

# Síndrome de Münchhausen por poder

Dra. Raquel Domínguez <sup>1</sup>

## Resumen

*Este raro síndrome consiste en la invención, por parte de una figura parental (la madre, en general) de enfermedades complicadas que aquejan a su hijo. A través de exploraciones y terapias riesgosas e innecesarias se puede llegar a la muerte del niño. El efecto de este trastorno mental de la figura parental sobre el niño es considerado, por algunos autores, como una forma de abuso. El diagnóstico es difícil, requiere una observación clínica fina. La terapia es psiquiátrica y puede incluir la separación del niño de su familia, en forma temporaria o definitiva.*

**Palabras clave:** SÍNDROME DE MUNCHAUSEN  
SÍNDROME DE MUNCHAUSEN  
CAUSADO POR TERCERO  
MALTRATO A LOS NIÑOS

## Definiciones

Empecemos por el principio: ¿quién era Münchhausen? El barón de Münchhausen existió, fue un militar prusiano del siglo XVIII que prestó servicios como mercenario en Rusia y Turquía. Ya retirado en su castillo de Bodenwerder, solía convidar a sus amigos para reuniones donde les contaba sus increíbles aventuras. En 1785, Rudolf Raspe, un bibliotecario alemán publicó en Londres su versión de esos fantasiosos relatos, con gran éxito. La traducción al alemán, con numerosos añadidos, mantiene su fama como paradigma de los cuentos de mentirosos.

Se denomina síndrome de Münchhausen, por la similitud con los relatos del mentiroso barón, al trastorno consistente en el relato detallado de extrañas enfermedades, que obligan a consultas reiteradas sin comprobación de las mismas. Si este mentiroso patológico consulta en ser-

vicios mal comunicados entre sí llega a reunir un abultado historial en torno a enfermedades totalmente inventadas o signos fabricados; este trámite lo obliga a someterse a múltiples y costosos análisis, y hasta a intervenciones, con reiterado riesgo de su vida. Se cree que el trastorno subyacente sea el deseo de ser cuidado y atendido. Análogamente, cuando un adulto que llena el rol parental inventa estrafalarias enfermedades de los niños a su cargo, se habla de síndrome de Münchhausen por poder. Esta situación pone en serio riesgo la integridad física y psíquica del niño. La causa sería, en algunos casos, el verse liberado del rol de cuidador haciendo hospitalizar al niño.

En 1982, un médico inglés, Roy Meadow, profesor de Pediatría en Leeds, describió el síndrome de Münchhausen por poder <sup>(1)</sup>, en 19 niños cuyas madres inventaron historias clínicas y simulaban signos, de modo de provocar investigaciones médicas innecesarias, internaciones hospitalarias y tratamientos cuya duración varió entre pocos meses y 4 años. Lo interpretó como una forma de maltrato y no como un trastorno del perpetrador. Requiere un enfoque distinto a otras formas de maltrato. Las simulaciones más frecuentes fueron sangrados, anomalías neurológicas, erupciones, fiebre y orina anormal. Es de destacar que dos niños murieron. De los 17 sobrevivientes, 8 fueron apartados de la familia y 9 permanecieron en su medio, pero bajo supervisión.

Desde 1982 hasta la actualidad ha continuado la publicación de casos en todo el mundo y se ha configurado un concepto más o menos claro de este trastorno. Así, la clasificación estadounidense de enfermedades mentales DSM-IV <sup>(2)</sup> lo define como la producción o simulación intencionada de signos o síntomas físicos o psicológicos en otra persona que se halla bajo el cuidado del adulto agresor; propone como motivación el deseo de asumir el papel de paciente a través de otra persona, puesto que no existen incentivos externos (compensación económica, por ejemplo) que justifiquen ese comportamiento.

En 1995, Fisher y colaboradores <sup>(3)</sup> reflexionan sobre la variedad de reacciones de los progenitores ante la si-

1. Técnico II Médico, Asistente de Radiología Pediátrica, CHPR, Servicio de Imagenología Pediátrica, Facultad de Medicina, UDELAR.  
Fecha recibido: 9 de noviembre de 2010.  
Fecha aprobado: 28 de abril de 2011.

tuación de enfermedad de sus hijos, y proponen una gama que va desde la negligencia severa (nula reacción de los padres ante las necesidades de los niños) hasta el síndrome de Münchhausen por poder, que sería una forma de preocupación patológica que llega hasta a inventar la enfermedad. Entre esos dos extremos estarían, del lado de la negación, el descuido peligroso y la desobediencia de las indicaciones médicas, y del lado de la afirmación de la patología, la ansiedad por síntomas triviales y la exageración de los síntomas. En el centro de este espectro estaría la situación normal, en que la apreciación de la entidad de la enfermedad por el médico es aceptada por los padres, que reaccionan adecuadamente.

