

ESTUDIO DE CASOS

**Síndrome de Munchausen por poderes
con sintomatología psíquica.
Ilustración de un caso clínico**

**Munchausen syndrome by proxy with a
psiquic presentation. Case report**

M.^a VICTORIA ZUBELDIA DEL CASTILLO 1
PRUDENCIO RODRÍGUEZ RAMOS 2
ANTONIO PELAZ ANTOLÍN 3

RESUMEN

El Síndrome de Munchausen por poderes es un trastorno caracterizado por la simulación o producción intencionada de síntomas de alguna enfermedad orgánica o psíquica, siendo el sujeto de la enfermedad el niño y el agente productor de los síntomas uno de sus padres (con mayor frecuencia la madre). Tanto en el Síndrome de Munchausen como en el Síndrome de Munchausen por poderes se encuentra con más frecuencia la sintomatología orgánica; este trabajo aporta un ejemplo de presentación con sintomatología psíquica. Se abordan asimismo algunos problemas de clasificación diagnóstica de este Síndrome.

¹ Psicóloga. Servicios de Salud Mental de Tetuán. Madrid.

² Psiquiatra. Servicios de Salud Mental de Tetuán. Madrid.

³ Psiquiatra.

ABSTRACT

Munchausen syndrome by proxy consists of an intended simulation or production of symptoms of any organic or psíquic illness, the child being the subject of the illness and one of the parents (usually the mother) the generating agent. Organic symptoms are more frequent in Munchausen Syndrome than in Munchausen Syndrome by Proxy. This paper provides an example of psychiatric presentation. Some diagnostic clasification problems are also discussed.

PALABRAS CLAVE

Síndrome de Munchausen por poderes, Maltrato infantil, Abuso, Presentación psíquica, trastorno facticio.

KEY WORDS

Munchausen Syndrome by proxy, Child abuse, Psychiatric presentation, Factitious illness.

INTRODUCCIÓN

La simulación de enfermedades sin aparente ganancia implícita y la creación artificial de síntomas por los propios pacientes, son un tema recurrente desde los inicios de la medicina. Ya Galeno, en el siglo III, dedicó una de sus obras a "Cómo desenmascarar a los simuladores"; y en el siglo pasado, H. Gavin (1863) encontró "pacientes que adoptan la apariencia de enfermos por alguna causa inexplicable".

Modernamente fue R. Asher (1951) quien habló por primera vez del Síndrome de Munchausen, recalcando la similitud existente entre las increíbles historias narradas por Raspe (1936) en su novela. La denominación *Síndrome de Polle* utiliza el nombre del supuesto hijo del barón Munchausen, que muere en misteriosas circunstancias. Varios trabajos discuten estas denominaciones, siendo Meadow (1977) quien primero habla del Síndrome de Munchausen por Poderes para describir un grave tipo de maltrato infantil que puede llevar incluso a la muerte del niño y que a menudo pasa desapercibido durante largos periodos de tiempo.

Este tipo de síndrome en el que se produce una mezcla de enfermedad ficticia y malos tratos, también ha sido denominado *Síndrome de Polle*, y *Trastorno facticio o ficti-*

cio por delegación. En este cuadro se imbrican unos componentes de fabulación y creación de síntomas con otros de maltrato activo del menor afectado, quien a su vez puede ser sujeto meramente pasivo o colaborador activo en la creación y el mantenimiento de los síntomas. Estas variaciones en los papeles de los actores complican la valoración y el diagnóstico, contribuyendo a explicar por qué los trastornos facticios o ficticios de los que son protagonistas los menores presentan importantes dificultades de delimitación conceptual, tal y como ponen de manifiesto diversos estudios. Dificultades que se reflejan de forma llamativa en las diferencias con que lo describen y clasifican las últimas versiones de los dos sistemas nosológicos más extendidos en la psiquiatría actual:

CIE-10: *El Síndrome de Munchausen* está incluido en el F68.1: Producción intencionada o fingimiento de síntomas o incapacidades somáticas o psicológicas (trastorno ficticio). *El Síndrome de Munchausen por poderes o por delegación* no se incluye aquí, queda dentro de los malos tratos en la infancia. Hace referencia a T74.8 (Malos tratos en la infancia) pero el código T no aparece en la versión española del Manual. Sí aparece alguna referencia parcial en el código Z, el abuso físico.

CIE-10-MIA: Cita el F68.1 sin especificar más. No cita el *Síndrome de Munchausen* en el Eje I ni en el Eje V. En éste último podría incluirse de forma inespecífica en algunos de los nueve apartados, pero no está recogido explícitamente.

