

# El barón enfermo: síndrome de Münchausen

## The sick baron: Münchausen's syndrome

Jon Kepa Balparda Arias<sup>1</sup>

### Resumen

---

---

El Síndrome de Münchausen es una entidad psiquiátrica relativamente rara en la cual el paciente se provoca a sí mismo, o a las personas, a su cargo múltiples sintomatologías de manera deliberada, pudiendo resultar incluso en amputaciones o muerte. Lo hace de una forma consciente pero sin ningún tipo de ganancia primaria presente, sólo por el "placer" de sentirse atendido por el personal asistencial. Es una patología que plantea todo un reto para el clínico, puesto que no posee un cuadro sindrómico típico.

**Palabras Clave:** Síndrome de Münchausen, Síndrome de Münchausen por Poderes, Trastornos Facticios.

### Abstract

---

---

Münchausen's Syndrome is a psychiatric disease that's considered as relatively rare; in which the patients causes multiple symptoms and diseases Either to themselves or the people around them, with the possibility of resulting in amputations or even death. The patient engages in this behavior being conscious of what he's doing, but with no secondary gain at all, just the "pleasure" of feeling taken care of by the medical personnel. It is a disease that lacks a characteristic clinical course, therefore is of great difficulty to the doctor to diagnose properly an in time.

**Key Words:** Münchausen Syndrome, Münchausen Syndrome by Proxy, Factitious Disorders.

---

1 Estudiante Pregrado en Medicina; Monitor Editorial Escuela de Ciencias de la Salud. Universidad Pontificia Bolivariana.

Correspondencia: Jon Kepa Balparda Arias. Correo electrónico: jonbalparda@une.net.co

Fecha de recibido: Enero 24 de 2008

Fecha de aprobación: Enero 30 de 2008

## INTRODUCCIÓN

El Síndrome de Münchausen (SMü) es una entidad relativamente rara<sup>1</sup>, pero que sin embargo plantea graves peligros para el paciente o para las personas a su cargo, en caso de no diagnosticarse acertadamente de una forma temprana<sup>2-5</sup>. La característica fundamental de esta patología es la creación de forma deliberada y consciente de sintomatología por parte del paciente, tanto sobre sí mismo en el caso del Smü clásico<sup>6-8</sup>, como en las personas a su cargo en la variante conocida como Síndrome de Münchausen por Poderes (SMüP)<sup>9-14</sup>. Las tácticas que emplean estos pacientes para la provocación de sus cuadros orgánicos es extremadamente variable, incluyendo desde la auto-inoculación de microorganismos<sup>15,16</sup> o leche<sup>17,18</sup> hasta la auto-mutilación<sup>19</sup>.

Resulta importante mencionar, sin embargo, que los pacientes que sufren de SMü carecen de una razón consciente específica para su comportamiento, y diversas entrevistas con los pacientes en tratamiento sugieren que lo hacen más con base en un impulso interno y subconsciente de sentirse cuidados o “protegidos” por el personal médico<sup>20</sup>. Debido a lo anterior, se considera que se hace por una ganancia secundaria (adoptar un rol de enfermo)<sup>21-23</sup>, mas no una ganancia primaria (elementos tangibles como dinero)<sup>22</sup>, que es por ejemplo la que se observa en la Simulación<sup>24</sup>, uno de los diagnósticos diferenciales de este síndrome, como se expondrá más adelante en esta revisión.

Se considera que el primero en utilizar el nombre de “Síndrome de Münchausen”

para referirse a pacientes que se presentaban al servicio médico con síntomas ficticios sin ningún tipo de beneficio consciente fue Ascher<sup>25</sup>, en su artículo clásico publicado en el año de 1951. El autor decidió tomar el mencionado epónimo inspirado en un soldado alemán, el barón *Karl Friedrich Hieronymus Von Münchhausen*; personaje notorio y reconocido en la literatura por los relatos absurdamente exagerados acerca de sus aventuras, entre los cuales se cuenta haber viajado a la luna en un globo de helio construido con ropa interior femenina<sup>20</sup>.

En la actualidad el nombre oficial del síndrome, según el DSM-IV TR (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales) es el de *Trastorno Facticio*, con unos criterios diagnósticos establecidos y aceptados, los cuales serán discutidos posteriormente en esta revisión<sup>26</sup>.

