

LOS TRASTORNOS FACTICIOS EN LA INFANCIA: SINDROME DE POLLE O SINDROME DE MÜNCHHAUSEN POR PODERES

V. Condel, J. J. de la Gándara M. y J. A. De Santiago-Juárez L.

Departamento de Psicología Médica y Psiquiatría de la Facultad de Medicina de la Universidad de Valladolid. Director: Prof. Dr. D. V. Conde López, Sección de Psiquiatría del Hospital «General Yagüe» de Burgos.

Palabras clave

Trastornos facticios
Síndrome de Polle
Síndrome de Münchhausen
Síndrome de Münchhausen por poderes o por delegación
Abuso infantil

Key words

Facticial disorders
Polle syndrome
Münchhausen syndrome
Münchhausen syndrome by proxy

Child abuse

REVISTA ESPAÑOLA DE PAIDOPSIQUIATRIA

Fecha del envío: 25-III-85

1. INTRODUCCION

Es relativamente infrecuente que la literatura paidopsiquiátrica, tanto previa como actual, recoja alusiones a un grave problema de la infancia, inserto en las claves sociológicas predominantes en nuestra época, y, habitualmente, lo hace sin el detenimiento y profundidad que fuesen precisos. Se trata de los abusos o malos tratos de toda índole, a los que con elevada frecuencia se ven sometidos los niños, cualquiera que sea su origen, grupo étnico, condición social, moral o creencial.

Si nos atenemos a las informaciones de algunos autores expertos en el problema, esta circunstancia resultaría verdaderamente alarmante, de conocerse su auténtica magnitud (4, 24). Hemos de recordar de nuevo el fracaso estrepitoso de las políticas sanitarias epidemiológicas a la hora de recoger datos fiables referentes a éste y otros tipos de circunstancias similares. Pues bien, con ser éste un problema altamente preocupante para el paidopsiquiatra y el psiquiatra de adultos, en tanto en cuanto que los factores psíquicos que movilizan o que pueden, con frecuencia, ser con-

siderados causas de esta patología relacional y social, atentan gravemente contra la salud mental de los niños o son manifestación del desajuste psíquico de los padres; sin embargo, no es éste el eje de esta comunicación, sino un tipo especial y característico de agresión, injuria o abuso de los niños habitualmente producido por sus padres. Esta concepción, según la cual los trastornos de que vamos a tratar, son un tipo particular de malos tratos, es una constante en la generalidad de los trabajos consultados y referidos en la bibliografía, aún cuando es preciso todavía realizar un análisis más detallado del problema para aceptar la autenticidad de esta apreciación. Nos estamos refiriendo a una circunstancia clínica que ha venido siendo denominada como «síndrome de Múchhausen por poderes» o «por designación», también «síndrome de Polle», o más concretamente «trastornos facticios presentes en los niños inducidos por sus padres». Se trata de una compleja circunstancia clínica con grandes dificultades de delimitación conceptual, de concreción nosográfica y nosológica, e incluso con problemas nosomáticos, como veremos más adelante (15, 17, 18, 21, 22, 34, 35).

En algunas ocasiones anteriores nos hemos ocupado del estudio histórico, delimitación conceptual, análisis psiquiátrico y psicopatológico, problemas diagnósticos y diagnósticos diferenciales, incidencia y casuística hospitalaria y bibliográfica, abordajes terapéuticos, e incluso connotaciones míticas y legendarias, del llamado «síndrome de Múchhausen», de Asuero, o «trastornos crónicos facticios con síntomas físicos», según la acepción más actual y normativa del D.S.M.III (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, de la Asociación Psiquiátrica Americana, Ed. Esp., Masson, 1983) (5 a 11). En algunos de aquellos trabajos ya hacíamos alu-

sión a la presentación de problemas similares en las edades infanto-juveniles, sugiriendo su delimitación específica, por concurrir en ellos circunstancias muy particulares, merecedoras de la atención de psiquiatras y paidopsiquiatras.

En los adultos, el mal llamado (8, 9) «síndrome de Múchhausen» (S.M.), estaría caracterizado por la presentación de síntomas físicos, producidos voluntariamente por el enfermo y que genera múltiples hospitalizaciones y atenciones médicas de todo tipo, asumiendo el sujeto el papel de enfermo, sin que sean reconocibles metas inmediatas fácilmente comprensibles en función de las circunstancias del sujeto. Para ilustrar esta definición, extraída del D.S.M.III, parece apropiado y rápido reproducir los criterios diagnósticos utilizados anteriormente (5, 11) (Tabla 1), aun cuando en ellos no sea posible recoger con justicia y precisión todas las connotaciones dramáticas, trágicas incluso, que encierran las biografías de los sujetos con S.M., biografías abigarradas en las que el anecdotario médico deja entrever las mayores miserias humanas, en estas vidas convertidas en auténticos caminos de autodestrucción. Su presencia parece más frecuente entre las mujeres (11), ocupando prácticamente todas las edades de la madurez y juventud, pero predominante entre la segunda y tercera décadas de la vida y en sujetos solteros, particularmente entre personas relacionadas profesional, familiar o afectivamente con la salud o sus profesionales, y los cuadros clínicos posibles afectan a todas las áreas, sistemas o aparatos de la economía, generando múltiples hospitalizaciones, innumerables estudios, exploraciones, e incluso todo tipo de tratamientos superfluos, innecesarios y arriesgados para la salud y vida del paciente (5, 11).

Un breve bosquejo histórico-concep-

TABLA 1

CRITERIOS DIAGNOSTICOS DE LOS TRASTORNOS CRONICOS FACTICIOS CON SINTOMAS FISICOS O SINDROME DE MÜNCHHAUSEN EN FUNCION DE SUS CARACTERISTICAS CLINICAS, PATOGENICAS, DINAMICAS, ETC. (CONDE, de Santiago y de la GANDARA, 1982, modificado).

1. Aparición de trastornos físicos diversos y cambiantes, que implican un riesgo para la salud y vida del enfermo y conllevan una incapacitación progresiva para las actividades y las relaciones interpersonales y sociales, que aun respondiendo a una génesis inconsciente o preconsciente, implican mecanismos conscientes y voluntarios de provocación o alegación de los síntomas.
2. Desarrollo de una apetencia hospitalaria y/o quirúrgica patológica, como búsqueda de refugio, protección, aceptación, atención, y como mecanismo de compensación de sus conflictos psíquicos subyacentes.
3. Existencia de una alteración profunda de la estructura y dinámica de la personalidad, enmascarada por un equilibrio psíquico aparente, que dificulta la apreciación de los mecanismos psicopatológicos anómalos.

tual nos lleva a señalar que fue Asher en 1951 quien primero utilizó la denominación de S.M. para referirse a este tipo de pacientes, utilizando así una perspectiva histórico-legendaria, no exenta de belleza y humor, y que, aunque no demasiado acertada científicamente y psicopatológicamente, podría servir para compensar el dramatismo de tales situaciones clínicas (5 y 7). El conocido barón, continuamente recordado en publicaciones noveladas, películas, textos infantiles, etc. (5, 11), prestó así su no menos dramática vida a un elevado y continuamente creciente número de clínicos, que desde ese momento vertieron casos de S.M. observados en todas las latitudes, a cual más abigarrado y complejo, y que en un momento determinado (3), alcanzaron las edades infanto-juveniles. En efecto, según parece fue Burman (3), en un pequeño artículo, el primer autor que refirió un caso de S.M. que afectaba a una familia entera, siendo dos hijos los

que mostraban los síntomas facticios. Este autor sugirió la denominación de *SINDROME DE POLLE*, para estos casos, retomando la vida del barón, quien, al parecer, contrajo matrimonio en segundas nupcias, después de otro anterior sin hijos, con Bernardine, joven alegre e impetuosa de dieciocho años, que pasó la noche de boda bailando con algunos invitados. Un año después nació un niño, POLLE, cuya paternidad fue puesta en duda por el mismo barón. Cuando un año más tarde el pequeño murió, en forma un tanto oscura, no faltó quien imputase su muerte al barón. (Tómese esto con las mayores reservas históricas.) Burmann (3) aportó dos casos —uno de pseudo-diabetes y otro de intoxicación con neurolépticos—, y ambos inducidos por la madre. Casi a la vez Meadow (21), publicó otros dos casos, uno de infecciones urinarias repetidas y falsas, y otro de una hipernatremia provocada por la administración por sonda

nasogástrica de elevadas cantidades de sal, que finalmente acabaron con la vida del niño. Este autor sugirió la segunda denominación, tal vez la más empleada desde entonces, refiriéndoles como casos de S.M. por «poderes», (by proxy) (21), aludiendo a la elección de los padres de un hijo como personaje enfermo, presentador de los síntomas y signos facticios o artefactos, sean alegados o producidos mediante los más diversos métodos de agresión, lesión o falsificación (22).

