

M. J. Mardomingo Sanz
M. L. Catalina Zamora
B. Escudero
C. Medrano

Síndrome de Munchausen por poderes: a propósito de un caso clínico

Sección de Psiquiatría Infantil
Departamento de Pediatría y Cirugía Pediátrica
Hospital General Universitario Gregorio Marañón

Munchausen syndrome by proxy: a clinical case

Correspondencia:

M^a J. Mardomingo Sanz
Sección de Psiquiatría Infantil
Hospital Gregorio Marañón
C/ Dr. Esquerdo 46, 28007 Madrid.

RESUMEN

El síndrome de Munchausen por poderes es una enfermedad pediátrica en la cual los síntomas son inventados, fabricados o falsificados por los padres, preferentemente la madre. Se trata de un proceso grave que causa la muerte en el 12% de los niños que lo sufren y que rara vez se diagnostica. A partir de un caso clínico se hace una revisión de algunas de las características más sobresalientes de este trastorno, destacando la psicopatología de la madre, las dificultades diagnósticas y terapéuticas y las pautas recomendadas.

PALABRAS CLAVE

Síndrome de Munchausen; Maltrato; Trastornos ficticios.

ABSTRACT

In Munchausen syndrome by proxy a parent, usually the mother, causes a fictitious disease in a child, resulting in death in 12% of the cases. From a case study this paper presents information about the mother psycopathology, management, treatment and diagnostic criteria.

KEY WORDS

Munchausen syndrome; Child abuse; Fictitious disease.

INTRODUCCIÓN

El término de síndrome Munchausen por poderes se utiliza para definir un cuadro en que los padres y sobre todo la madre, inventan, falsifican o producen síntomas en el niño. Es decir, se trata de un trastorno ficticio en el que uno de los progenitores de forma voluntaria fabrica síntomas en el niño, con el propósito de satisfacer diversas necesidades psicológicas.

Este síndrome fue descrito por primera vez por Rogers en 1976⁽¹⁾, aunque fue Meadow en (1977)⁽²⁾ el que utilizó por primera vez el nombre con el que actualmente se conoce.

No se sabe la incidencia real del trastorno, debido principalmente a la dificultad de diagnosticarlo. En las últimas dos décadas se han descrito varios casos de niños hospitalizados en unidades pediátricas.

CASO CLÍNICO

Niño de 10 años que ingresa en el servicio de Pediatría por presentar un cuadro clínico y analítico compatible con una meningitis decapitada, para el que se instaura tratamiento. A los tres días del ingreso se produce deterioro cognitivo, practicándose una segunda punción lumbar que es normal y observándose un enlentecimiento de la actividad bioeléctrica cerebral en el EEG. Se sospecha una posible encefalitis, no obstante los síntomas clínicos desaparecen rápidamente y al niño se le da de alta. Antes de llevarse, la madre refiere la presencia de sangre en heces, circunstancia no observada por el personal.

A los pocos días reingresa de nuevo. Según la madre tiene febrícula desde el alta. Durante el ingreso presenta un *rash* eritemato-habonoso que después desaparece y que es filiado como de probable etiología alérgica. Dado de alta, ingresa de nuevo a los 15 días. Según la madre tiene fiebre diaria en picos, mareos con caída al suelo, y deterioro cognitivo. La exploración neurológica de funciones no corticales, fondo de ojo, EEG, RNM y analítica son normales, excepto discreto aumento de enzimas hepáticas.

Durante el ingreso se observan fluctuaciones del estado cognitivo, con fases de mejoría y otras de acusado empeoramiento en las cuales destaca: desorientación temporal, dificultad de centrar la atención, deterioro de memoria reciente y remota, dificultades para el

cálculo, escritura y razonamiento abstracto. El niño presentó también de forma súbita, un cuadro de hiperactividad, euforia, desinhibición, sentimientos de poder y bienestar, midriasis, sudoración y temblor, de unas horas de duración.

La madre permanece todo el tiempo con el niño en el hospital, mientras el padre suele estar ausente. Las visitas de familiares y amigos son muy escasas. En este ingreso se observa que la conducta del niño cambia en presencia de la madre, mostrándose poco espontáneo, dependiente y con síntomas agudizados.