Hasta la fecha, no existe un tratamiento definitivo para la patología en sí. Se han reportado ensayos clínicos utilizando medicamentos y especialistas de diversas áreas, con resultados dispares dependiendo de las cohortes estudiadas. Expertos actuales recomiendan un tratamiento multidisciplinario, que incluya psicólogo, psiquiatra, médico, trabajador social y cualquier otro profesional de la salud según el caso individual<sup>27-32</sup>.

## EPIDEMIOLOGÍA

En la actualidad, se carece de datos certeros acerca de la verdadera prevalencia o incidencia de esta patología en el mundo<sup>20</sup>, aunque se le considera una enfermedad relativamente rara<sup>1</sup>;

se ha estimado la existencia de dos casos por cada cien mil habitantes (2 : 100 000)<sup>33</sup>. Gran parte de esta incertidumbre a la hora de generar datos epidemiológicos confiables se debe a la falta de unificación internacional de criterios diagnósticos<sup>20</sup>, derivada de la virtualmente ilimitada variedad de presentaciones clínicas con las que puede debutar el paciente con esta patología<sup>1</sup>. Debido a lo anterior, se considera que existe un marcado subdiagnóstico de la enfermedad<sup>20</sup>, que no permite conocer su verdadero impacto en la sociedad, la economía y el sector médico.

Estudios observacionales han señalado que existe una diferencia por sexo para las dos variantes principales del trastorno: mientras que los pacientes afectados por el SMü clásico son en su mayoría hombres, las pacientes de sexo femenino son más propensas a sufrir de SMüP<sup>20</sup>. Se ha encontrado igualmente una prevalencia más elevada de la entidad en personas relacionadas de una u otra forma con el sector salud<sup>34</sup>, principalmente aquellos dedicados al cuidado de enfermería en hospitales o centros de asistencia<sup>34-36</sup>.

Hasta el momento no se han señalado otros factores de riesgo influyentes para sufrir el trastorno, y se considera que falta aún mucha investigación antes de poder generar criterios de vigilancia epidemiológica adecuados<sup>20</sup>.

### CUADRO CLÍNICO

No existe un cuadro clínico “clásico” para esta patología<sup>37</sup>, debido a la casi ilimitada cantidad de síntomas que pueden ser si-

mulados y/o provocados por el paciente mismo (Smü) o por la persona a su cargo (SmüP)<sup>38-42</sup>; pudiendo ir desde una “simple” hemoptisis simulada<sup>43-45</sup>, hasta la auto-inoculación de sangre contaminada con VIH, como fue descrito por primera vez por Zuger y O’Dowd<sup>46</sup> en 1992.

A pesar de ser difícil encontrar un patrón único, la *Sociedad Cubana de Psiquiatría*, realizó un estudio<sup>47</sup> en el cual se buscaba determinar las causas por las que más comúnmente consultaban al servicio de urgencias los pacientes con este síndrome. En los resultados arrojados en esta cohorte, se encontró que el 29% de los pacientes habían sido ingresados originalmente con un diagnóstico de sepsis, mientras que en el 19% de los casos la queja era acerca de “cicatrices que no curaban”<sup>47</sup>. Otros cuadros clínicos relatados de forma relativamente frecuente por la literatura médica incluyen fiebre de origen oscuro<sup>15,48,49</sup> y trauma a repetición, en ocasiones con amputaciones asociadas<sup>50,51</sup>.

Entre los diagnósticos diferenciales a considerar a la hora de enfrentarse a un paciente con SMü, se pueden dilucidar tres entidades importantes: la Simulación (SI)<sup>52-54</sup>, el Trastorno de Somatización (TS)<sup>55,56</sup> y la Apotemnofilia (Af)<sup>57</sup>. En el caso de la SI, la gran diferencia con el SMü es que, a pesar de existir en ambos un daño somático auto-infligido de manera no accidental, en la primera patología el paciente cuenta con una razón consciente para sus actos manifestada como una ganancia primaria de algún tipo<sup>53</sup>. Por el contrario, en el SMü, las distintas entrevistas con el paciente no arrojan que éste tenga ninguna motivación racional por la que se genera la sintomatología,

excepto por el deseo de ser cuidado por el personal médico; tal vez relacionado de alguna forma con un Trastorno de Personalidad Histriónica<sup>20</sup>.