Aun cuando estos autores significaron el inicio de una mayor preocupación clínica, pediátrica, paidopsiquiátrica y bibliográfica por el problema, hemos podido recoger algunos casos publicados con anterioridad que presentaban las características apropiadas para ser denominados como «síndromes de Polle» (S.P.) (12, 16, 26, 56, 29, 32, 33), y se conocen referencias similares, que no han podido ser examinadas con precisión, pero que nos inducen a pensar que esta circunstancia no es nueva en los ambientes médicos ni bibliográficos, aun cuando en la última década su presencia parezca incrementada. Fruto de esta preocupación y presumible incremento en la clínica práctica, son las revisiones de algunos autores, que han recogido conjuntos de casos publicados por otros autores, tratando de delimitar sus características y de aproximarse a su compleja y sorprendente realidad (22, 31, 35).

Para Shnaps y colabs. (31), quienes recogieron 16 casos, la presencia de síndromes complejos, confusos, abigarrados y de difícil diagnóstico en los niños, puede ser sospechosa de abusos inducidos por los padres, utilizando concretamente un método, el de la intoxicación con sustancias químicas o medicamentos, para producir así síntomas y enfermedades, que, en el fondo, son situaciones compensadoras de las propias pa-

tologías psíquicas, relacionales o psicosociales de los padres. Los casos presentados son intoxicaciones con fenotiazinas u otros agentes psicótropos, cloruro sódico, y otros fármacos, en ocasiones acompañadas de agresiones o injurias físicas.

El mismo Meadow (22) retomó sus casos y revisó otros, detectando 19 niños menores de 7 años, que presentaban cuadros hemorrágicos, trastornos neurológicos, fiebres de orígenes dudosos, infecciones urinarias, etc. En todos los casos las madres aducían historias clínicas fraudulentas o producían síntomas o signos artefactos, para lograr que sus hijos fuesen hospitalizados y explorados insistentemente, a pesar del riesgo que ello implicaba para los niños. Con frecuencia eran madres con algún entrenamiento sanitario, y algunas tenían historia previa de elaboración de signos o síntomas en ellas mismas. Dos de los niños llegaron a morir, mientras el resto sufrieron las consecuencias de exploraciones o tratamientos peligrosos durante meses y años incluso (22).

Ya en 1983 Waler, aprovechando la presentación de un caso propio, caracterizado por su complejidad clínica, basada fundamentalmente en la aparición de hemorragias y diátesis diversas, que sólo después de una cuidadosa vigilancia y examen de los grupos sanguíneos de madre e hijo pudo demostrarse que eran facticias, revisa la serie más numerosa, 23 casos suficientemente documentados, y se detiene en cuidadoso análisis de los mecanismos de producción de los síntomas, las características de las madres responsables o de las dinámicas familiares precipitantes, y, particularmente, en las graves dificultades de detección y tratamientos de los casos. Para este autor existen obstáculos, con frecuencia insalvables, que ocultan la presencia de otros casos similares e impiden su abordaje adecuado, obstácu-

los que se inician desde la actitud persuasiva y engañosa de los padres, o las relaciones simbióticas entre padres e hijos, y llegan hasta la incredulidad de parte de los profesionales médicos o responsables de la autoridad legal. El paidopsiquiatra tendría un importante papel que jugar en su detección y tratamiento, el cual debe extenderse desde los niños hasta la familia verdaderamente enferma, y continuarse con un seguimiento apropiado que evite el riesgo tan elevado que estas circunstancias conllevan, riesgo para la vida en no pocos casos (35).

Haciendo salvedad de lo anecdótico que pudiese haber en cada uno de los casos en particular, parece necesario señalar que entre las formas de producción de anomalías se incluyen como más frecuentes la intoxicación con drogas o sustancias químicas, llegando a constituirse así, según algunos autores (13, 20, 26, 29, 30, 31, 36), una modalidad especial de S.P., aun cuando este intento de delimitación nosotóxica únicamente se base en un dato accesorio, más que en la verdadera «etiología» plurifactorial de estos complejos conjuntos nosológicos. La falsificación de muestras o secreciones del paciente y la alegación de síntomas inexistentes, al lado de la producción de verdaderas lesiones, son otros de los mecanismos más utilizados, de entre la multitud de los posibles, únicamente limitados por los conocimientos médicos de los productores o por su imaginación.

Cuando los diferentes autores se detuvieron en analizar las motivaciones profundas o primarias de estos problemas, se observó que en la mayor parte de ellos no era simplemente una agresión contra el niño motivada por tal o cual conflicto social, familiar, etc., sino que en la generalidad de los casos, tales patologías relacionales, sociales, económicas, morales, etc., servían co-

mo molde para la cristalización de determinadas circunstancias, en las cuales la salud psíquica de la familia, o de las madres, estaba comprometida. De esta manera, al igual que en los casos de S.M. de adultos, los responsables producían síntomas en sus hijos para lograr que éstos fuesen estudiados, hospitalizados, etc. Estas actuaciones podrían servir para compensar los conflictos relacionales o personales previos de madres o familias, aun a pesar de que el niño fuese víctima inocente, enfermo involuntario e ignorante, que podía acabar muriendo. En algunos casos pudo observarse además que la madre tenía miedo a que su hijo estuviese enfermo, o temía perderle y por ello alegaba y llegaba a elaborar síntomas o signos para lograr que su hijo fuese atendido al máximo. En algunos casos límites, la connivencia entre madres e hijos podía llegar a ser ocultadora de la calidad facticia de las enfermedades, asentada aquella en unas relaciones simbióticas de dependencias patológicas (1 a 3; 12 a 18; 20 a 23 y 25 a 36).

Varios autores coinciden en afirmar que las madres son habitualmente las causantes de los S.P.; con cierta frecuencia son madres relacionadas con profesiones sanitarias o conectoras de sus técnicas. En no pocos casos ellas mismas podían ser calificadas como S.M., y el padecimiento de algunas enfermedades crónicas, como diabetes o trastornos psíquicos, por cualquiera de los padres favorecían la presencia de un S.P. (22, 29, 35). Los conflictos familiares durante la educación de los padres, o el haber estado estos sometidos a malos tratos, o sufrirlos ya en la adultez, generalmente por culpa de un marido agresivo y violento, solían observarse con alguna frecuencia, como circunstancias predisponentes o precipitantes de los S.P. (35).