La madre participa activamente en los cuidados de enfermería del niño, le quita y pone el termómetro, avisa a las enfermeras cuando tiene fiebre e informa a los médicos de las constantes, diuresis, número de deposiciones, etc.

Antecedentes patológicos

El niño ha ingresado en seis ocasiones en este hospital. La madre niega que haya tenido ingresos en otros centros. El primer ingreso fue al mes y medio de vida por una diarrea desde el nacimiento. Es diagnosticado de intolerancia digestiva secundaria a enteritis, sin embargo la madre asegura que tuvo una intolerancia a la lactosa y sacarosa precisando restricciones dietéticas. El segundo ingreso se produce a los dos años por un cuadro febril de dos meses de evolución con espectoración hemoptoica, según la madre, que no se confirma en el hospital. La madre asegura que el niño ha convivido con un hermano tuberculoso, lo cual resultó ser falso. Ingresó de nuevo a los tres y cuatro años por dos procesos febriles que ceden rápidamente en el hospital. Tras ser dado de alta del último, reingresa inmediatamente con un cuadro de miosis, bradicardia e hipertensión que se etiqueta de crisis vagal. En esta ocasión se solicita interconsulta con Psiquiatría Infantil, reseñándose marcada dependencia de la madre y dificultades de socialización. El sexto ingreso tiene lugar a los ocho años por traumatismo craneal leve.

Antecedentes obstétricos

La madre refiere que el embarazo fue normal y a término. El parto, aunque precisó forceps, fue también normal. En un ingreso previo del niño, la madre comunicó que el parto no precisó instrumental pero fue postérmino y prolongado.

24 El embarazo fue no deseado ya que le habían recomendado no quedarse embarazada ante el riesgo de complicaciones cardiológicas. A lo largo del embarazo fue ingresada por presentar hipotensión arterial e hipoglucemia.

Refiere también que la lactancia fue artificial pues dar el pecho al niño le producía "crisis de taquicardia".

Señala la existencia de dos abortos gemelares previos de cuatro y cinco meses de gestación de causa no filiada.

El marido confirma estos datos pero no existe ningún informe médico respecto de los mismos.

Composición de la familia

El padre tiene 60 años. Ha sido marino mercante, aunque en los últimos años ha trabajado como autónomo. Está aquejado de patología pulmonar y presenta cierta dificultad de deambulación secundaria a traumatismo. La madre tiene 40 años, sana, dice ser periodista.

Tienen dos hijos: una niña de 11 años, sana, y el paciente de 10 años.

El padre enviudó hace años y tiene cuatro hijos del matrimonio anterior. Uno de ellos murió a los 18 años de tuberculosis pulmonar, tras una etapa de convivencia con su segunda mujer. No es posible conocer las circunstancias de esta muerte.

Interacción familiar

La madre transmite una visión idílica de su familia. Define a sus hijos como "fantásticos", la relación con su marido como "maravillosa" y la unión entre todos "como una piña". En su opinión el niño es cariñoso, independiente, está bien adaptado en el colegio y no tiene dificultades de socialización. Cursa 4º de EGB con "excelente" rendimiento escolar. Niega que sufra alteraciones del sueño o apetito ni de tipo digestivo; sin embargo, el padre informó que el niño tiene intolerancia a distintos alimentos, con diarrea y dolor abdominal que desaparecen cuando se ausenta la madre. En la evaluación psiquiátrica que se hizo del niño a la edad de cuatro años en un ingreso anterior, se recogen datos muy significativos; la madre refería que el niño era muy "inquieto", "independiente" y no presentaba problemas en relación con otros niños. Esta descripción contrasta vivamente con la conducta del niño en la planta, que permanece dentro de la habitación, se niega a salir para

jugar con otros niños, tiene que darle de comer la madre y sólo duerme recostado sobre ella. Por tanto hay una discrepancia evidente entre la versión que da la madre de las características de comportamiento del hijo y lo que se observa durante el ingreso; es decir, la madre tiene una percepción distorsionada del niño.