DSM-IV: El *Síndrome de Munchausen* se incluye en el *Trastorno Facticio*, preferentemente en el grupo segundo (con predominio de signos y síntomas físicos) pero el *Síndrome de Munchausen por poderes o por delegación* no se incluye aquí, queda dentro del *Trastorno facticio no especificado*. Especifica que el padre / madre sería diagnosticado así y el hijo no tendría diagnóstico si su colaboración es pasiva. Si el hijo colabora, él sería *Trastorno facticio con predominio de los síntomas que presente*, pero los padres serían *Trastorno facticio no especificado* (en nuestro caso la diferencia sería si desaparecen los síntomas al alejarse el progenitor).

En ninguno de los dos sistemas existe una codificación o una categoría específica para el *Síndrome de Munchausen por delegación*.

Las dificultades de delimitación conceptual a la hora de realizar un diagnóstico correcto de *Síndrome de Munchausen por poderes* son aún más importantes cuando la sin-

tomatología presentada por el paciente no es orgánica sino psíquica, no siendo posible en este caso objetivar empíricamente dichos síntomas. Así lo demuestra el hecho de que la mayor parte de la literatura sobre este tema refleja distintas formas de presentación del *Síndrome de Munchausen* con sintomatología orgánica, siendo escasos los trabajos que desarrollan la presentación con sintomatología psíquica.

SÍNDROME DE MUNCHAUSEN CON SINTOMATOLOGÍA PSÍQUICA

Aunque la existencia de literatura sobre el *Síndrome de Munchausen* con síntomas orgánicos es abundante (Jiménez Hernández, J.L. y Figueirido Poulain, J.L., 1996 ; Reig del Moral, C. et al., 1986; Fernández Jaén, A., Martínez Bermejo, A., López Martín, V., Pascual Castroviejo, I., 1998; Gómez de Terreros, I., et al., 1996 ; Sierra San Miguel, P., Bueno Lledó, J. y Livianos Aldana, L., 2002), no lo es tanto cuando se trata del síndrome con presentación psiquiátrica. Gelenberg (1977) describe el caso de un paciente de 24 años de edad con síntomas emocionales, y lo interpreta como la expresión de una necesidad de mantener un papel de víctima que le permita conseguir una sensación de control sobre su entorno. Cheng y

Hummel (1978) sugieren que muchos pacientes con *Síndrome de Munchausen* presentan síntomas psiquiátricos que deben ser diferenciados de otros cuadros clínicos por sus características específicas, que ellos resumen en: adicción al hospital, simulación de enfermedades, histeria, adicción a drogas (como consecuencia secundaria de su deseo a ser hospitalizados), cirugías múltiples y crisis psicosociales agudas. Rogers, Bagby y Rector (1989) discuten que los *trastornos facticios con síntomas psicológicos* puedan ser considerados como trastornos mentales. Sin embargo Popli, Prakash, Masand y Mantosh (1992) consideran que este tipo de trastornos tiene diversas presentaciones clínicas, y hacen hincapié en la necesidad de refinar los criterios diagnósticos para conocer la prevalencia real de este trastorno. Destacan como puntos comunes en estos pacientes la exageración e inconsistencia en sus relatos, presencia de síntomas psicológicos no encuadrable en ninguna categoría diagnóstica conocida, falta de respuesta a la medicación y exacerbación de síntomas cuando el paciente se sabe observado.

Sparr y Pankratz (1983) describen cinco casos de *trastorno por estrés postraumático facticio* en varones adultos. Este tipo de trastorno es fácil de simular, puesto que los síntomas descritos reflejan

fenomenología privada y, por definición, son causados por acontecimientos ya pasados, por lo que es difícil determinar si las posibles distorsiones en el relato de los pacientes son sutiles malas percepciones o rotundas mentiras. Estos autores insisten en que el diagnóstico de *trastorno facticio* debe hacerse tras una cuidadosa evaluación clínica que incluya la verificación de la información proporcionada por el paciente.

Cuando se trata del *Síndrome de Munchausen por poderes* algunos autores señalan la sintomatología emocional como punto a tener en cuenta a la hora de hacer el diagnóstico. Así, Souid, Keith y Cunningham (1998) incluyen entre las características básicas del síndrome, además de la existencia de enfermedades repetitivas en la víctima y en sus hermanos, la pasividad e intenso miedo hacia el abusador, alegaciones falsas de abusos físicos y sexuales, trastornos psicológicos en el abusador y alteraciones en el funcionamiento marital y familiar.