Aun cuando las acciones de las ma-

dres para producir enfermedades llegaban, en algunos casos, a ser auténticamente agresivas y lesivas, la motivación primaria no solía ser una agresión, sino más bien el engaño y la falsificación, hasta tal punto lograda, que las madres solían ser modelos de bondad, atención, preocupación, solicitud y comprensión, llamando la atención de los médicos por su condescendencia y aceptación de las medidas exploratorias, ingresos repetidos, tratamientos y dudas médicas, por muy penosos o peligrosos que pudiesen resultar para su hijo. Sólo después, cuando eran descubiertas, generalmente gracias a una cuidadosa observación y separación del niño de su madre, su actitud cambiaba, negando o rechazando vehementemente su responsabilidad en la producción de los síntomas o signos. Los casos descubiertos eran puestos en manos de asistentes sociales, psiquiatras, servicios comunitarios de protección civil y autoridades judiciales, muchos de los cuales no salían de su asombro al enfrentarse a tales paradojas. La mayoría de los niños eran separados del medio familiar y acogidos en instituciones de protección o enviados con otros familiares, mientras que las madres o padres causantes pasaban a tratamiento psiquiátrico con bastante frecuencia. En algunos casos, padres indignados con el descubrimiento de la falsedad de los síntomas, emprendían iniciativas legales contra los médicos, y era muy frecuente que cambiasen de pediatras o centros en busca de nuevos ingresos y estudios de sus hijos.

En último extremo, los autores que han revisado el problema (22, 31, 35), han afirmado que la mortalidad en sus casos alcanzaba a unos porcentajes considerables, mientras que la morbilidad podría ser mucho más elevada que lo que las estadísticas revelan, dado la dificultad de desvelar muchos casos, siendo obligado sospecharlos ante situa-

ciones de repetidas hospitalizaciones, síndromes complejos y confusos de difícil diagnóstico, infecciones polimicrobianas o polisistémicas, trastornos neurológicos o hematológicos atípicos, o en cualesquiera casos en los que se den las características paternas o de relaciones paterno-filiales anómalas como las descritas previamente.

2. PLANTEAMIENTOS DEL ESTUDIO MATERIAL Y METODOS

El interés y la preocupación por el estudio de estos temas parte de la publicación en años anteriores de algunos trabajos sobre el S.M. (6-11), con motivo de la presentación de un caso adulto extraordinariamente abigarrado y dramático. Posteriormente hemos podido detectar dos casos más y estamos estudiando otro en el momento de elaborar este informe. Por extensión nos preocupaba hondamente la «versión» infantil del problema, y con motivo de una conferencia sobre el tema, revisamos la literatura psiquiátrica, psiquiátrica y pediátrica, sorprendiéndonos la ausencia de referencias a este complejo problema, y la escasez de casos publicados, los que nos motivó para realizar una búsqueda más extensa y tratar de realizar una revisión del problema. Aunque no podemos aportar todavía un caso propio de S.P., recientemente algunos pediatras interesados por nuestras indagaciones nos han enviado un par de casos sospechosos que estamos estudiando, siendo uno de ellos altamente sugestivo de cumplir las características necesarias para conceptualizarle como S.P.

Partiendo de estas características básicas, revisamos todos los casos que pudimos localizar en la bibliografía de «malos tratos», síndromes facticios en los niños, S.M. por poderes (by proxy), S.P.,

abusos «químicos» —valga la traducción—, Intoxicaciones intencionales o «no accidentales», etc., y seleccionamos todos los que cumplían algunos criterios mínimos para ser diagnosticados como S.P. o como S.M. en las edades infanto-juveniles. Se rechazaron todos los que no presentaban, al menos, las siguientes características:

1. Se trataba de niños con síntomas o signos inducidos por sus padres, o elaborados por ellos mismos.
2. La sintomatología debía ser facticia, artefacta o engañosa, y no responder a ninguna enfermedad real, aun cuando ésta pudiese existir como consecuencia de la producción de la enfermedad artefacta o falsa.
3. Se eliminaron todos los casos de agresiones, malos tratos o abusos, simplemente motivados por negligencia, violencia, agresiones indirectas, etc., por parte de los padres, que pudiesen tener como fin la eliminación del niño, la solución de conflictos económicos, o sencillamente, descargas de agresividad sin finalidad concreta aparente.
4. Las motivaciones primarias de los padres debían incluir el intentar que su hijo fuese hospitalizado o estudiado, o al menos producir una enfermedad facticia para obtener beneficios psicológicos, relacionales, afectivos, o compensación de conflictos conyugales o personales.
5. Todos los casos aceptados debían estar suficientemente documentados, como para permitir su inclusión sin dudas diagnósticas.

Siguiendo esta metodología seleccionamos la que creemos es la mayor serie de revisión publicada hasta el momento, intentando realizar un estudio descriptivo de sus características, para más tarde elaborar unos criterios diag-

nósticos, que pudiesen ayudar a la detección de casos similares en el futuro, y a la prevención de su aparición.

3. RESULTADOS

De este modo hemos logrado completar una serie de 41 casos recogidos de publicaciones realizadas entre 1974 y 1984 (Tabla 2). No se incluyeron los casos aportados por Meadow (22), 17 en total, ya que en el trabajo no se incluye documentación suficiente de cada caso para que pudiesen respetarse los anteriores requisitos. Tampoco los casos recogidos por Shnaps fueron aceptados en su totalidad, al no poder detectar todas las publicaciones originales donde eran descritos con mayor amplitud (31). Por el contrario, todas las referencias y casos utilizados por Waler (35) han sido incluidos en este estudio, por ajustarse a los requisitos preestablecidos. es de notar que muchos de nuestros casos son incluidos también en dos o más de las tres revisiones de conjunto citadas (22, 31, 35).

Las edades de los niños afectados, comprendidas entre el nacimiento y los quince años, pueden considerarse, en cierto modo todas las que ocupan a pediatras y paidopsiquiatras (Tabla 2). Es probable que casos e mayor edad no pudiesen ser conceptualizados, «sensu stricto» como S.P., ya que la involuntariedad y pasividad del pequeño podría ser dudosa, como veremos más adelante.

En cuanto al sexo de los niños, no existen diferencias importantes (Tabla 2), aun cuando predominen discretamente los varones, y no parezcan existir razones previas para que no fuese así.

Todos los niños presentaban enfermedades artefactas, cuyos síntomas eran alegados o producidos por sus madres en más del 78% de las ocasiones (Tabla 3); sólo en 3 casos madre y padre

TABLA 2

SINDROME DE POLLE, TRASTORNOS FACTICIOS EN LA INFANCIA		
REVISION DE 41 CASOS (Recogidos entre 1974 y 1984)		
<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">EADAES</div>		
COMPRENDIDAS ENTRE: 1^{er} MES y 15 AÑOS EDAD MEDIA = 4.4 años (DT = 3,9)		
<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">SEXO</div>		
	Nº	%
HEMBRAS	17	46,3
VARONES	22	53,6

TABLA 3

PERSONA RESPONSABLE DE LA ALEGACION O PRODUCCION DE LOS SINTOMAS FACTICIOS O ARTEFACTOS			
	Nº	%	
MADRE	32	78,04	PADRES 35 85,3%
MADRE y PADRE AMBOS PADRES	3	7,31	
y el PACIENTE	2	4,87	
PACIENTE	4	9,75	

colaboraban en su provocación, y en 2 casos existía una colaboración entre ambos y el propio niño, que guardaba silencio a pesar de conocer el origen real de sus síntomas. En ningún caso que conozcamos, fue el padre solo el responsable, mientras que en este estudio he-

mos incluido 4 casos infantiles elaborados artefactamente por los propios niños, sin colaboración de sus padres; bien es verdad que las edades de estos niños oscilaban entre 11 y 15 años, límites superiores de los descritos, lo cual confirma la sospecha que adelantába-

