre. Se acordó mantener supervisión de visitas por Aprome, hasta nueva revisión en el Equipo Psicosocial del Juzgado.

Resultados

Inicialmente la madre se mostraba reacia al ingreso, y muy molesta porque lo vive como una situación impuesta bajo amenaza de una denuncia a la Fiscalía de Menores. La familia refiere estar muy sorprendida del número de exploraciones complementarias, responsabilizando al personal sanitario de su realización. Por otro lado, la madre de la paciente reconoce que *"está preocupada por la salud de su hija, pero que tiene motivos para ello, y más con sus antecedentes"*. Con el ingreso se produce una separación del entorno, prohibiéndose inicialmente el contacto con la familia, después se permiten visitas supervisadas por el personal sanitario de la Unidad, siendo en todo momento adecuadas y sin incidencias significativas.

Durante su estancia la niña permanece completamente asintomática, bien adaptada e integrada en las rutinas y actividades diarias. No realiza ninguna queja sobre sus síntomas físicos; la propia paciente manifiesta que *"se le han pasado al ingresar"*, a pesar de esto la madre insiste en que *"durante las visitas ve a su hija con molestias oculares, o con problemas digestivos, pero que no se atreve a decirnoslo"*. Se realizan entrevistas con la madre y el resto de

la familia, que confirman el excesivo celo de la madre, su percepción de sobredemanda sanitaria, así como la sobreprotección. También se mantienen entrevistas con el padre, que se muestra colaborador. Se plantea la necesidad de que la madre reciba tratamiento por parte de Salud Mental para disminuir sus niveles de ansiedad y modificar sus conductas sobreprotectoras; así como aprender a manejar adecuadamente los posibles problemas de salud que pueda presentar la niña. Se acuerda la supervisión de estos aspectos por parte de los abuelos maternos.

Conclusiones

La utilización o instrumentalización de la enfermedad y de sus cuidados en los problemas de guarda y custodia de los menores con padres en procesos de separación son una complicación especial añadida, siendo el SMP una forma de maltrato infantil de alto riesgo y de difícil diagnóstico que puede pasar desapercibida durante meses e incluso años.

Aquí es donde surge el dilema de la complacencia sanitaria; en muchos casos, ante la duda, los profesionales médicos solicitamos numerosas pruebas complementarias frente a las exigentes demandas de algunos pacientes o sus familias, siendo estas peticiones reiteradas e innecesarias en la mayoría de las ocasiones. Éste es un problema de primera

magnitud, tanto económico como sanitario, que precisa ser controlado. La separación de los sistemas informáticos entre Primaria y Hospitalaria, muchas veces complica todavía más esta supervisión.

Siempre que nos encontremos ante la sospecha de este cuadro surge la necesidad de un tratamiento integral, que incorpore en todas las fases del mismo: la dimensión física y la psíquica. Además el contexto psicosocial es determinante para la evaluación. El abordaje multidisciplinar es fundamental³; desde la puerta de entrada del paciente a los servicios sanitarios (implicando a los médicos de urgencias, atención primaria y hospitalaria, a los profesionales de salud mental, servicios sociales y legales); para elaborar una estrategia común de seguimiento e intervención adecuados que garantice en todo momento la seguridad del niño.

BIBLIOGRAFÍA

1. Goñi González T, Martínez Roda M J, de la Cerda Ojeda F. Síndrome de Münchausen por poderes. *An Pediatr (Barc)*. 2008;68(6):609-11.
2. Yalndag-Öztürk N, Erkek N, Bayram Şirinoğlu M. Think again: First do not harm: A case of Münchausen Syndrome by Proxy. *Pediatr Emerg Care*. 2015 Oct;31(10):720-1.
3. de la Cerda Ojeda F, Goñi González T, Gómez de Terreros I. Münchausen Syndrome by proxy. *Cuad Med Forense*. 2006; 11(43-44):47-55.