Moszkowicz y Bjornholm (1998) describen un caso de un niño de dos años de edad con *Síndrome de Munchausen por poderes* presentado en forma de anorexia y polidipsia, patologías que presentaba con anterioridad la madre del paciente y que son desplazadas a éste.

Amirali, Bezonsky y McDonough (1998) describen el caso de un chico de 11 años con *Síndrome de Munchausen por poderes* de sintomatología hiperactiva, pero hacen hincapié en la necesidad de tener en cuenta aspectos culturales en familias inmigrantes, puesto que lo que en algunas culturas puede ser entendido como abuso, en otras puede ser entendido como expresión de una preocupación genuina hacia las necesidades del niño.

El *Síndrome de Munchausen por poderes* se presenta también en forma de falsas alegaciones de abuso sexual y/o físico que no se dan dentro de un contexto de disputa por la custodia de los hijos o de separación parental (Meadow, 1993), sino normalmente asociado con presencia de enfermedades facticias. La edad de los niños implicados en esta forma de presentación del Síndrome parece ser mayor (entre 3 y 9 años) que la media de edad en la presentación habitual. Las alegaciones normalmente son hechas por la madre de la víctima a uno o más servicios sociales, policía, médicos, profesores, etc. Los niños pueden ser entrenados para desvelar con realismo historias de abuso sexual y, después de haber repetido sus relatos en las distintas evaluaciones, pueden llegar a tener dificultades para distinguir la realidad de la ficción. Esta presentación del Sí-

drome se caracteriza por el uso de un lenguaje inapropiado para la edad del niño, ausencia de sentimientos asociados al abuso, e insistencia de la madre en la repetición de la historia del abuso y en la petición de nuevas evaluaciones (aunque con falta de empatía hacia el niño). Meadow afirma que estas falsas alegaciones de abuso producen en los niños más impacto emocional que las falsas alegaciones de enfermedad, y, aunque en algunas ocasiones los niños víctimas de Síndrome de Munchausen por poderes han podido sufrir realmente un abuso sexual, éste parece poco frecuente, lo que se explicaría por el hecho de que en el trastorno facticio el abusador suele ser la madre, mientras que en el abuso sexual suele ser un varón.

La relación entre estos niños y sus madres tiene características simbióticas destructivas (Günter, 1998), puesto que el niño no sólo no es capaz de traicionar a la madre sino que llega a colaborar con ella en la elaboración del relato, con el riesgo de que llegue a desarrollar él mismo un *Síndrome de Munchausen*.

En cuanto al contenido del discurso, cuando hay predominio de signos y síntomas psíquicos las historias son trágicas, gráficas y de autoengrandecimiento. Aparecen detalladas historias verbales con

pérdida de documentos probatorios, y una relación prolongada con el sistema asistencial en la que el niño visita múltiples consultas (Jones, 1995).

Existen factores que podrían predisponer a padecer el síndrome (Morales-Franco y de la Morena-Fernández, 1995), unos a) dependientes del niño (edad inferior a seis años, separación prolongada de la madre a causa de nacimientos prematuros o a bajo peso al nacer, dificultades en el establecimiento temprano de la relación afectiva entre madre e hijo, niños no deseados, etc.); otros b) dependientes de la madre (veintinueve años de edad media, presencia de enfermedades con sintomatología similar a la que fabrica en el niño, personalidades histéricas o depresivas con gran necesidad de apoyo por parte del medio y en ocasiones ellas mismas sufrieron *Síndrome de Münchausen* de sus propias madres); y otros c) dependientes del padre (suelen ser colaboradores pero indiferentes hacia el niño).

CASO CLÍNICO

Se trata de un varón atendido por primera vez en 1998 a los 7 años de edad en nuestros Servicios de Salud Mental, obteniendo entonces un diagnóstico de ansiedad generalizada, con fuerte vincu-

lación a la madre, dificultades severas de socialización con iguales, temor a la severidad paterna y problemas de escolarización y rendimiento académico.

Además de por él, el grupo familiar estaba compuesto por el padre (36 años de edad, empleado del Estado en mantenimiento, con una actitud pasiva en la dinámica familiar), la madre (29 años de edad, vigilante jurado de profesión, seguía tratamiento por *Trastorno Histriónico de la personalidad* con sintomatología ansioso-depresiva) y un hermano (5 años de edad, sociable e inquieto, al que se le habían realizado con anterioridad tres lavados de estómago por ingestión de medicamentos o suavizante y en ocasiones realizaba conductas peligrosas, como columpiarse en la barandilla de la terraza de un tercer piso).