TABLA 4

TIPOS DE DIAGNOSTICOS ESTABLECIDOS		
	Nº	%
• SINDROME DE POLLE, o Síndrome de Münchhausen «inducido», o por poderes:	37	90,25
• SINDROME DE MÜNCHHAUSEN en la infancia, o Trastornos Crónicos Facticios con Síntomas Físicos (T.C.F.S.F.):	4 (1A-15a)	9,75

TABLA 5

CUADROS CLINICOS DIAGNOSTICADOS: FACTICIOS O ARTEFACTOS		
APARATOS o SINDROMES	Nº	%
TRASTORNOS NEUROLÓGICOS	16	39,02
S. UROLOGICOS	14	34,14
(Infecciosos, cólicos, hematurias, etc.)		
S. DIGESTIVOS	16	39,02
(Diarreas, vómitos, melenas, hematómesis, etc.)		
S. RESPIRATORIOS	13	31,70
(Disnea, crup, asma, apneas, hemóptisis)		
S. FEBRILES (O.D.)	5	12,19
DIABETES/HIPOGLUCEMIA	5	12,19
TRAUMATISMOS	3	7,31
SOCK	2	4,87
INFECCIONES	2	4,87
(Polimicrobianas, difusas, múltiples)		
DESHIDRATACION	2	2,43
RASH CUTANEO	1	2,43
<hr/>		
Nº Total de cuadros clínicos distintos en 41 pacientes:	79	
Media de cuadros clínicos diferentes por cada paciente:	1,9	

mos. En efecto, teniendo en cuenta este hecho podríamos dicotomizar la muestra en casos de S.P., tal y como lo describíamos con anterioridad, y 4 casos de S.M., superponibles a los descritos en los adultos (5-11), pero presentes en edades infanto-juveniles (Tabla 4).

Como ya observaron los autores citados (21, 35), la patología posible en estos cuadros podrían considerarse tan diversa como sorprendente. En la *Tabla 5* se ha procurado exponer una sistematización de los síndromes, complejos sintomáticos, o síntomas y signos, que presentaron los casos estudiados, agrupándoles por aparatos y sistemas. Con gran frecuencia se trataba de cuadros complejos plurisindrómicos, lo que hace que en total, y aún limitándolo lo más posible, fuesen casi dos tipos clínicos patológicos los presentes por cada niño afectado. Los cuadros neurológicos que, habitualmente, por la administración facticia de psicótrópos, mientras que la falsificación de muestras o excreciones de los niños fue utilizada para la producción de algunos cuadros digestivos, urológicos, respiratorios o infecciosos, y otros

de los presentes se debieron a lesiones directas de los niños o simple alegación de síntomas inexistentes (*Tabla 5*).

De esta manera, parecería interesante tratar de observar los métodos más utilizados para la generación de la patología facticia, fundamentalmente con vistas a su detección precoz o sospecha diagnóstica. Tal vez la menos elaborada era la alegación de síntomas inexistentes, que, junto con la exageración de otros provocados o reales, podría considerarse constante en todos los casos, si bien como modo princeps o único de conseguir la atención médica, se dio en 9 de los casos (*Tabla 6*). Las restantes modalidades de actuación sobre el pequeño podrían agruparse en intoxicaciones, sin duda la más frecuente, manipulación o falseamiento de muestras o productos del niño y producción directa de lesiones, traumatismos, infecciones, etc. En conjunto más de 50 métodos distintos fueron utilizados, siendo frecuente la coexistencia de dos o más en un mismo paciente (Tabla 6). Algunos llegaban a ser tan aparatosos como la inyección de nafta —un derivado del petróleo—,

TABLA 6

METODOS UTILIZADOS PARA LA PRODUCCION DE LAS ENFERMEDADES FACTICIAS		
	Nº	%
ALEGACION DE SINTOMAS INEXISTENTES	9	21,95
MANIPULACION Y FALSEAMIENTO DE MUESTRAS Y PRODUCTOS DEL PACIENTE (Sangre, orina, etc.) ..	14	34,14
INTOXICACIONES (Fármacos, principalmente psicótrópos, sal, insulina, laxantes, etc.)	20	48,78
PRODUCCION DE LESIONES O TRAUMATISMOS (Inyecciones infectadas, obstrucciones respiratorias, otros, etc.)	7	17,07

producción de lesiones sangrantes de las vías respiratorias altas, o administra cantidades tan elevadas de sal que el niño llegase a morir de hipernatremia.

A la postre, tan elaborados métodos y madres tan imaginativas conseguían que sus hijos fuesen hospitalizados, examinados y tratados insistentemente. Todos los niños fueron hospitalizados en una ocasión al menos, pero más del 53% lo fueron en ocasiones tan repetidas o prolongadas, que éstas interferían con el normal desarrollo del pequeño, especialmente en los planos afectivos e intelectuales. A todos se les realizaron estudios de laboratorio múltiples, alcanzando, en algunos casos, cifras absolutamente centenarias de todo tipo de determinaciones analíticas. Muchos de los niños fueron sometidos a estudios radiológicos simples, que en más del 40% fueron masivos y con técnicas especiales con contrastes o marcadores e incluso cruentas. En concreto fueron necesarias exploraciones bajo anestesia

general en 11 casos, y en otros tantos se realizaron diferentes estudios innecesarios y más o menos dolorosos o peligrosos para el niño. La mayoría de los niños, finalmente, fueron tratados de una u otra manera, pero en cerca del 25% de los niños, los tratamientos se consideran claramente iatrógenos (Tabla 7).

Uno de los hechos que más frecuentemente se repetían, era que la madre responsable fuese conceptuada como una persona con trastornos o anomalías psíquicas, aspecto éste insuficientemente destacado en las revisiones anteriores (22, 31, 35). De este modo procuramos observar hasta qué punto esta impresión era realmente una constante (6). Al agrupar los diferentes diagnósticos maternos o paternos realizados, desde el punto de vista psicopatológico, siguiendo unos criterios mínimamente normativos, nos sorprendió que hasta 66 diagnósticos diferentes fueron realizados en las 48 personas —madres, padres e hijos— responsables de la elabo-

TABLA 7

HOSPITALIZACIONES, EXAMENES Y TRATAMIENTOS PUESTOS EN PRACTICA EN FUNCION DE LOS SINTOMAS FACTICIOS, REALMENTE INNECESARIOS Y POTENCIALMENTE PELIGROSOS

	N.º	%
EXAMENES DE LABORATORIO MULTIPLES	41	100
HOSPITALIZACIONES MULTIPLES (Muy continuadas o perjudiciales para el normal desarrollo del niño)	22	53,65
ESTUDIOS RADIOLOGICOS MASIVOS	17	41,36
EXPLORACIONES CRUENTAS BAJO ANESTESIA ...	11	26,82
TRATAMIENTOS INNECESARIOS O IATROGENOS ..	10	24,39
OTRAS EXPLORACIONES INNECESARIAS, MOLESTAS, DOLOROSAS O PELIGROSAS	12	29,26

TABLA 8

TRASTORNOS O PROBLEMAS PSIQUICOS DIAGNOSTICADOS EN LOS PADRES O RESPONSABLES DE LOS SINTOMAS (N = 48)		
	Nº	%
DEPRESIONES (Madres)	8	16,6
TRASTORNOS DE PERSONALIDAD (Históricas, psicópatas, etcétera)	12	25,26
SINDROMES DE MÜNCHHAUSEN (Madres)	14	29,16
PROBLEMAS EN EL DESARROLLO INFANTIL DE LOS PADRES (Madres y niños)	9	18,75
DESAVENENCIAS CONYUGALES	15	31,25
TRASTORNOS PSICOSOMÁTICOS	3	6,25
INTENTOS DE SUICIDIO (Madres)	2	4,16
ALCOHOLISMO (Padre)	1	2,08
TRASTORNOS DE ANSIEDAD	1	2,08
DESPERSONALIZACION	1	2,08
Nº TOTAL DE DIAGNOSTICOS REALIZADOS EN LAS 48 RESPONSABLES DE LOS SINTOMAS	66	

ración de los síntomas facticios. En la *Tabla 8*, se realiza un resumen ordenado de las diferentes categorías y estados psíquicos anómalos detectados, siendo de destacar especialmente los diagnósticos de S.M. en madres, desavenencias y conflictos conyugales generadores de ansiedad, agresividad, violencia, etc., y los trastornos de personalidad o graves problemáticas biográficas de los padres. Otros trastornos y anomalías se daban con menos frecuencia, si bien las depresiones de diferentes tipos afectaban al 16% de las madres (*Tabla 8*).

