

## Síndrome de Münchaussen: a propósito de un caso

**Sr. Director:** El síndrome de Polle (síndrome de Münchaussen en la infancia, inducido, por delegación o por poderes) es una forma de trastorno facticio con sintomatología somática. Se trata de una variante especial de maltrato infantil por parte de los padres en la que éstos pretenden que sus hijos sean hospitalizados y atendidos<sup>1</sup>.

Afecta fundamentalmente a niños entre 4 y 5 años, sin predominancia de sexo<sup>2</sup>. En general, es la madre la protagonista real de estos casos (75% de ellos) y se detecta en ella algún tipo de trastorno psiquiátrico (síndrome de Münchaussen, histeria, alteraciones de la personalidad, etc.). El papel del niño es el de sujeto pasivo.

El mecanismo de producción de este cuadro es harto complejo y en él se ven implicados factores dependientes del niño y de sus progenitores; suelen ser niños vulnerables con padres inmaduros, personalidades anormales y frecuentes conflictos conyugales. Se establecen relaciones patológicas de dependencia (amor-odio). La aparente enfermedad del niño es el eje alrededor del cual gira la vida de los padres que, de esta forma, intentan compensar en cierta medida sus alteraciones psíquicas<sup>3</sup>.

Se trata de un varón de 39 años que está siendo sometido a tratamiento médico y psicológico en un centro de atención a las drogodependencias.

La familia está compuesta por cuatro miembros: los cónyuges, el paciente y una hermana mayor que éste. La situación económica es suficiente y el nivel de estudios bajo, basado en la escolarización obligatoria. En cuanto al plano social, residen en una zona rural sin tráfico de drogas, lejos de la periferia del municipio. La figura del padre provoca un importante impacto social por su presencia en diferentes actos culturales e implicación de su persona en los temas de injusticia e insensibilidad colectivas y, fundamentalmente, en la entrega absoluta por vencer la enfermedad de su hijo.

Las relaciones parentales y conyugales son inestables desde su gestación y sin señales de apoyo mutuo, comprensión y comunicación. Podemos definirlos como de disgregación familiar pero teniendo en común el espacio físico y el nacimiento de los hijos.

Todos los contactos que se generan entre los miembros tienen como objeto la atención del problema de conducta e inmadurez psicológica que supuestamente presenta el menor de la familia, en el adolescente rebelde y desafiante y en el adulto que consume drogas, todo en una misma persona.

El estilo educativo del padre se basa en un modelo autoritario, siendo el de la madre democrático. El padre decide, tiene como principio de actuación la razón suprema adquirida a través del estudio autodidacta de tratados

científicos, según expresa reiteradamente, y actúa sin valorar las opiniones de la pareja e hijos.

La madre intenta participar en la educación de los hijos. Cree que la aportación de cada miembro es importante para crear un buen clima familiar y favorecer el bienestar y la salud física y psicológica de cada uno.

Al no existir acuerdos conjuntos sobre actitudes, conductas y acciones, las discusiones, los reproches, las malas interpretaciones y la incomunicación dominan la convivencia de la familia.

El paciente comienza un seguimiento psiquiátrico por iniciativa de su progenitor en marzo de 1969, cuando contaba 8 años de edad. La figura paterna va a ser determinante en la evolución del cuadro hasta la actualidad ya que, según él mismo refiere, ha manejado los medicamentos en función de un criterio propio y sin contar con la opinión de los profesionales implicados.

El diagnóstico en esta primera ocasión fue indefinido y se concluyó en que era el caso de un niño hiperactivo con alteraciones de conducta. Con esta presunción diagnóstica se instauraron tratamientos de la más variada naturaleza, en los que se sucedían y/o combinaban fármacos de forma empírica, sin un criterio firmemente establecido. Psicotónicos, antipsicóticos, antidepresivos, ansiolíticos, antiepilépticos, etc., se mezclaban sin obtener resultados satisfactorios.

Tras una larga trayectoria de consultas interminables con múltiples psiquiatras, el paciente se inicia en el consumo de drogas tanto legales como ilegales a los 16 años de edad: tabaco, alcohol, *Cannabis*, sedantes, anfetaminas y ácido; más tarde se suman a esta lista la heroína y la cocaína. Como consecuencia, el paciente y su padre se dirigen a un centro de atención a las drogodependencias donde se abre historia y se les atiende desde los puntos de vista médico y psicológico, ofertándoles varias posibilidades: desintoxicación (domiciliaria, hospitalaria), deshabituación (ambulatoria, en régimen de internamiento) y programa de mantenimiento con metadona. No consigue totalmente la abstinencia con ninguno de los recursos mencionados.

En las citas que mantiene con los técnicos de drogodependencias se percibe con claridad la intención de manipularlo todo, tanto por parte del paciente como por parte de su padre:

– El hijo manifiesta abstinencia a drogas ilegales en todo momento; se realiza un control toxicológico que resultó positivo para *Cannabis* y opiáceos, y desde entonces no permite que se le acompañe en la recogida de la muestra.

– El padre pretende obtener copias de los resultados de la analítica y los controles toxicológicos efectuados, y solicita informes insistentemente. A la vez, mantiene contacto con otros profesionales: médico forense, psiquiatra, médicos de atención primaria, juez, etc. Asimismo, persiste en su actitud de manejar la administración de los fármacos.