Otro dato interesante es la percepción del hijo por parte de la madre como algo "dañino" o "peligroso". El embarazo podía ser causa de múltiples complicaciones médicas y la lactancia materna motivo de taquicardias. Asimismo cuando el niño se duerme sobre la madre a ésta le duele una úlcera gástrica. Esta agresividad latente hacia el hijo queda enmascarada por conductas de sobreprotección.

La percepción que la madre tiene de sí misma y de su marido también es contraria a lo observado. La madre se define como tranquila y al marido como duro y exigente, sin embargo el psiquiatra que atendió al niño cuando tenía cuatro años, describe a la madre como una mujer nerviosa y controladora y al padre como un hombre débil, poco implicado en la educación de los hijos y en el control familiar. Esta impresión se ratifica en el ingreso actual.

La hermana del paciente, que se sepa, no presenta ningún antecedente pediátrico, ni sintomatología actual.

Antecedentes médicos e historia personal de la madre

Respecto a sus antecedentes médicos niega patología excepto jaquecas frecuentes. En ingresos previos ha informado de la existencia de múltiples enfermedades como carditis reumática, úlcera gástrica y degeneración del nervio óptico, de las que no informa en este ingreso.

Niega la existencia de antecedentes psiquiátricos aunque el marido describe una reacción depresiva severa tras la muerte del padre. No se detecta la resistencia de síntomas psicóticos previos.

La *historia personal* que aporta la madre es imprecisa en cuanto a datos concretos y fechas y está cargada de fabulaciones y contradicciones. Un resumen de la misma sería: nacida en Sudamérica de una familia de clase alta; vivió una infancia "maravillosa". Habla con gran admiración de su padre, falleció según se supo posteriormente, de una cirrosis alcohólica. Desde los 16 años viajó por varios países llevando una vida de lujo y fiestas que le permitieron conocer a personas famosas y de alto

nivel económico. Este mundo lo descubrió a través de un hombre rico, amigo de su padre y de edad similar a él, que hacía funciones de tutor. Durante estos años estudió periodismo, danza y arte dramático. En este ambiente conoció a su marido, que trabajaba para su tutor, quien se negó al matrimonio de la pareja por ser su actual marido un hombre mayor que ella y de menor nivel cultural y económico. Volvió a España embarazada de su primera hija a quien el tutor nombró heredera. Tras su vuelta ha trabajado en distintos medios de comunicación. Anualmente viaja al país de su tutor con su hija mayor, quedándose el niño en España con su padre.

Cuando volvieron del extranjero convivieron con un hijo del marido, de un matrimonio anterior, que falleció a la edad de 18 años, diagnosticado de tuberculosis pulmonar (no se han podido aclarar las circunstancias de esta muerte). La madre asegura que ella le enseñó a vivir, le ayudó a cambiar de vida y quiso salvarle llevándole fuera de España para que le estudiaran su enfermedad. En ocasiones siente el impulso y la necesidad de ir al hospital donde falleció con el fin de investigar las circunstancias de la muerte. Niega estudios médicos o paramédicos (posteriormente su marido informó que estudió durante dos años una carrera técnica paramédica sin conseguir finalizarla).

Esta historia tan enjundiosa la aporta, sin extrañarse de que puedan interesar estos aspectos de su vida personal para el diagnóstico y tratamiento de su hijo. Con frecuencia cambia la versión de los hechos y añade nuevos detalles de forma que lo relatado adquiere más viveza, y ella más protagonismo. Su tendencia a la fabulación es muy marcada. Su aspecto físico es juvenil; su forma de vestirse y peinarse son poco habituales para su edad.

Características psicopatológicas de la madre

A lo largo de varias entrevistas y tras contrastar parte de la información con la obtenida del marido se pueden inferir varios datos:

- Existe una clara necesidad de admiración, sus fabulaciones más características están relacionadas con un estatus social y cultural que no posee (una nota que remitió al personal médico, contenía numerosas faltas de ortografía y un estilo incompatible con su supuesta profesión de periodista).

- Existe una idealización de la figura paterna. También idealiza la figura del tutor y la relación que mantenían sus padres.
- Tiene una imagen desvalorizada de su marido; dice de él, que se ha “estancado en la vida”, mientras ella siempre ha estado “estudiando, progresando e investigando”.
- Identifica a su hijo con el hijo de su marido fallecido, les compara por su parecido físico, incluso tienen el mismo nombre. A la hija la identifica con el tutor y parece tener la fantasía de que él es el verdadero padre.