Hubiera sido deseable estudiar algu-

nas otras características demográficas, epidemiológicas, clínicas, biológicas, biográficas, etc., que concurrían en este tipo de patologías, y sistematizarlas u ordenarlas para un mejor conocimiento de ellas, pero en muchos de los casos faltaba información suficiente para hacerlo de modo mínimamente riguroso por lo cual se desestimó tal posibilidad (11). estas informaciones podrían ofrecer de modo particular y anecdótico para algunos pocos casos o ser sugeridas un tanto superficialmente. Así es frecuente que los ambientes de origen sean de niveles socio-económicos bajos, si bien no dejan de darse en ambientes más eleva-

dos. También se ha citado en algunos casos que uno de los padres padecía alguna enfermedad somática crónica, como diabetes, o infecciones urinarias. Ya se dijo que las madres solían ser conocedoras del argot, técnicas o ambientes sanitarios (7-10), o que su comportamiento en el hospital solía ser amable o, por el contrario, podía llegar a ser trucu- lento y abiertamente hostil y manipu- lador. Los tiempos transcurridos desde el inicio de los síntomas eran muy varia- dos, y los necesarios para su detección y tratamiento aún más. Precisamente sobre este último aspecto la información era más abundante, y se ha procurado sistematizar en la *Tabla 9*. Una vez sos- pechados o detectados los casos se pro- cedía generalmente con cautela dada la categoría de los hechos y los riesgos in- tuidos, que un abordaje inadecuado o confundido pudiesen acarrear tanto pa- ra el paciente como para los facultati- vos, desde el punto de vista médico- legal. A pesar de las separaciones, tras-

lados a centros de protección, vigilancia y supervisión familiar, tratamientos psi- quiátricos de padres e hijos, o denuncias y condenas judiciales dictadas, 5 niños llegaron a morir, proporción a todas lu- ces elevada y preocupante, aun más cuando resulta palmaria la categoría fac- ticia o artefacta de las enfermedades le- tales.

Hasta aquí los datos concretos y des- nudos. Su análisis casuístico y estadís- tico podría llenar páginas innumerables, sin duda más de las que la discreción y concisión de una breve revisión de conjunto aconsejan, y como tal se inten- tará a continuación.

4. COMENTARIOS Y CONCLUSIONES

No parece posible dudar de que nos encontramos ante hechos o circunstan- cias clínicas absolutamente conmovedo-

TABLA 9

METODOS DE ABORDAJE O SOLUCION DE LOS PROBLEMAS Y RESULTADOS

	Nº	%
SEPARACION DEL NIÑO DE SUS PADRES	26	63,41
TRASLADO DEL NIÑO A UN CENTRO DE PROTECCION SOCIAL Y EDUCACION	23	56,09
TRATAMIENTO PSIQUIATRICO DE PADRES	16	39,02
DENUNCIA Y CONDENA DE LOS PADRES	9	21,95
TRATAMIENTO PSIQUIATRICO DE LOS NIÑOS	5	12,19
PERMANECE EN LA FAMILIA BAJO VIGILANCIA	1	2,43
MUERTE DE LOS PACIENTES	5	12,19

ras, que por encima de su aparente anecdotismo, provocan asombro tanto por su excepcionalidad como su dramatismo. Probablemente esta excepcionalidad no sería tal, de advertirse comúnmente la posibilidad de su existencia en cualquiera de nuestros ambientes sanitarios. La esencia de los hechos clínicos y humanos que encierran nos remite inexorablemente, y desde la actual perspectiva histórico-social, a la agobiante presencia de las agresiones patentes o encubiertas, que cotidianamente son dirigidas contra niños absolutamente indefensos e inocentes. Piénsese que las violencias físicas son sólo uno de los modos de agresividad contra ellos; a su lado las violencias psíquicas por acción u omisión, las intolerancias, los castigos merecidos o inmerecidos, conforman toda una amplia gama de agresiones que afectan de continuo a niños de todas las infancias, y no sólo de las llamadas marginales. La actualidad de estas situaciones es tan evidente como pública y notoria, saltando a los medios de información con demasiada frecuencia. Profundizar en sus características, motivaciones, etc., nos llevaría extraordinariamente lejos y no parece objetivo apropiado para este breve informe. Basta con circunscribirnos a los hechos clínicos que se recogen, con sus especiales connotaciones psíquicas y relacionales, para poder extraer algunas reflexiones que nos ayuden a comprenderlos o evitarlos.

Parece necesario aceptar, con la generalidad de los autores consultados, que se trata de una categoría particular de malos tratos a los niños; circunstancias extremadamente patológicas, que sin llegar al extremismo de Lansky (16), al calificarlos como «asesinatos infantiles», constituyen situaciones altamente perjudiciales y peligrosas para la salud y vida de los niños afectados. No parece adecuado, en nuestra opinión, aceptar la denominación de «abuso químico»,

o malos tratos «no accidentales» por intoxicación, ya que éste no es más que un método de agresión, que en muchos casos no presenta las características de los llamados S.P. en sus descripciones originales. Los casos de S.P. vienen definidos, no por la metodología agresora, lesiva y alegatoria empleada, sino por las motivaciones o circunstancias generadoras y precipitantes que subyacen, así como por los objetivos de las personas causantes y la involuntariedad de los afectados, aceptándose, en ocasiones, la pasividad cómplice de éstos. Estas características les alejan notablemente de la generalidad de los abusos o agresiones de los niños debidas a motivaciones diversas, y les acercan, conceptual y categorialmente, a los *trastornos facticios existentes en las edades adultas* y aceptados en las actuales ordenaciones nosográficas y nosotáxicas (D.S.M.III) (5-11). Más discutible sería su inclusión dentro de alguna de las dos categorías de trastornos facticios, *físicos o psíquicos*, ya que en los casos de S.P. los síntomas posibles pueden afectar a cualquiera de ambos sistemas en los niños, mientras que los sujetos auténticamente patológicos, habitualmente las madres causantes, son personas psíquicamente patológicas o están actuando desde posiciones claramente anómalas.

Si atendemos a las anteriores aseveraciones, sería adecuado aceptar que la génesis de estos trastornos asienta, de común, en relaciones paternas o paternofiliales alteradas y desadaptativas. Por otra parte, es notorio que nos hallamos ante un tipo de circunstancias, o categorías especiales de «enfermedades», con un componente bisectorial, de un lado *el niño*, protagonista patente, en su calidad de sufriente y del que interesa conocer sus condiciones previas, actuales y subsecuentes, y del otro *la madre* —aceptemos su predominio como causantes—, protagonistas latentes, en

su calidad de actuantes, con sus particulares modos psíquicos y humanos y sus motivaciones implícitas o explícitas. Estamos, por lo tanto, ante «enfermedades» conceptualmente muy distintas de las que nutren la patología humana general. Sin duda se trata de hechos patológicos específicamente humanos, en los cuales los sujetos y objetos anómalos son duales a la vez que individuales, de ahí que su etiopatogenia sea tan compleja, como difícilmente sistematizable resulta su fisiopatogenia, en un sentido lato y su psico-patogenia.