El paciente siguió tratamiento con entrevistas de apoyo, técnicas para el manejo de la ansiedad, fomento de actividades sociales estructuradas y orientación a los padres. En esa época, se quejaba de haber recibido palizas de otros chicos en el colegio, acudiendo a Urgencias en alguna ocasión, y habiendo quejas por parte de los padres en cuanto a la falta de capacidad del colegio para atenderle y protegerle, lo que motivó el cambio de centro escolar en dos

ocasiones tras haber interpuesto varias denuncias. En dos ocasiones, la madre acudió con el niño a consulta para informar de desavenencias conyugales y de la autoridad paterna amenazante, no habiendo reconocido malos tratos físicos ni abusos. Finalmente abandonaron el tratamiento a los seis meses de haberlo comenzado.

Siete meses después de este primer abandono, vuelven a consulta solicitando valoración psiquiátrica, simultánea al tratamiento que seguían en ese momento en el Centro de Atención a la Infancia de su distrito, y tras haber pasado también por el Servicio de Atención a Víctimas de Abuso Sexual. Madre e hijo relatan una extensa, prolija y minuciosa historia, abundante en detalles de ambientación y pormenores de intenso peligro físico, con un argumento complejo, según el cual el niño es obligado a consumir y traficar con drogas, y es raptado a diario del colegio para ser llevado a una zona de la sierra donde es objeto de crueles persecuciones, así como de agresiones físicas intensas y variadas, y de abusos sexuales. Todo ello es realizado por diversas personas que el niño identifica con múltiples detalles; al final de cada jornada es devuelto al colegio, sin que aquí hayan percibido su ausencia, y sin aparentes lesiones. Desde entonces, con frecuencia dice a los padres que tiene

que tomar sustancias diversas porque depende de ellas. Los análisis de orina para detectar sustancias psicótropas han sido negativos, y no hay evidencia sintomática de tal uso.

Tanto el niño como la madre, con la participación pasiva del padre, hacen el relato con orden, detalles y una intensa contención y distanciamiento emocionales; el mayor énfasis y la expresión de cólera y miedo se aprecian al recriminar la falta de control por parte del colegio, la falta de apoyo socio-sanitario y judicial para proteger al menor, así como la desconfianza general, sintiéndose víctimas desasistidas y decidiendo autoprotegerse reclusándose con los niños en casa e, incluso, cambiando de domicilio si fuera preciso. Las contradicciones del relato suelen difuminarse en nuevos detalles o afirmaciones vehementes aportadas por la madre y posteriormente corroboradas por el niño, concluyendo finalmente que nadie les cree.

Durante las entrevistas el niño se muestra inquieto, expresándose con un lenguaje afectado y escasamente empático, reservado y sin coherencia entre sus narraciones terroríficas y la tranquilidad con que las cuenta; sus preocupaciones son de temor a ser agredido, sin alteraciones del curso ni del contenido del pensamiento. La atención es

bueno, bien orientado. Muestra curiosidad y diálogo más espontáneo al hablar de cuestiones no relacionadas con su tema; el contacto con otros chicos (menores que él) es bueno.

Los síntomas referidos son: ansiedad con inquietud psicomotriz, y momentos de angustia desbordada relacionados con los recuerdos de daño o con anticipaciones ansiosas por amenazas que dice haber recibido; entonces acude a la madre, pues sólo confía en ella. Por la noche tiene pesadillas con despertar angustiado. En el colegio no tiene amigos y se siente perseguido y maltratado por muchos compañeros, incluso por chicos de fuera que entran sin permiso en el centro escolar. El rendimiento académico es muy inestable, y son frecuentes las faltas de asistencia a clase debido a que últimamente la actividad de toda la familia se centra en un peregrinaje por las distintas instituciones y servicios donde relatan siempre rígidamente la misma historia.

En el caso aquí descrito, se pueden formular los siguientes diagnósticos ficticios:

- 1) Abuso y dependencia de sustancias,
- 2) Estrés postraumático, consecuencia a las experiencias de abuso.
- 3) Abuso físico, y
- 4) Negligencias en el ámbito

escolar, los dos primeros dentro del Eje I y los otros dos del Eje V.