## Clínica

En la clasificación europea de enfermedades mentales, el CIE<sup>(4)</sup>, figura una enumeración de datos sugestivos que configurarían “el cuadro clínico” de este síndrome:

- Los síntomas y el patrón de la enfermedad son muy raros y fisiológicamente inexplicables.
- Las hospitalizaciones y las investigaciones reiteradas no logran llegar a un diagnóstico.
- Los datos objetivos son compatibles con enfermedad inducida. Por ejemplo, en el caso de un niño con reiteradas apneas, el trazado del monitor de apneas revela un artefacto muscular masivo justo antes del paro respiratorio, lo que indica que el niño ha estado luchando contra una obstrucción de la vía aérea<sup>(5)</sup>. En casos filmados por videocámara, se ha visto cómo el adulto acompañante comprime el cuello del niño.
- El paciente no responde a tratamientos apropiados.
- La vitalidad del paciente es incompatible con los datos del laboratorio. Las observaciones médicas generan información incompatible con los informes de los padres.
- Los signos y los síntomas desaparecen cuando la madre no ha tenido acceso al niño.
- La madre es la única testigo del comienzo de los signos y los síntomas.
- La madre o sus otros hijos han presentado enfermedades sin causa conocida.
- La madre tiene estudios médicos o de enfermería o ha estado expuesta a modelos de la enfermedad que “afecta” al niño (por ejemplo: el padre tiene apnea del sueño).
- La madre acepta de buen grado exámenes complementarios, por invasivos y dolorosos que sean.
- La madre se pone ansiosa si el niño mejora.
- Se comprueban las mentiras maternas.

Si bien las primeras series tienen siempre a la madre

como agente agresor, también es posible que el padre lo sea. En 1998, Meadow<sup>(6)</sup> describió 15 casos graves por agresión del padre, con ciertas características comunes: conducta histriónica del padre, muertes inexplicadas en la fratría, peligro de muerte siempre presente (de hecho, se produjeron 11 fallecimientos). Cinco de los padres eran portadores del síndrome de Münchhausen y su conducta puede interpretarse como un “legado” de la enfermedad.

La mayoría de los niños afectados son lactantes y preescolares.

La gama de engaños es muy variada: antecedentes médicos falsos, contaminación de muestras de laboratorio (con materia fecal, con sangre menstrual), alteración de registros clínicos, asfixia provocada, provocación de lesiones de piel o intoxicaciones.

Un capítulo aparte lo constituye el falso alegato de abuso sexual o de maltrato fuera del contexto del divorcio y la disputa de la tenencia; en estos casos, el menor es instruido para relatar una historia inventada por la madre<sup>(7)</sup>.

## Diagnóstico

En su trabajo original, Meadow insiste en:

1. la importancia de tener cuidado al recoger muestras (debe hacerlo personal experimentado que no se deje distraer);
2. la necesidad de comprobar los datos de la historia clínica y los antecedentes (la mentira suele extenderse a un vasto territorio) y
3. poner cuidado en guardar muestras de orina, sangre, vómitos, etc, para un análisis detallado.

En general, el personal médico tarda en darse cuenta del engaño. Durante meses o años incurre involuntariamente en un encarnizamiento “terapéutico” que es por lo menos muy riesgoso para el niño y a veces directamente perjudicial. Este proceso puede tener lugar en distintas instituciones. Es de hacer notar que los agresores van perfeccionando sus maniobras y su manejo del personal de salud. Para desmontar esta estructura de fantasías, puede ser necesario realizar una observación muy fina o incluso recurrir a un monitoreo televisivo oculto (procedimiento que ha merecido objeciones éticas<sup>(8)</sup>).