Otro de los problemas con que nos encontramos a la hora de conceptualizar este modo de enfermar, es su adscripción a las categorías generales de enfermedad, síndrome, síntoma o signo. Parecería más acertado aceptar que se trata de complejos semiológicos, sintomatológicos y sindrómicos, agrupados en un conjunto nosológico bifronte. Como quiera que sea, y apartándonos de las dificultades conceptuales y teóricas, circunstancias humanas tan patológicas como trágicas.

Detengámonos en la figura del niño, el sufriente, u objeto patente del S.P. Según hemos podido ver no existen datos que nos inclinen a pensar que su sexo tiene alguna relevancia en la aparición del S.P. (Tabla 2), mientras que la posibilidad de que sea objeto de las actuaciones encubiertas comienza con su nacimiento y acabará, para lo tocante a la aparición de un S.P. en sentido estricto, hacia los primeros años de la segunda década de la vida; a partir de aquí la colaboración cómplice entre madre e hijo, definiría una segunda modalidad, intermedia, para dejar paso a la aparición de un S.M. en sentido «adulto» (Tabla 1) (5-11). Una vez más la involuntariedad del pequeño quedaría clara a la hora de definir la categoría de los hechos y como criterio diagnóstico (Tabla 4). No se cuenta con otros datos que

nos inclinen a pensar que debieran existir algunas condiciones previas en la figura del niño que predeterminasen su ulterior situación, al menos en lo referente a sus características psico-físicas o comportamentales. Sin embargo, sí que se ha señalado, que el hecho de ser niños muy esperados, a veces por padres mayores o precedidos por embarazos frustrados por abortos, condicionaría la aparición de situaciones de sobreaviso o sobrevigilancia del niño por temor a su enfermedad o muerte (2, 17), lo cual favorecería la actuación facticia de sus padres buscando, paradójicamente su protección. Con ser así, no es posible aceptar que ésta sea una condición constante en todos los S.P., aunque podría aceptarse como situación predisponente. También se ha señalado que algunos niños que sufren fenómenos de ansiedad de separación, precipitarían la creación de relaciones madre-hijo simbióticas y patológicas, en cuyo seno se dan las circunstancias que posibilitarían la generación de un S.P.; claro es que en estos casos deberíamos indagar en la personalidad de la madre como motivadora en origen de tales fenómenos de dependencia ansiosa.

Hasta aquí nos estamos refiriendo a las condiciones previas de la figura del niño, y hemos indicado que nos interesan, igualmente, la situación actual o presente dentro del S.P. y la ulterior o subsecuente al trastorno facticio. Veamos el segundo de los momentos. Para ello nada mejor que remitirnos a las tablas expuestas, donde se la la información suficiente para que nos hagamos una idea del estado de los hechos dentro de un S.P. De esta manera hemos de aceptar que no es posible señalar ninguna patología clínica, ningún tipo sindrómico, semiológico o sintomatológico específico del S.P.; bien es verdad que predominan los trastornos neurológicos, digestivos urológicos o respiratorios

sobre los demás posibles en todos los aparatos o sistemas de la economía (*Tabla 5*); motivado esto, a buen seguro, por los métodos de elaboración facticia de los síntomas y por la mayor accesibilidad de tales sistemas o aparatos a las madres actuantes, como veremos al analizar las características de éstas.

Nos interesa, dentro del aspecto presente de los niños, conocer el núcleo fundamental que define denotativamente la calidad de S.P., que no es otro que el conjunto de actuaciones médicas sobre el niño supuestamente enfermo, sin las cuales no existirían los S.P. En cierto modo podría decirse que tales actuaciones son los síntomas auténticos de los S.P. y S.M., ya que de su acumulación, verdadera impropiedad e impertinencia, y desafortunada puesta en práctica, surgen los riesgos para el niño, que inicialmente no estaba enfermo, o sufría una enfermedad falsa, y ahora está sometido a todo tipo de riesgos, agresiones y peligros exploratorios, creadores de la más atroz de las iatrogenias. En la *Tabla 7* se da debida información sobre estos hechos, ya comentados en su momento, por lo cual evitaremos repeticiones innecesarias.

El tercero de los ejes de consideración del niño afectado debe ser el de los efectos que se derivan de la existencia de las enfermedades facticias y los perjuicios de las actuaciones médicas. En efecto, a todos los posibles cuadros clínicos y actos médicos le siguen, con no poca frecuencia enfermedades que ahora son reales y que en ocasiones conllevan la muerte del paciente. Es decir, que se generan diferentes formas de riesgo, que podrían ser resumidas en las siguientes:

1. Riesgo derivado de la enfermedad facticia provocada.
2. Riesgos derivados de la alegación de enfermedades inexistentes, pero que

induce a error y conlleva actuaciones médicas impropicias.

3. Riesgos de los propios actos médicos innecesarios: hospitalizaciones, exploraciones, tratamientos, etc.
4. Riesgo de enfermedades reales, existentes con anterioridad y que pueden ser ocultadas, agravadas o desatendidas, al ser conceptualizadas como falsas o artefactas.
5. Riesgo del descuido de enfermedades reales, posteriores a la enfermedad facticia, por prejuicios equivocados.
6. Riesgos derivados de la falta de servicios de protección adecuados para estos niños, así como de la ausencia de seguimientos físicos y psíquicos, tanto para la atención del niño, como tratamientos de los padres y prevención de situaciones similares.

En la mayoría de los casos los niños se recuperaron perfectamente de todos estos tipos de problemas, pero la mortalidad referida en otros trabajos (22, 35) y en éste, supera ampliamente el 10%, lo cual no deja de ser preocupante.

Hasta aquí el niño como sujeto y objeto del S.P. Veamos ahora las madres, como sujetos actuantes, porque si no es exclusiva de las madres la posibilidad de convertirse en provocadoras de un S.P., su papel es tan predominante, que casi podría darse como una de sus características primordiales. En efecto, suelen ser las madres, más cercanas a sus hijos, las que en determinadas circunstancias, de suyo complejas, llegan a convertirse en auténticos verdugos de sus hijos. En sí mismo este papel ya debe considerarse psíquicamente patológico, independientemente de si es o no posible detectar alguna psicopatología específica en tales madres (véanse Tablas 3 y 8). En efecto, del mismo modo que para los niños, interesaría conocer qué circunstancias o características de las ma-

dres preceden a la aparición de un S.P. (6 y 10). Como primer dato a retener está el que muchas de las madres habían sido, a su vez, diagnosticadas como S.M., y la patología del hijo no era más que una continuación de su carrera de fraude médico, no dándose en estos casos, la constelación niño-esperado-madre-sobrevigilante-temor-de-perderle, y si, por el contrario, la de búsqueda de solución para conflictos íntimos y la de manifestación de una alteración de la estructura y dinámica de la propia personalidad de la madre. Prácticamente estas mismas claves se darían en muchos casos, en los que el S.P. era el reflejo distorsionado de problemas afectivos, conyugales, biográficos, etc., Presentes en las madres o matrimonios en los que cristalizó un S.P. (Tabla 8). En el resto de los casos de madres causantes de S.P., fue posible realizar siempre algún diagnóstico psiquiátrico específico, de tal manera que podría aceptarse este hecho, junto con el anterior, como de los criterios diagnósticos básicos necesario para la existencia de un S.P. Menos unánime, pero presente en ocasiones, debe considerarse la presencia de algunas enfermedades físicas invalidantes o crónicas en la madre o el padre de alguno de los casos. igualmente se acepta que las madres suelen tener alguna información sanitaria previa o estar relacionadas con la salud directa o indirectamente, pero tampoco es éste un requisito unánimemente necesario. Un dato de interés, que debe ser comentado, es el hecho de que en un único caso, el alcoholismo de un padre estuvo relacionado con la aparición de un S.P., lo cual contrasta con la elevada frecuencia con que padres alcohólicos son los responsables de abusos o malos tratos para hijos y esposas (Tabla 8).

