

**SINDROME DE MÜNCHAUSEN POR PODERES:
CONSIDERACIONES SOBRE EL DIAGNOSTICO.
VALORACION PSICODINAMICA
DE LA PSICOPATOLOGIA PARENTAL*.**

M. Remei Tarrago Riverola**

DEFINICION

El Síndrome de MUNCHAUSEN por poderes es un cuadro poco frecuente en el que se lleva a un niño a la atención médica con síntomas observados o aducidos por la persona encargada de proporcionar los cuidados al niño. La demanda asistencial se repite con frecuencia dando lugar a numerosas hospitalizaciones, una considerable morbilidad y, en ocasiones, la muerte.

OBSERVACIONES CLINICAS

Se considera que los casos corresponden a un Síndrome de Munchausen por poderes si cumplían los criterios determinados por Rosenberg (1987) (autor que estudió 117 casos).

1. Enfermedad aparente o anomalía relacionada con la salud tramada por uno de los padres.

* Comunicación Libre presentada en el IX Congreso Nacional de la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente celebrado en Sevilla del 10 al 12 de noviembre de 1995 bajo el título: "Sufrimiento corporal y desarrollo psíquico: enfermedad y violencia en la infancia".

** Psiquiatra. Fundación Eulàlia Torras de Beà. Hospital de la Cruz Roja. Barcelona.

2. El niño es llevado al médico para tratamiento.
3. No aceptación del diagnóstico de salud por parte del autor (padre o madre que consultan)
4. Exclusión del concepto de S. de Munchausen por poderes del abuso o abandono del niño u homicidio.

La literatura relativa al S. de Munchausen describe a las madres como personas agradables, colaboradoras, agradecen y están a favor de la buena asistencia médica, inteligentes e informadas médicamente.

La figura paterna suele estar poco integrada en la familia, son padres que suelen estar ausentes durante períodos prolongados. Una característica de la figura paterna, en estos casos, es la confirmación de los hechos relatados por la madre aunque no exista evidencia de los mismos.

No obstante existe en la actualidad la descripción de algunos casos en los que es el padre quien ve la enfermedad en el hijo y consulta.

EXPOSICION DE UN CASO CLINICO

A raíz de un estudio para la detección de patologías evolutivas y situaciones de riesgo psico-bio-social realizado en una población situada en la periferia de Barcelona, se detectó un caso en el que no era posible realizar las exploraciones para dicho estudio ya que en cada visita que se hacía al domicilio familiar el bebé se hallaba ausente por ingresos hospitalarios. Diagnosticada de “Inmunodeficiencia” según la madre, se vio imposible que pudiese residir un bebé con dicha patología en aquella vivienda dado el estado de suciedad

Esta situación que, en un principio, nos pareció social fue alertando cada vez más al descubrir las múltiples patologías de las que el bebé era diagnosticado y los múltiples tratamientos que se iban instaurando con informes de Urgencias de distintos centros Hospitalarios

Esta familia fue considerada “de riesgo” en nuestro estudio con lo cual se les pidió que acudieran al centro a realizar una serie de entrevistas.

En el momento de la primera entrevista la niña tiene ya seis meses.

A la primera entrevista acudieron los padres solos, dado que la niña permanecía ingresada, la madre estaba convencida de que su hija se iba a morir. Nos llamo extremadamente la atención el relato frío y distante, ausente de dolor, con el que se dirigía hacia nosotros diciendo “no me creen pero cuando la traiga entre mis brazos (hace un gesto como de llevar un bebé sin vida) verán como tenía razón”. El entrevistador le pregunta ¿no la creen?, y ella relata su estancia en múltiples Hospitales y como nadie esta dispuesto a cuidar de la niña. “Yo la llevo para que me la cuiden” la niña tiene de todo, está muy enferma y nadie me cree. El padre confirma el malestar de la madre pero su actitud es totalmente pasiva.