En el TS, el paciente no tiene razones o motivaciones propias para la sintomatología que presenta, en lo cual se asemeja al SMü; pero se debe tener en cuenta que el cuadro clínico que se muestra en la primera entidad tampoco es generado por el enfermo de una forma voluntaria o “no accidental”<sup>55,56</sup>. Se habla simplemente de una sintomatología variada producida por razones desconocidas e inconscientes, sin que se pueda encontrar una causa biológica que los explique, imputándoseles tal vez a procesos mentales internos por parte del paciente<sup>56,58</sup>.

La Af es una entidad poco común, y tal vez poco reconocida<sup>57</sup>, en la cual el paciente presenta, como lo comenta First<sup>59</sup>, un “intenso y duradero deseo de tener una amputación”. Es una patología en la cual el enfermo, de una forma deliberada y totalmente consciente, busca distintos métodos para provocar la amputación quirúrgica de uno o más miembros de su cuerpo,<sup>60-62</sup> recurriendo en muchas ocasiones a traumas no accidentales a repetición<sup>57</sup>. Varios artículos descrip-

tivos recientes han señalado que se trata de un deseo consciente<sup>63,64</sup>, que el paciente expresa como la idea de que la cirugía corregirá una diferencia entre su cuerpo físico actual y su esquema mental de cómo éste debería ser en realidad<sup>57,60,62,64</sup>.

En la Tabla 1 encontramos una comparación entre las características del SMü con las patologías mencionadas:

Una variante importante del SMü es la patología conocida como Síndrome de Münchhausen por Poderes, denominada también Síndrome de la Brujería; en la cual la sintomatología se presenta casi siempre en un infante o un anciano, el cual se encuentra a cargo de la persona que sufre el trastorno psiquiátrico en cuestión<sup>4,5,9-11</sup>. Podría decirse que el cuadro clínico del SMüP fácilmente es igual de polimorfo que el de su variante clásica<sup>20</sup>, aunque lo más común es una presentación de fiebre de origen oscuro a repetición<sup>4</sup>. Para esta patología, el diagnóstico es incluso más complicado de realizar, ya que es una entidad poco sospechada por el clínico general, y los indicios que deben llevar a pensar en ésta pueden ser muy sutiles e ignorados fácilmente<sup>65</sup>.

**Tabla 1.** Diagnósticos Diferenciales Síndrome de Münchhausen

	<b>Producción de Síntomas</b>	<b>Motivación</b>
S. Münchhausen	Consciente	Inconsciente
T. Simulación	Consciente	Consciente/Racional
T. Somatización	Inconsciente	Inconsciente
Apotemnofilia	Consciente	Consciente/Irracional

## DIAGNÓSTICO

Debido a la falta de una presentación clínica clásica del síndrome, se requiere de un altísimo nivel de sospecha, lo que casi siempre retrasa de manera importante la realización del diagnóstico<sup>66</sup>.

A la hora de la anamnesis, una vez se sospecha la patología, se debe cuestionar al paciente acerca de su historial patológico previo, ya que trastornos psiquiátricos de base indican una mayor susceptibilidad a sufrir otras patologías relacionadas<sup>68</sup>. Se ha encontrado que los pacientes a mayor riesgo son aquellos que han sido diagnosticados previamente con Trastorno Límite de la Personalidad<sup>20</sup>, o con un trastorno alimenticio como Anorexia Nervosa<sup>69,70</sup> o Bulimia Nervosa<sup>69</sup>.

Igualmente, el clínico debe sospechar la entidad ante un paciente que se presenta con una sintomatología demasiado típica; es decir, pareciéndose más a la descripción de un libro de texto que al cuadro clínico de un ser humano individual. También puede encontrarse el caso de un cuadro clínico demasiado atípico que no apunta a ningún cuadro sindrómico específico<sup>20</sup>. Se ha reportado que los pacientes que sufren de este trastorno tienden a mostrarse extremadamente colaboradores, y deseosos de practicarse cualquier tipo de prueba o examen recomendado por el médico, acatando las indicaciones y los tratamientos de una forma casi sumisa<sup>48</sup>. Por lo general, cuando se presenta un caso de SMüP, el personal de enfermería describe a la madre del menor afectado como "muy comprometida", y dispuesta a aceptar

cualquier procedimiento o tratamiento que considere el personal de la institución<sup>65</sup>.