Dentro del momento presente o actual de las madres debe ser destacado su comportamiento verdaderamente pa-

radójico. Madres que lesionaban o perjudicaban claramente a sus hijos, se mostraban, de continuo, profundamente preocupadas por su evolución, instando a los médicos a que continuasen con el examen minucioso de su hijo, mostrándose, habitualmente colaboradores y complacientes, acompañando casi permanentemente a sus hijos, lo cual permitía la perpetuación de los síntomas y signos patológicos. estas madres empleaban los más ingeniosos métodos para la falsificación o elaboración facticia de los trastornos, como ya comentamos y expusimos en la Tabla 6, Por lo que no volveremos sobre ello. Cabe decir, con todo, que estas actitudes cambiaban drásticamente cuando se sospechaba o se les comunicaba el origen real de los padecimientos. Pero esto ya pertenece más al aspecto que revisaremos en último lugar, las actuaciones, abordajes o tratamiento de estos casos.

En efecto, una vez detectados los hechos, los problemas, lejos de solucionarse, continuaban, dando lo conflictivo de su naturaleza y las implicaciones médico legales existentes. En la Tabla 9 se recogieron los métodos empleados para tratar de dar solución a los casos revisados. Cabe comentar que la separación inicial de hijo y madre se precisó en todos los casos, como medio coadyuvante para la detección de la realidad de la patología existente y como método de tratamiento inmediato, que permitió la recuperación de la salud del pequeño. La separación definitiva de sus padres o el ingreso en centros protegidos para su educación y crianza, fueron los sistemas más utilizados y tal vez los más efectivos o los únicos posibles, ya que en algunos casos en los que el niño fue reintegrado con sus padres se reactivó la patología, o acabó con la vida del pequeño. Es preciso hacer constar que se reveló como muy necesaria la intervención de asistentes sociales, paidopsi-

quiatras o psiquiatras de adultos para el tratamiento social del problema, el tratamiento de las posibles secuelas psíquicas de los niños y del estado psicopatológico previo de las madres. Probablemente sean estos aspectos a tener en cuenta inmediatamente de cara a la tan dificultosa como deseable *prevención primaria* de los S.P. En algunos casos el tratamiento psiquiátrico de los padres hubiese bastado para evitar el problema, y algunos autores han querido ver en ello el núcleo primordial de la cuestión (28, 35). Estos autores han sugerido que las actuaciones de tales madres podrían ser conceptuales como psicóticas y su pensamiento como cuasi-delirante, aun cuando no sea posible detectar formalmente la presencia de delirios. El disturbo llegaría, en algunos casos, a ser tan aparatoso, que las madres llegasen a creer que sus hijos sufrían una enfermedad auténtica, fenómeno cuasi-disociativo, emparentado con la pseudología fantástica, que se ha querido ver como predisponentes para la aparición de los S.M. en los adultos. Planteamientos similares podrían hacerse en relación con las actitudes de negación de las evidencias que efectuaban las madres una vez descubiertas, en ciertos casos (25, 28, 35), y que llegaban a ser tan convincentes para ellas mismas, como para los demás, dándose la circunstancia de que otros médicos o incluso abogados y fiscales llegasen a dudar de los alegatos de los pediatras descubridores, en favor de madres tan «amantes» y unidas a sus hijos. Véase *Tabla 9*, que sólo en 9 casos de los 41 revisados y denunciados, fueron seguidos de una condena judicial para los padres.

Creemos que en los comentarios precedentes están sentadas las bases de una adecuada política preventiva, más deseable que posible, del mismo modo que quedan explícitos los juicios evolutivos y pronósticos de tan extraordinarias

patologías. Tal vez para ampliar y concretar estos aspectos parecería adecuado concluir con la delimitación de lo que podría denominarse como SÍNDROME, CIRCUNSTANCIA O TIPO DE NIÑO VULNERABLE, que haremos a continuación.

Se trataría de niños muy deseados o esperados, o que hubiesen sufrido algún trastorno o amenaza previa para su salud, en el seno de una familia de padres inmaduros, o con conflictos conyugales, y particularmente con madres psíquicamente patológicas, y con relaciones de simbiosis y dependencia patológica de sus hijos, con la consiguiente ansiedad de separación o temor de perderles, que generan trastornos en sus hijos, para compensar conflictos relacionales o intrapsíquicos, cayendo así en una dinámica contradictoria y anómala, entre el aparente amor y protección de sus hijos y la necesidad de verle enfermo. Los conflictos conscientes convergen en esta necesidad de un personaje enfermo, y la consecuente búsqueda desasosegada de soluciones para esta enfermedad, a pesar de los riesgos y por encima de todos los obstáculos que ello implica (8 y 9). Adviértase que se trata de una constelación de hechos ideal y supuesta para los efectos expositivos, pero que la existencia de algunas de las parcelas que la conforman bastaría para el desencadenamiento de la dinámica patológica que acabaría, llegado el caso, en un S.P.

El segundo de los aspectos preventivos hace referencia a la necesidad de una detección precoz que evita la cronificación de situaciones cada vez más perjudiciales y peligrosas, que se estructuran en modelos de comportamiento patológicos e inamovibles. Para esto sería deseable guiarse por las experiencias de los autores que hemos revisado, y sus opiniones expuestas previamente de modo sintético. Igualmente sería deseable poder contar con un marco diagnós-

tico de referencia, que permitiese siquiera su sospecha en casos dudosos, y para esto parece pertinente elaborar unos CRITERIOS DIAGNOSTICOS, hasta el momento, por lo que nos consta, no aportados por otros autores de modo sistematizado y normativo; en la *Tabla 10* tratamos de exponer estos criterios, guiados por el estudio de la bibliografía precedente y por nuestras experiencias previas (6-11). Parece necesario recordar la necesidad de delimitación conceptual y diagnóstica entre trastornos facticios y simulaciones, fundamentalmente en función de las metas y objetivos inmediatos y fácilmente recono-

cibles de estos, y profundas, intrapsíquicas, compensatorias, elaboradas y asentadas en relaciones paterno-filiales patológicas, y en estructuras y dinámicas de personalidad claramente anómalas, de las madres de los niños con trastornos facticios.

Para finalizar, sería deseable defender una denominación más descriptiva y ajustada a la categoría de los hechos, como la de TRASTORNOS FACTICIOS EN LA INFANCIA INDUCIDOS POR LOS PADRES, en detrimento de las utilizadas habitualmente, menos apropiadas, aunque quizá con mayor poder alegórico y sugestivo, como SINDROME DE POLLE o SINDRO-

TABLA 10

CRITERIOS DIAGNOSTICOS Y DESCRIPTIVOS DE LOS TRASTORNOS
FACTICIOS INFANTILES INDUCIDOS POR LOS PADRES
(SINDROME DE POLLE)

1. Aparición de síntomas o signos patológicos, que pueden afectar a todos los aparatos o sistemas de la economía de niños de edades comprendidas entre el nacimiento y el inicio del tercer lustro de la vida, que responden a alegación o elaboración facticia multiforme de sus padres.
2. Los trastornos generan múltiples hospitalizaciones, estudios y tratamientos, que comportan riesgos para el normal desarrollo psico-físico del niño, pudiendo conllevar la producción de enfermedades graves e incluso su muerte.
3. Las anomalías no dependen de la voluntad del niño, y asientan en relaciones paterno-filiales patológicas, siendo habitualmente las madres las responsables de su aparición, con las implicaciones médico-legales que ello supone.
4. Las madres son personalidades patológicas, que sufren trastornos psiquiátricos específicos o tienen graves conflictos biográficos o relacionales, y su comportamiento es anómalo y paradójico, entre la elaboración de los trastornos y la búsqueda de estudio y tratamiento para ellos.
5. Se trata de especies morbosas bifrontes, de un lado la madre con patologías y conflictos intra y extrapsíquicos conscientes o inconscientes, y de otro la enfermedad del niño, compensadora de tales patologías y conflictos.