En esta entrevista se le pide a la madre si podemos ponernos en contacto con el centro hospitalario donde está la niña, lo hacemos y relatan una serie de síntomas dichos por los padres y que no se dan a lo largo de los ingresos. Sospechamos el diagnóstico de S.D.M. y nos planteamos ver a la niña con la madre en la siguiente entrevista.

Se consigue el alta y vienen a la consulta madre y niña. El aspecto de la niña es frágil y únicamente llama la atención un estrabismo que parece no estar controlado

Durante la entrevista la madre nos dice que han estado “velando” a la niña, cuando se le pregunta que quiere decir expresa que por las noches temen que le pase algo y se quedan vigilantes “velando”. Esta pulsión de muerte lleva a la madre a despedirse diciendo “de aquel pasillo tan largo del hospital únicamente nos falta por visitar traumatología y quemados”.

La niña permanece durante todo el tiempo en los brazos de la madre, quieta y con aspecto enfermizo, la madre la sostiene

pero da la sensación de que lo justo para que no le caiga, con una distancia importante. Antes de despedirse la madre expresa que si no duerme tendrán que ir nuevamente al hospital porque no puede estar tantas horas sin dormir, se le hace notar que quizás son ellos los que no han podido dormir por el temor que sienten a que le suceda algo a la niña, la madre expresa que sí, “la toco a cada momento porque pienso que no respira”. El entrevistador añade: Quizás por esto la niña no podía dormir, estaban todos demasiado inquietos. La madre asiente pero insiste en que no duermen en casa igual que en el hospital. Pienso que no puede incorporar lo que se le dice y únicamente se le señala que quizás en el hospital se siente más cuidada. Quedamos para el día siguiente y la madre dice que estarán puntualmente porque aquí si que se la escucha y hacemos por la niña.

En esta entrevista impresionaba ver como la niña cumplía con su conducta, con el rol que la madre esperaba inconscientemente que hiciese. Un aspecto frágil y con poca vitalidad para un bebé ausente de movimiento y de curiosidad hacia su entorno.

Vemos en esta entrevista la ausencia de unidad originaria padre madre bebé, según describen Pérez Sánchez y N. Abelló en sus trabajos sobre observación de bebés No existe una relación que contenga y permita pensar, no hay introyección sino una proyección masiva viendo en el bebé el objeto moribundo, irrecuperable (o que no se consigue recuperar), cargado de elementos persecutorios (enfermedades), pero que paralelamente hay que cuidar “la llevo para que me la cuiden” y proteger de sí misma.

Por otra parte destacaba el sentimiento que transmitía la madre de necesidad de que alguien cuidase de su hija y de sus propias actuaciones con la niña para no dañarla, situación que en algunas ocasiones era muy impresionante.

A lo largo de este trabajo nos fuimos preguntando ¿cómo había sido la relación de esta madre con sus propios padres?,

¿cual era la dinámica de pareja antes del nacimiento de la niña? ¿qué vivencias podían haber existido durante el embarazo?

Se realizó un trabajo de contención viendo a la madre y a la niña durante unos meses con una frecuencia de tres veces a la semana, luego la madre encontró un trabajo que permitió llevar a la niña a una guardería donde se hizo un seguimiento muy próximo continuando con un tratamiento de dos sesiones semanales.

Durante el período de tiempo que pudo ser atendida no existieron más ingresos, pero si múltiples consultas a los médicos que habían atendido a la niña, con los que pudimos estar en contacto y favorecieron la contención devolviendo a la madre una cierta seguridad en su capacidad de cuidar.

EN SINTESIS

El objetivo de esta comunicación sería expresar la impresión, extraída de la clínica, de que probablemente el S.M.P.P. es una patología más frecuente de lo que se piensa, pero sí de difícil diagnóstico.

Se trata de una psicopatología grave de los padres que conduce al sufrimiento corporal y psicológico del hijo y que altera severamente la evolución o, como se ha dicho antes, incluso conduce a la muerte.

El caso presentado corresponde a un resumen de un trabajo en el que fue apareciendo mucho material pero que, por razones obvias de tiempo, queda excesivamente reducido.