Como señalan Ferrando y colaboradores<sup>(9)</sup> en un trabajo uruguayo, el diagnóstico se hace difícil porque en este caso se invierte la situación pediátrica clásica: “la fuente de la información de los pediatras son las madres de los niños y, por tanto, confían en su discurso”. Se basan en la premisa: “las madres cuidan a sus hijos”. A esta “confianza implícita” se agregan otros factores como la ausencia de una historia clínica única y las fallas de

coordinación entre técnicos, que “hacen vulnerable el sistema por cuyas grietas se filtra la patología materna”.

Comentando una casuística de 1990 referida a síndrome de Münchhausen por poder bajo la forma de convulsiones postasfícticas<sup>(10)</sup>, Meadow insiste en lo terrorífico de la experiencia para preescolares, que años después del cese de la situación traumática mantienen todavía un miedo intenso a las circunstancias asociadas a la sofocación, como cubrir la cara, entrar en una bañera o simplemente ir al baño. Por eso afirma que un diagnóstico temprano no solamente evitaría las muertes sino que limitaría la cantidad de experiencias que infunden terror a lactantes y preescolares.

## Terapia

Como en el maltrato (de hecho, hay quien describe este síndrome como una forma de maltrato) no existe una “cura” única. Meadow subraya que la mera sospecha supone una consulta psiquiátrica, que de confirmarse la sospecha será parte del tratamiento del binomio madre-hijo. Sostiene que cuando se tiene la certeza es necesario hacer notar al agresor que el médico conoce el engaño, porque ha visto que solamente así cambia la situación y la agresión cesa.

Llegado el momento de enfrentarse a la madre o al padre responsables de esta agresión, el médico puede optar entre varias conductas:

1. puede decirle al adulto que está probado que la tal enfermedad no existe y que si hay más intentos contra el niño se dará parte a la justicia, o
2. puede señalarle al adulto que como el niño está en peligro en su medio se ha recurrido al Servicio Social para vigilar su estado de salud, asimismo advirtiéndole que puede ser necesario un alejamiento del hogar si ello fuera lo mejor para el niño.

Meadow aconseja retirar al niño del alcance del agresor en los casos graves, como por ejemplo la asfixia reiterada, sin posibilidad de contención familiar. Advierte que en los casos menos graves es necesaria una supervisión estricta porque el trastorno de personalidad del agresor es muy profundo y difícil de tratar.

## Referencias bibliográficas

1. **Meadow R.** Munchausen syndrome by proxy. *Arch Dis Child* 1982; 57: 92-8.
2. **DSM-IV-TR.** Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson, 2002.
3. **Fisher GF, Mitchell I.** Is Munchausen syndrome by proxy really a syndrome? *Arch Dis Child* 1995; 72: 530-4.
4. Clasificación multiaxial de los trastornos psiquiátricos en niños y adolescentes. Clasificación de la CIE-10 de los trastornos mentales y del comportamiento en niños y adolescentes. Madrid: Médica Panamericana, 2001.
5. **Southall DP, Stebbens VA, Rees SV, Lang MH, Warner JO, Shinebourne EA.** Apnoeic episodes induced by smothering: two cases identified by covert video surveillance. *Br Med J* 1987; 294: 1637-41.
6. **Meadow R.** Munchausen syndrome by proxy abuse perpetrated by men. *Arch Dis Child* 1998; 78: 210-6.
7. **Meadow R.** False allegations of abuse and Munchausen syndrome by proxy. *Arch Dis Child* 1993; 68 (4): 444-7.
8. **Flannery MT.** First, do no harm: the use of covert video surveillance to detect Munchausen Syndrome by Proxy- an unethical means of “preventing” child abuse. *Arch Dis Child* 1993; 68: 444-7.
9. **Ferrando M, Levy A, Boyes S, Ulriksen de Viñar M.** Síndrome de Munchausen by proxy: “es por su bien...”. *Rev. Appia* 2004; 15: 69-81.
10. **Meadow R.** Suffocation, recurrent apnea and sudden infant death. *J Pediatr* 1990; 117: 351-7.

---

CON EL INTENTO DE AGILITAR Y MEJORAR LOS TIEMPOS DE PUBLICACIÓN  
DE LOS ARTÍCULOS ORIGINALES Y CASOS CLÍNICOS  
**LOS ÁRBITROS REALIZARÁN HASTA DOS CORRECCIONES Y EL PLAZO DE ENTREGA A  
LOS AUTORES Y SU DEVOLUCIÓN SERÁ DE CUATRO MESES COMO MÁXIMO**

---