Como fiel exponente del síndrome que describimos, nuestro paciente ha protagonizado infinidad de ingresos hospitalarios; se han llegado a contabilizar hasta 15 ingresos en el plazo de un mes en urgencias y/o la unidad de psiquiatría de un hospital perteneciente a la red pública de sanidad. En todos ellos la exploración clínica del paciente y las analíticas practicadas resultaron normales, a excepción de la serología para el virus de la hepatitis C, que resultó positiva. Con estos datos, los diagnósticos fueron imprecisos: alteraciones de la conducta durante la infancia y politoxicomanía; en una ocasión se etiquetó como síndrome febril simulado.

Los síntomas que ocasionaban los ingresos repetidos eran casi siempre descritos por el padre de nuestro paciente y hacían referencia, fundamentalmente, a la esfera psiquiátrica. De forma ocasional presentaba sintomatología somática, representada sobre todo por molestias precordiales que cedían sin tratamiento alguno.

La estancia hospitalaria media era de dos días y la máxima fue de una semana (en una ocasión).

El síndrome de Polle, considerado como una forma de maltrato infantil, consiste en un trastorno facticio que aparece en niños a consecuencia de la insistente actitud de los padres para que sus hijos sean atendidos desde el punto de vista sanitario con o sin la consiguiente hospitalización<sup>1,2</sup>.

En el caso que hemos descrito podemos analizar varios aspectos, a saber:

- Influencia sociofamiliar.
- Relación odio-dependencia entre el paciente y su padre.
- Síndrome de Münchaussen en el adulto como consecuencia de un síndrome de Polle (Münchaussen en la infancia).
- Reacción de los profesionales frente al padre.
- Intentos repetidos de terapia familiar.

El padre de nuestro paciente es un individuo interesado hasta la saciedad por cualquier tema sanitario y social: se dedica a almacenar todo tipo de material divulgativo, técnico o no, y a presionar a los profesionales para conseguir información al respecto. Por supuesto, su tema preferido es la patología psiquiátrica y, dentro de ella, las conductas adictivas, siempre haciendo referencia a la evolución de su hijo, que ha sido sometido a su dominio desde el momento mismo del nacimiento.

Podemos llegar a dos conclusiones acerca de esta influencia familiar:

- Nuestro paciente sigue manifestando múltiples síntomas tanto físicos como psíquicos, y expresa las mismas ideas que su padre, incluso con idénticas palabras.
- Esta actitud paterna de carácter fiscalizador puede considerarse también como un factor predisponente para adoptar una conducta adictiva por parte del hijo.

Las conductas anormales que presenta el paciente (agresividad, aislamiento, problemas de adaptación) han dado lugar a que su entorno más próximo haya mostrado repe-

tidamente y de forma clara actitudes de rechazo, reforzadas además por las características del padre; ante esta situación, ha reaccionado con innumerables llamadas de atención (autolesiones, creación de conflictos frecuentes, etc.).

Por su parte, el padre ha respondido intentando integrarse en diferentes círculos sociales, mejor cuanto más importante sea su repercusión sobre la comunidad: profesionales de la sanidad, medios de comunicación, instituciones públicas, etc.

Aunque entre los protagonistas del caso las relaciones son tortuosas, también es cierto que ambos se necesitan mutuamente: el paciente es incapaz de tomar una decisión sin el consejo de su padre, y éste ha hecho del problema de su hijo el centro de su vida, desatendiendo otras parcelas como la relación con el resto de la familia.

Como hemos apuntado con anterioridad, la actitud del progenitor ha condicionado en gran medida la vida del paciente, siendo con toda probabilidad el factor principal en la etiopatogenia de la conducta adictiva que presenta; asimismo, el caso es catalogable como síndrome de Münchaussen en el adulto, quizás como continuidad del síndrome de Polle que tuvo lugar durante la infancia del paciente.

El tratamiento en estos casos ha de ser multidisciplinario y grupal: deben estar implicados diferentes técnicos (psicólogos, médicos, trabajadores sociales, educadores, etc.), siempre encaminados a obtener una serie de conductas adecuadas y normalizadas por parte de los miembros de la familia, y suprimir aquellas situaciones conflictivas que puedan repercutir sobre ellos<sup>2,3</sup>. En este sentido, desde nuestro centro se ha intentado en múltiples ocasiones un abordaje familiar integral, sin conseguirlo debido a los constantes obstáculos que ofrece el padre: no permite que la madre forme parte del aparato terapéutico e impide que asista a consultas y terapias de grupo; él justifica su actitud diciendo que su esposa no está preparada para tratar temas complejos y relega su papel a niveles íntimos.

Estos hechos crean en los profesionales una intensa sensación de impotencia<sup>4</sup>. Cuando el padre se siente ignorado o presionado por el proceder terapéutico actúa alejándose o creando situaciones problemáticas. Así, vagabundea de un profesional a otro buscando quién lo tome en consideración y acate sus sugerencias. Obviamente, termina por agotar la buena voluntad de los demás, lo cual prolonga su peregrinar que parece no tener fin.

J. LÓPEZ Y M.R. BAENA

Centro de Atención a las Drogodependencias. Lebrija. Sevilla.

## BIBLIOGRAFÍA

1. APA. Diagnostic and statistical manual of Mental Disorders: DSM-IV (4.ª ed.). Washington, DC: 1994.
2. Conde V, De la Gándara JJ. Aproximación teórico-conceptual al llamado síndrome de Polle o síndrome de Münchaussen en la infancia. *Anales de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Valladolid*, 1985; 23.
3. Conde V, De Santiago-Juárez JA, De la Gándara JJ, Soto A. Síndrome de Münchaussen, síndrome de Asuero o trastornos crónicos ficticios con síntomas físicos. *Arch Neurobiol* 1983; 46: 183-218.
4. Fernández Rodríguez LJ. Aspectos básicos de salud mental en atención primaria. Madrid: Trotta S.A., 1999.