Por lo general, el paciente relata un largo historial de consultas a distintos centros médicos, con múltiples ingresos hospitalarios y una multitud de exámenes diagnósticos, todo sin presentar una solución satisfactoria para su problema<sup>20</sup>. Además, se ha encontrado que la mayoría de los pacientes, más que todo los que sufren de la variante clásica del síndrome, tienden a tener conocimientos extensos sobre medicina, y sobre las posibles enfermedades que podrían tener con base a sus síntomas; lo que respalda que se considere una patología con una mayor incidencia dentro del gremio médico o de enfermería<sup>35</sup>. Además se considera relativamente común el encontrar múltiples cicatrices quirúrgicas en el paciente, además de una historia clínica altamente dramática, pero inconsistente si se compara con lo relatado a otros médicos que le han atendido en el pasado<sup>20</sup>.

En algunos hospitales se ha venido implementando una política de utilizar cámaras de video ocultas con el fin de descubrir a pacientes con SMüP cuando esta entidad es sospechada<sup>70-72</sup>. Se han esgrimido infinidad de argumentos, principalmente el hecho de considerar la patología como una variante de abuso infantil,<sup>1</sup> por lo que el bien y la salud del infante deben reposar por encima del derecho de la madre a la intimidad<sup>73</sup>. Sin embargo, aún existe una discusión ética importante acerca de este enfoque<sup>70,73,74</sup>, por lo que su utilización continúa siendo más la excepción que la regla.

En la actualidad, el DSM-IV TR postula un total de tres criterios, la totalidad de los cuales debe ser cumplida en el mismo periodo de tiempo para el diagnóstico de la patología, los que a continuación se señalan<sup>20</sup>:

- Criterio A: La producción intencionada de signos y/o síntomas psicológicos y/o físicos.
- Criterio B: La motivación es la de asumir el rol de enfermo.
- Criterio C: Hay ausencia de una motivación externa.

Teóricamente, el Criterio A evita la confusión con una patología en la cual el paciente no sea consciente de la producción de la sintomatología, como en el Trastorno Somatomorfo<sup>58</sup>, al exigir que el paciente ejecute sus acciones de una forma deliberada. Sin embargo, en la actualidad existen autores que cuestionan la verdadera validez de estos criterios diagnósticos para realizar un diagnóstico acertado y pronto.<sup>48</sup>

## TRATAMIENTO

El tratamiento del SMü es un área aún de intenso debate<sup>75,76</sup>, principalmente porque todos los enfoques terapéuticos que se han hecho han brindado como regla una proporción muy baja de resultados positivos<sup>20</sup>. Se considera imperativo el uso de un grupo multidisciplinario<sup>29</sup> que incluya médicos internistas y psiquiatras, psicólogos, personal de enfermería y trabajo social, además de cualquier otro profesional del área de la salud según el caso individual del paciente lo amerite<sup>29,75</sup>. De manera visible, el

principal objetivo de la terapia es evitar que el paciente genere un mayor daño, minimizando también los procedimientos clínicos innecesarios<sup>10</sup>.

Se recomienda ingresar al paciente a un plan intensivo de psicoterapia, con múltiples fines, entre los cuales se encuentra el elevar su nivel de autoestima, y hacerle consciente de la enfermedad y las consecuencias que puede traer<sup>20</sup>. Así mismo, se debe tratar de forma farmacológica cualquier tipo de enfermedad de base que posea el paciente, principalmente los trastornos psiquiátricos que pueden agravar el cuadro original,<sup>67</sup> como el Trastorno Depresivo Mayor o el Trastorno Afectivo Bipolar<sup>39</sup>. Para el manejo de las comorbilidades se recomienda el uso de los medicamentos indicados a sus dosis usuales<sup>20</sup>.

Hasta el día de hoy no se ha encontrado ningún tipo de respuesta satisfactoria en estos pacientes posterior al tratamiento con distintos psicotrópicos, incluyendo Antridepresivos Tricíclicos o moduladores del humor estilo Carbonato de Litio o Ácido Valproico, excepto cuando se cuenta con una comorbilidad que amerite su uso<sup>67,68</sup>; por lo que no se recomienda ningún tipo de farmacoterapia definida<sup>20</sup>.