Si realizamos una valoración psicopatológica de los miembros de la familia, podemos distinguir los siguientes diagnósticos personales:

En el niño: Según la C.I.E. 10 Multiaxial de la Infancia y la Adolescencia.

Eje I: Reacción de adaptación con alteración mixta de las emociones y la conducta. F43.25.

Eje II: Ausencia de patología.

Eje III: Nivel intelectual normal.

Eje IV: Ausencia de enfermedades físicas relevantes.

Eje V: Anomalías biográficas y actuales en la relación intrafamiliar (1.8).

Trastornos mentales en el grupo primario (2.0).

Anomalías en el ambiente inmediato: Familia aislada (5.2).

Factores de estrés interpersonal asociado al colegio: Relaciones discordantes con los compañeros (8.0) y Distorsiones en la situación escolar (8.2).

Eje VI: Discapacidad social moderada (3).

En la madre: *Trastorno de personalidad de tipo histriónico* con síntomas ansioso-depresivos (F60.4 y F34.1).

En el padre: *Trastorno de la personalidad no especificado* (F60.9).

Como conclusión, y atendiendo a las características exageradas e inconsistentes del relato (cuya veracidad no ha podido ser constatada en ningún momento), el distanciamiento emocional en su narración, la patología de la madre, la dinámica familiar con tendencia al aislamiento social, así como el vínculo establecido entre madre e hijo, consideramos que estamos ante un caso de *Síndrome de Münchausen por poderes con sintomatología psíquica*.

CONSIDERACIONES FINALES

La clasificación estadística que se puede realizar en los casos de *Síndrome de Münchausen* mediante los sistemas arriba citados, es puramente formal y descriptiva, no requiere un análisis psicopatológico del niño ni de sus padres, ni permite la profundización en la actuación clínica. Sin embargo, la práctica clínica con objetivos terapéuticos, sí exige el pertinente análisis psicopatológico para establecer un verdadero diagnóstico operativo en el plano terapéutico. Consideramos que sería conveniente distinguir:

1. "Diagnósticos y síntomas" presentados como ciertos por el paciente y/o por sus padres, que serían lo artificial (facticio) o fingido (ficticio), y que han de ser contrastados y descartados para

poder verificar la existencia del síndrome.

2. Sintomatología profunda, apreciada en los padres y en el niño durante las entrevistas pero no manifestada voluntariamente sino pormenorizada en el transcurso del proceso diagnóstico.

El desenmascaramiento de algunos de los síntomas, y fundamentalmente del proceso etiopatogénico ofrecido por el niño y los padres, daría lugar al diagnóstico formal de *Síndrome de Münchausen*, mientras que la apreciación de los síntomas verdaderos que se manifiesten en el niño constituirían el diagnóstico personal, lo mismo que ocurre con los padres. Además, con los diagnósticos personales y las observaciones de las relaciones paterno-filiales, se podrán establecer los fundamentos de un diagnóstico etiopatogénico clínicamente acertado. Éste último es imprescindible para elaborar un plan terapéutico con posibilidades de éxito, dada la tendencia de la familia actora del Síndrome a boicotear los tratamientos que no se ajusten a sus expectativas. Entre los puntos básicos que debe contemplar dicho plan se encontrarían (Morales-Franco et al, 1995) el tratamiento del agresor (enseñanza de habilidades sociales y de cuidado del niño), la intervención familiar y el apoyo social (educación com-

pensatoria, búsqueda de empleo, etc).

En resumen, en nuestra opinión la psicopatología de la infancia y la adolescencia tiene pendiente conseguir la denominación unitaria y la delimitación descriptiva de un cuadro esquivo y complicado como es el *Síndrome de Munchausen por poderes*, así como su inclusión en clasificaciones tan importantes como son la CIE-10 y su versión multiaxial para la infancia y la adolescencia.

Asimismo, las organizaciones diagnósticas deberían incluir tanto el diagnóstico formal (*Síndrome de Munchausen*), como el diagnóstico real, que es diferente en cada caso pero imprescindible para el éxito de las estrategias terapéuticas que cada uno requiere.

Puesto que las estadísticas muestran una casuística sensible-

mente inferior a la real, y dada la importancia del diagnóstico temprano de este Síndrome, consideramos necesario desarrollar el estudio y la definición de los indicadores de riesgo, así como los métodos de detección de los sujetos afectados por este trastorno.

Como paso posterior, pero no por ello menos importante, cabría la profundización en la discusión y valoración de los proyectos de tratamiento para los menores que sufren enfermedades imaginarias de sí mismos, o son sujeto designado para la expresión del trastorno de sus padres.