25

Datos de sospecha de síndrome de Munchausen por poderes

La revisión de la historia médica y psiquiátrica previa y la evaluación actual hicieron sospechar la existencia de un síndrome de Munchausen por poderes. Los datos principales que llevaron a esta sospecha fueron:

- La existencia de una historia médica actual poco frecuente en cuanto a manifestaciones clínicas y curso, y el antecedente de múltiples ingresos previos por síntomas de larga evolución que desaparecieron de forma rápida tras el ingreso.
- La presencia de rasgos de carácter anómalos en los distintos miembros de la familia consistentes en trastorno histriónico de la personalidad de la madre asociado a un claro rechazo latente hacia el hijo que oculta con conductas de sobreprotección, rasgos pasivos y dependientes del padre y conductas de dependencia del niño respecto a la madre.

Curso y tratamiento

Tras la sospecha de síndrome de Munchausen por poderes se comenzó a tomar la temperatura del niño siempre en presencia del personal de enfermería, con lo que no se objetivó más fiebre; se determinaron tóxicos en sangre y orina, detectándose la presencia de doxilamina en ambos medios. La doxilamina, al igual que otros antihistamínicos, provoca somnolencia, y, a dosis altas, intoxicación anticolinérgica, que cursa con sintomatología confusional, apatía, euforia y síntomas periféricos como enrojecimiento cutáneo, hipotensión, midriasis y temblor.

La sintomatología cedió completamente al aislar al niño de los padres.

26 Tras la confirmación del diagnóstico, se comunicó a los padres por separado las evidencias de intoxicación que existían. La madre inicialmente acusó al marido y al personal de enfermería de ser los causantes de la intoxicación; incluso tras la confrontación continuó su tendencia a la confabulación. El padre no reconoció de forma explícita la conducta de su mujer, sin embargo, su actitud pasiva cambió, acompañando a partir de entonces al niño y a la madre a todas las revisiones médicas.

Se dio parte al juez con el fin de que se establecieran las medidas tutelares adecuadas y se informó del diagnóstico al pediatra de zona del niño. En el momento actual, pasados tres meses del diagnóstico, el niño acude a revisión periódica a pediatría y a psiquiatría y los padres han aceptado iniciar tratamiento psiquiátrico.

DISCUSIÓN

En este caso se dan muchas de las características descritas por otros autores en cuadros similares.

La sintomatología somática del niño era fluctuante, prolongada y poco compatible con ningún cuadro clínico conocido. Existían antecedentes de múltiples ingresos previos, con síntomas igualmente extraños y de evolución poco habitual. En estos ingresos la madre aportó información falsa que hizo sospechar diagnósticos que no se confirmaron. Además existía una historia de problemas físicos fuera de los períodos de ingreso, principalmente diversas intolerancias alimentarias.

La conducta de la madre durante el período de hospitalización, en que permaneció de forma casi continua en el hospital, y actuó como una enfermera más, ha sido también descrita con frecuencia⁽³⁻⁵⁾.

La escasa presencia del padre y otros familiares también son características del cuadro⁽³⁾.

En la madre se detectan una serie de rasgos típicos del trastorno histérico de personalidad: dramatización, emotividad, necesidad de ser el centro de atención; tendencia a la distorsión de la realidad y pseudología fantástica. Este diagnóstico también se describe en otros casos de síndrome de Munchausen por poderes⁽⁶⁾.

La pseudología fantástica y la distorsión de la realidad son síntomas claves para el diagnóstico. La madre no sólo inventó distintos síntomas y enfermedades en ella y en el hijo, sino que relató una historia de éxitos profesionales, económicos y personales que luego se demostró falsa. Es difícil aclarar qué acontecimientos

relatados por la madre son falsos, ya que algunas de las fabulaciones son creídas por las personas de su entorno, no obstante, tras hablar con la familia siempre se detecta alguna contradicción que ayuda al diagnóstico.

La madre había iniciado estudios paramédicos que había sido incapaz de finalizar. Esta característica ha sido descrita en la literatura⁽⁷⁾.