## CONCLUSIÓN

El trastorno conocido por el nombre de Síndrome de Münchhausen es una entidad relativamente rara, que se diagnostica de forma muy esporádica, pero que sin embargo representa un riesgo grande para los pacientes y las personas a su

cargo. Se requiere un altísimo índice de sospecha por parte del galeno, debido a la inmensa constelación de cuadros clínicos que pueden presentar los pacientes, limitados sólo por sus conocimientos y su imaginación. Es importante afrontar al paciente, pero evitando caer en el error de transmutar el trabajo médico en el de detective. El tratamiento multidisciplinario es de extrema importancia, y se requiere de un periodo prolongado para observar mejorías palpables en el comportamiento del paciente. ■

### **AGRADECIMIENTOS**

El autor desea agradecer al doctor José Gabriel Franco, médico psiquiatra de la Clínica Universitaria Bolivariana de Medellín, Colombia por la revisión del presente manuscrito.

## REFERENCIAS

1. Stirling J Jr. Beyond Münchausen Syndrome by Proxy: Identification and Treatment of Child Abuse in a Medical Setting. *Pediatrics* 2007;119:1026-30.
2. Dyer C. Inquirí into Death of Boy From Induced Illness Recommends Tightening of Chile Protection Rules. *BMJ* 2004;329:191.
3. Craft AW, Hall DM. Münchausen Síndrome by Proxy and Sudden Infant Death. *BMJ* 2004;328:1309-12.
4. Ellis PS. The Pathology of Fatal Chile Abuse. *Pathology* 1997;29:113-21.
5. Emery JL. Chile Abuse, Sudden Infant Death Syndrome and Unexpected Infant Death. *Am J Dis Child* 1993;147:1097-100.
6. Fisher JA. Playing Patient, Playing Doctor: Münchausen Syndrome, Clinical S/M, and Ruptures of Medical Power. *J Med Humanit* 2006;27:135-49.
7. Fehnel CR, Brewer EJ. Münchausen's Syndrome with 20-Year Follow-Up. *AM J Psychiatry* 2006;163:547.
8. Agarwal BL. An Indian Münchausen. *J Assoc Physicians India* 1972;20:467-9.
9. Amir J. Polymicrobial Bacteremia and Child Abuse. *AM J Dis Child* 1989;143:444.
10. Sheridan MS. Münchausen Syndrome by Proxy. *Health Soc Work* 1989;14:53-8.
11. Kwasman A. Münchausen Syndrome by Proxy. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1997;151:211-2.
12. Schreier H. Münchausen by Proxy Defined. *Pediatrics* 2002;110:985-8.
13. Hettler J. Münchausen Syndrome by Proxy. *Pediatr Emerg Care* 2002;18:371-4.
14. Holstege CP, Dobmeier SG. Criminal Poisoning: Münchausen by Proxy. *Clin Lab Med* 2006;26:243-53.
15. Wood PR, Fowlkes J, Holden P, Casto D. Fever of Unknown Origin for Six Years: Münchausen Syndrome by Proxy. *J Fam Pract* 1989;28:391-5.
16. Galanos J, Perera S, Smith H, O'Neal D, Sheorey H, Water MJ. Bacteremia Due to Three Bacillus Species in a Case of Münchausen's Syndrome. *J Clin Microbiol* 2003;41:2247-8.
17. Steinman R, Mendelson J, Portnoy J. Self-Inoculation with Milk as a Cause of Recurrent Cellulitis. *Can Med Assoc J* 1975;112:605-6.
18. Emanuel E. Letter: Self-Inoculation with Milk. *Can Med Assoc J* 1975;112:1293.
19. Cotterill JA. Self-Stigmatization: Artefact Dermatitis. *Br J Hosp Med* 1992;47:115-9.
20. Espinosa AD, Figueras B, Mendilahaxón JB, Espinosa AA. Síndrome de Münchausen: Un Reto para el Clínico. *Rev Cubana Med* 2000;39:228-37.
21. Sheridan MS. The Deceit Continues: An Updated Literatura Review of Münchausen Syndrome by Proxy. *Child Abuse Negl* 2003;27:431-51.
22. Eisendrath SJ. When Münchausen Becomes Malingering: Factitious Disorders that Penetrate the Legal System. *Bull Am Acad Psychiatry Law* 1996;24:471-81.
23. Rude BL, Townsend RR, DiPette DJ. Case Report: Simulation of Severe Hypertension as a Means of Malingering. *Am J Med Sci* 1992;304:258-60.
24. Wise MG, Ford CV. Factitious Disorders. *Prim Care* 1999;26:315-26.
25. Ascher R. Münchausen's Syndrome. *Lancet* 1951;1:339-44.
26. Taylor S, Hylar SE. Update on Factitious Disorders. *Int J Psychiatry Med* 1993;23:81-94.
27. Schoenfeld H, Margolin J, Baum S. Münchausen Syndrome as a Suicide Equivalent: Abolition of Syndrome by Psychotherapy. *Am J Psychoter* 1987;41:604-12.