Por último, una vez realizado un diagnóstico acertado y culminado el proyecto terapéutico correspondiente, estaríamos en condiciones de obtener datos sobre la evolución de los niños afectados por este Síndrome y de sus familias, tanto a medio como a largo plazo.

REFERENCIAS

- Amirali, E. L., Bezonsky, R. y McDonough, R. (1998). Culture and Munchausen by proxy syndrome: the case of a 11-year-old boy presenting with hyperactivity. *Canadian Journal of Psychiatry*. 43(6): 632-635.
- Asher, R. (1951). *Munchausen syndrome*. *Lancet*, 1: 339 – 341.
- Cheng, L. y Hummel, L. (1978). The Munchausen syndrome as a psychiatric condition. *British Journal of Psychiatry*. 133. 20-21.
- Fernández-Jaén, A., Martínez-Bermejo, A., López-Martín, V. y Pascual-Castroviejo, I. (1998). Síndrome de Munchausen por poderes: informe de un caso con epilepsia. *Revista de Neurología* 26(153): 772-774.
- Gavin, H.(1863): *Feigned and factitious diseases chiefly of soldiers and seamen*. London: J&A Churchill.
- Gelenberg, A.J. (1977). Munchausen' syndrome with a psychiatric presentation. *Diseases of the Nervous System*. 38 (5), 378-380.
- Gómez de Terreros, I., Gómez de Terreros, M., Serrano Santamaría, M. Jiménez Girón, A. V., Sánchez Salas, M., Salazar Espadero, N. López Barrio, A. M., y Aragón, J. M. (1996). Recurrent ingestion of foreign bodies. Unusual presentation of Munchausen by Proxy Syndrome. *Child Abuse and Neglect*. 20(7):613-620.
- Günter, M. (1998). Induction, identification or folie a deux? Psychodynamic and genesis of Munchausen syndrome by proxy and false allegations of sexual abuse in adolescents. *Medicine and Law*.17(3):359-379.
- Jiménez Hernández, J. L., y Figuerido-Poulain, J. L. (1996). Munchausen syndrome in Spanish pediatrics. *Actas Luso Españolas de Neurología, Psiquiatría y Ciencias Afines* 24(1): 29-32.
- Jones, R.M. (1995). Trastornos facticios. En H.I.Kaplan y B.J. Sadock, *Tratado de Psiquiatría*. Williams & Wilkins. Baltimore.
- Meadow, R. (1977). Munchausen syndrome by proxy – the hinterland of child abuse. *Lancet*. 2: 343-345.
- Meadow, R. (1993). False allegations of abuse and Munchausen syndrome by proxy. *Archives of Disease in Childhood*. 68(4): 444-447.
- Morales-Franco, B. y de la Morena-Fernández, M. L.(1995).El Síndrome de Munchausen infantil. Etiología, criterios diagnósticos y tratamiento. *Gaceta Médica de México*. 131(3), 323-328.
- Moskowitz, M. y Bjornholm, K.I. (1998). Factitious illness by proxy presenting as anorexia and polydipsia by proxy. *Acta Paediatrica*. 87(5):601-602.
- Popli, A.P., Prakash, S. Masand, M.D. y Mantosh, J.D. (1992). Factitious disorders with psychological symptoms. *Journal of Clinical Psychiatry*. 53. 9315 – 9318.
- Raspe, R.E. (1936). *The adventures of Baron Munchausen*. New York: Grosset and Dunlop.
- Reig del Moral, C., Herrera Martín, M. Nebreda Pérez, V., Urbón Artero, A., García Velázquez, J., y Cuadrado Bello, P.(1986). Síndrome de Munchausen por poderes. *Anales Españoles de Pediatría*. 25(4): 251-256.

Rogers, R., Bagby, R.M. y Rector, N. (1989). Diagnostic legitimacy of factitious disorder with psychological symptoms. *American Journal of Psychiatry*. 146. 1312-1314.

Sierra San Miguel, P., Bueno Lledó, J. y Livianos Aldana, L. (2002). Síndrome de Munchausen en dos hermanos. *Medicina Clínica*. 119(18):717.

Soud, A.K., Keith, D.V. y Cunningham, A.S. (1998). Munchausen syndrome by proxy. *Clinical Pediatrics*. 37(8): 497-503.

Sparr, L. y Pankratz, L.D. (1983). Factitious posttraumatic stress disorder. *American Journal of Psychiatry*. 140 (8): 1016 – 1019.