En la historia obstétrica de esta mujer destaca una actitud de rechazo hacia el embarazo y el antecedente de embarazos gemelares que concluyeron en aborto. En otros casos se ha descrito circunstancias similares^(1,8-10). También se ha observado el uso de tratamientos por infertilidad sin ser necesarios^(2,11). La existencia de dos embarazos gemelares previos pueden hacer sospechar el uso de estos tratamientos, que en este caso no ha podido ser confirmado.

La escasa presencia del padre no sólo se produce en el hospital, sino también en el medio familiar. Meadow⁽⁷⁾, en una revisión de casos de síndrome de Munchausen por poderes, encuentra un alto porcentaje de padres con ocupaciones que les obligan a permanecer largas temporadas fuera de casa. En el caso descrito, el padre ha sido durante años marino mercante, por lo que ha permanecido largas temporadas viajando. El padre suele estar poco implicado en los cuidados y la educación del hijo^(2,3,12,13).

Por último, conviene comentar la actitud del personal médico ante un síndrome de Munchausen por poderes. En primer lugar parece posible que algunos casos queden sin diagnosticar por la falta de sospecha. Al médico, inicialmente le cuesta trabajo pensar que los padres puedan ser los causantes de la enfermedad. En fases posteriores y cuando el niño ha sido sometido a numerosas pruebas traumáticas e incluso a intervenciones quirúrgicas, es todavía más difícil sospechar y aceptar la etiología real del cuadro.

Una vez que se sospecha la existencia de un síndrome de Munchausen por poderes las dos medidas para confirmar el diagnóstico son las siguientes:

- En primer lugar, buscar la existencia de contradicciones y mentiras en la historia médica y personal aportada.
- En segundo lugar, aislar al niño de los padres.

Estas medidas que confirmarían el diagnóstico, y que son tan inocuas para el niño, no se realizan, prefiriendo continuar con pruebas que son más lesivas. La causa de esta actitud es el temor a que la sospecha sea falsa, y la falta de entrenamiento y aceptación de una labor que es más detectivesca que médica.

BIBLIOGRAFÍA

27

29

- 1 Rogers D, Tripp J, Bentevim A, Robinson A, Berry D, Goulding R. Non-accidental poisoning: an extended syndrome of child abuse. *Br Med J* 1976; **1**:793-796.
- 2 Meadow R. Munchausen syndrome by proxy: The hinterland of child abuse. *Lancet* 1977; **2**:343-345.
- 3 Guandolo VL. Munchausen syndrome by proxy: An outpatient challenge. *Pediatrics* 1985; **75**(3):526-530.
- 4 Meadow R. Fictitious epilepsy. *Lancet* 1984; **2**:25-28.
- 5 Nicol AR, Eccles M. Psychotherapy for Munchausen syndrome by proxy. *Arch Dis Child* 1985; **60**:344-348.
- 6 Catalina ML, Mardomingo MJ. Síndrome de Munchausen por poderes: Revisión de 32 casos (en prensa).
- 7 Meadow R. Munchausen syndrome by proxy. *Arch Dis Child* 1982; **57**:92-98.
- 8 Lorber J, Reckless J, Brendan W. Nonaccidental poisoning: the elusive diagnosis. *Arch Dis Child* 1980; **55**:643-646.
- 9 Clark GD, Key JD, Rutherford P, Bithoney WG. Munchausen syndrome by proxy (child abuse) presenting as apparent autoerythrocyte sensitization syndrome: an unusual presentation of Polle syndrome. *Pediatrics* 1984; **74**(6):1100-1102.
- 10 Alexander R, Smith W, Stevenson R. Síndrome de Munchausen por poderes en serie. *Pediatrics (ed esp)* 1990; **4**:205-209.
- 11 Clayton PT, Counahan R, Chantler C. Munchausen syndrome by proxy. *Lancet* 1978; **1**:102-103.
- 12 Reig C, Herrera M, Nebreda V, Urbon A, García J, Cuadrado P. Síndrome de Munchausen por poderes. *An Esp Pediatr* 1986; **25**(4):251-256.
- 13 Makar A, Squier PJ. Munchausen syndrome by proxy: Father as a perpetrator. *Pediatrics* 1990; **85**(3):370-373.