28. Solyom C, Solyom L. A Treatment Program for Functional Paraplejía/Münchhausen Syndrome. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 1990;21:225-30.
29. Mercer SO, Perdue JD. Münchhausen Syndrome by Proxy: Social Work's Role. *Soc Work* 1993;38:74-81.
30. Williams BK. Münchhausen Syndrome: Prevalence and Intervention. *J Emerg Nurs* 1994;20:176.
31. Volz AG. Nursing Interventions in Münchhausen Syndrome by Proxy. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv* 1995;33:51-8.
32. Huffman JC, Stern TA. The Diagnosis and Treatment of Münchhausen's Syndrome. *Gen Hosp Psychiatry* 2003;25:358-63.
33. Denny SJ, Grant CC, Pinnock R. Epidemiology of Münchhausen Syndrome by Proxy in New Zealand. *J Paediatr Child Health* 2001;37:240-3.
34. Repper J. Münchhausen Syndrome by Proxy in Health Care Workers. *J Adv Nurs* 1995;21:299-304.
35. Nasser NJ, Israelit SH, Muhammad M, Basis F. Factitious Hyperamylasuria by a Nurse: Symptom of Münchhausen's Syndrome. *Emerg Med J* 2007;24:e2.
36. Guziec J, Lazarus A, Harding JJ. Case of a 22-Year-Old Nurse with Factitious Disorder: The Utility of Psychiatric Intervention on a General Medical Floor. *Gen Hosp Psychiatry* 1994;16:47-53.
37. Morgan B. Diagnosing Serious Child Abuse. *BMJ* 1999;318:462-3.
38. Tlacuilo JA, Guevara E, García I. Factitious Disorders Mimicking Systemic Lupus Erythematosus. *Clin Exp Rheumatol* 2000;18:89-93.
39. Maurice-Williams RS, Marsh H. Simulated Paraplegia: An Occasional Problem for the Neurosurgeon. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1985;48:826-31.
40. Winans JM, House LR, Robinson HE. Self-Induced Orbital Emphysema as a Presenting Sign of Münchhausen's Syndrome. *Laryngoscope* 1983;93:1209-11.
41. Spitzed D, Bongartz D, Ittel TH, Sieberth HG. Simulation of Pheochromocytoma: Münchhausen Syndrome. *Eur J Med Res* 1998;3:549-53.
42. Bruns AD, Fishkin PA, Johnson EA, Lee YT. Münchhausen's Syndrome and Cancer. *J Surg Oncol* 1994;56:136-8.
43. Nokturk N, Ekim N, ASlan S, Kanbay A, Acar AT. A Rare Cause of Hemoptysis: Factitious Disorder. *South Med J* 2006;99:186-7.
44. Bjornson CL, Kirk VG. Münchhausen's Syndrome Presenting as Hemoptysis in a 12-Year-Old Girl. *Can Respir J* 2001;8:439-42.
45. Gürkan OU, Karacan O, Ozdemir O, Gönüllü U, Numanoglu N, Alper D. Factitious Hemoptysis. *Aust N Z J Med* 2000;30:729.
46. Zuger A, O'Down MA. The Baron Has AIDS: A Case of Factitious Human Immunodeficiency Virus Infection and Review. *Clin Infect Dis* 1992;14:211-6.
47. Sociedad Cubana de Psiquiatría. Síndrome de Münchhausen. *Cienfuegos* 1997.
48. Aduan PR, Fauci AS, Dale DC, Herzberg JH, Wolff SM. Factitious Fever and Self-Induced Infection: A Report of 32 Cases and Review of the Literature. *Ann Intern Med* 1979;90:230-42.
49. Tumans LW, Visto KL. Factitious and Fraudulent Fever. *Am J Med* 1978;65:745-55.
50. Edi-Osagie EC, Patrick J. Münchhausen's Syndrome: Gynecologic Trauma with Stanley-Knife Blades. *Int J Gynaecol Obstet* 1997;59:65-6.
51. Davis D, Barone JE, Blackwood MM. Münchhausen Syndrome Presenting Trauma. *J Trauma* 1997;42:1179-81.
52. McDermott BE, Feldman MD. Malingering in the Medical Setting. *Psychiatr Clin North Am* 2007;30:645-62.

53. Mendelson G, Mendelson D. Malingering Pain in the Medicolegal Context. *Clin J Pain* 2004;20:423-32.
54. Palermo GB, Perracuti S, Palermo MT. Malingering: A Challenge for the Forensic Examiner. *Med Law* 1996;15:143-60.
55. Samelius L, Wijma B, Wingren G, Wijma K. Somatization in Abused Women. *J Womens Health (Larchmt)* 2007;16:909-18.
56. Woolfolk RL, Allen LA, Tiu JE. New Directions in the Treatment of Somatization. *Psychiatr Clin North Am* 2007;30:621-44.
57. Bensler JM, Paauw DS. Apotemnophilia Masquerading as Medical Morbidity. *South Med J* 2003;96:674-6.
58. Sumathipala A. What is the Evidence for the Efficacy of Treatments for Somatoform Disorders? A Critical Review of Previous Intervention Studies. *Psychosom Med* 2007;69:889-900.
59. First MB. Desire for Amputation of a Limb: Paraphilia, Psychosis or a New Type of Identity Disorder. *Psychol Med* 2005;35:919-28.
60. Johnston J, Elliot C. Healthy Limb Amputation: Ethical and Legal Aspects. *Clin Med* 2002;2:431-5.
61. Bayne T, Levy N. Amputees By Choice: Body Integrity Identity Disorder and the Ethics of Amputation. *J Appl Philos* 2005;22:75-86.
62. Tomasini F. Exploring Ethical Justification for Self-Demand Amputation. *Ethics Med* 2006;22:99-115.
63. Ramachandran VS, McGeogh P. Can Vestibular Caloric Stimulation Be Used to Treat Apotemnophilia?. *Med Hypotheses* 2007;69:250-2.
64. Braam AW, Visser S, Cath DC, Hoogendijk WJ. Investigation of the Syndrome of Apotemnophilia and Course of a Cognitive-Behavioural Therapy. *Psychopathology* 2006;39:32-7.
65. Thomas K. Münchausen Syndrome by Proxy: Identification and Diagnosis. *J Pediatr Nurs* 2003;174-80.
66. Fulton DR. Early Recognition of Münchausen Syndrome by Proxy. *Crit Care Nurs Q* 2000;23:35-42.
67. Robertson MM, Hossain G. Münchausen's Syndrome Coexisting with Other Disorders. *Br J Hosp Med* 1997;58:154-5.
68. A Case of Comorbid Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa and Münchausen's Syndrome. *Int J Eat Disord* 1996;20:215-8.
69. Burge CK, Lacey JH. A Case of Münchausen's Syndrome in Anorexia Nervosa. *Int J Eat Disord* 1993;14:379-81.
70. Flannery MT. First, Do No Harm: The Use of Video Surveillance to Detect Münchausen Syndrome by Proxy: An Unethical Means of "Preventing" Child Abuse. *Univ Mich J Law Reform*. 1998;32:105-94.
71. Thomas T. Covert Video Surveillance: An Assessment of the Staffordshire Protocol. *J Med Ethics* 1996;22:22-5.
72. Evans D. Covert Video Surveillance in Münchausen's Syndrome by Proxy. *BMJ* 1994;308:341-2.
73. Bradley S. The Child First and Always? *Paediatr Nurs* 1998;10:23-6.
74. Connelly R. Ethical Issues in the Use of Covert Video Surveillance in the Diagnosis of Münchausen Syndrome by Proxy: The Atlanta Study. *HEC Forum* 2003;15:21-41.
75. Feldman MD. Recovery from Münchausen Syndrome. *South Med J* 2006;99:1398-9.
76. Klepper J, Heringhaus A, Wurthmann C, Voit T. Expect the Unexpected: Favourable Outcome in Münchausen Syndrome by Proxy. *Eur J Pediatr* 2007 [En Prensa].