ME DE MÜNCHHAUSEN POR PODERES o POR DELEGACION, ya que sólo algunas de las circunstancias que concurren en estos casos, son debidamente conceptualizadas por estas denominaciones histórico-legendarias y facultativas o accidentales.

ra madre e hijo en los momentos previos, presentes y subsecuentes, describiéndose el «síndrome del niño vulnerable» y unos «criterios diagnósticos» utilizables para su detección precoz y prevención.

RESUMEN

Partiendo de un análisis del problema de los malos tratos en la infancia y del llamado Síndrome de Münchhausen o Trastornos facticios en la edad adulta, se revisa la bibliografía sobre el Síndrome de Münchhausen infantil o Síndrome de Polle. Se estudian sistemáticamente todos los casos publicados y se reúne una serie de 41, con unos requisitos mínimos, exponiéndose y comentándose los datos obtenidos. Los niños, de edades entre el nacimiento y los 15 años, presentan trastornos múltiples, complejos y de difícil diagnóstico, elaborados por sus madres, psíquicamente patológicas, y que utilizan la alegación o provocación falsa o artefacta de síntomas, para lograr que sus hijos sean atendidos médicamente. La enfermedad del hijo permite compensar conflictos maternos, actuando éstas paradójicamente, provocando enfermedades y buscando paralelamente su solución, evidenciándose un temor de perder a su hijo y un comportamiento complaciente y resignado o evasivo y hostil. Finalmente se analizan las implicaciones teóricas y clínicas pa-

SUMMARY

On basis of the analysis of the *child abuse problem* and so called *Münchhausen's syndrome* or *factitial disorders* in adult age, the authors review the bibliography about the child Münchhausen's syndrome or *Polle syndrome*. They study all publishing cases and rejoin 4^a, with own minimal requirements, exposing the dates succeeded. The childs, aged between the birth and fifteen years, present manifold disorders of arduous diagnosis, elaborate for their mothers psychically ill, which make use of falsification, allegation or provocation of symptoms, for gain medical attention for their childs. The child's illness permits the maternal conflicts compensation, which have paradoxical behaviours, provoking illness and looking for their solution. It is evident a draft of lose her son and pleasing, submitting, evasive or adverse behaviours. Finally the authors analyze the clinical and theoretical implications for the childs and their mothers in previous, presents and futures moments, and delineate the «vulnerable child syndrome» and the «diagnostic criteri», profitables for caution and forward detention.

BIBLIOGRAFIA

1. ACKERMAN, N. B.; STROBEL, C. T.: «Polle Syndrome: Chronic diarrhea in Münchhausen's child». *Gastroenterology*, 81:1140-2, 1981.
2. BLACK, D.: «The extended Münchhausen Syndrome: A family case». *Brit. J. Psych.*, 138:466-469, 1981.
3. BURMAN, D.; STEVENS, D.: *Münchhausen family*. *Lancet*, 27, August, 456, 1977.
4. COBO, C.: *Paidopsiquiatría Dinámica I*. Servicio Científico Roche, Madrid, 1938.
5. CONDE, V.; SANTIAGO-JUAREZ, J. A.: «Contribución al estudio histórico y delimitación conceptual del llamado Síndrome de Münchhausen, Síndrome de Asuero o Trastornos Crónicos Facticios con Síntomas Somáticos». *Anales de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Valladolid*, Vol. XX, 4º trimestre, octubre 1982.
6. CONDE, V.; GANDARA, J. J.: «Contribución al concepto diagnóstico psicopatológico general y especial del llamado Síndrome Münchhausen, Síndrome de Asuero o Trastornos Crónicos Facticios con Síntomas Somáticos». *Anales de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Valladolid*, Vol. 21, 1º trimestre, enero 1983.
7. CONDE, V.; SANTIAGO-JUAREZ, J. A.; GANDARA, J. J.; SOTO, A.: «Síndrome de Münchhausen, Síndrome de Asuero o Trastornos Crónicos Facticios con Síntomas Somáticos (T.C.F.S.F.)». *Archivos de Neurología*, 46, 3 (183-208), 1983.
8. CONDE, V.; GANDARA, J. J.; SANTIAGO-JUAREZ, J. A.: «El Síndrome de Münchhausen o de Asuero: Lo complejo, lo mítico y lo imaginario». *Rev. Psiquiat. y Psicol. Med. de E. y Am. Lat.*, XVI, 3, 211-230, 1983 (1ª parte).
9. CONDE, V.; GANDARA, J. J.; SANTIAGO-JUAREZ, J. A.: «El Síndrome de Münchhausen o de Asuero: Lo complejo, lo mítico y lo imaginario». *Rev. Psiquiat. y Psicol. Med. de E. y Am. Lat.*, XVI, 4, 289-303, 1983.
10. CONDE, V.; GANDARA, J. J.; SANTIAGO-JUAREZ, J. A.: «contribución al estudio clínico-psiquiátrico del Síndrome de Münchhausen: Aportación de un caso». *Actas Luso-Esp. Neurol. Psiquiatr.*, 11, 4 (267-288), 1983.
11. CONDE, V.; GANDARA, J. J.; SANTIAGO-JUAREZ, J. A.: «Los Trastornos Crónicos Facticios con Síntomas Físicos o Síndrome de Münchhausen en la epidemiología psiquiátrica del hospital general». *Actas del XV Congreso de la Sociedad Española de Psiquiatría*, Tomo I, 273-289, 1983.
12. FLEISHER, D.; AMENT, M. E.: «Diarrhea, red diapers and child abuse». *Clin. Pediat.*, 17:820-824, 1977.
13. HVIZDALA, E. V.; GELLADY, A. M.: «Intentional Poisoning of two siblings by prescription drugs». *Clin. Pediat.*, 17:480, 1978.
14. KOHL, S.; PICKERING, L. K.; DUPREE, E.: «Child abuse presenting as immunodeficiency disease». *J. Pediat.*, 95:466-468, 1978.
15. KURLANDSKY, L.; et al.: «Münchhausen syndrome by proxy: definition of factitious bleeding in an infant by Cr labeling of erythrocytes». *Pediatrics*, 63:228-231, 1979.

16. LANSKY, S. B.; ERICKSON, H. M.: «Prevention of child murder». *This Journal*, 13:691-698, 1974.
17. LEE, D.: «Münchhausen Syndrome by proxy in twins». *Arch. Dis. Child.*, 54:646-647, 1979.
18. LISTON, T. E.; LEVINE, P. L.; ANDERSON, C.: «Bacteriemia policribiana y síndrome de Polle: Síndrome de Münchhausen inducido por adultos como variante de malos tratos a los niños». *Pediatrics* (ed. esp.), 16, 2:123-125, 1983.
19. MALAGA, S.; y colabs.: «Síndrome de Münchhausen en la infancia». *Medicina Clínica*, Vol. 83, 11, 471-472, 1984.
20. MAYEFESKY, J. H.; SARNAIK, A. P.; POSTELLON, D. C.: «Hipoglucemia facticia: Malos tratos infantiles mediante la inyección de insulina». *Pediatrics* (ed. esp.), 13, 6:397-398, 1982.
21. MEADOW, R.: *Münchhausen Syndrome by proxy. The hinterland of child abuse*. *Lancet*, August 13, 343-345, 1977.
22. MEADOW, R.: «Münchhausen Syndrome by proxy». *Arch. Dis. Child.*, 57, 2:92-98, 1982.
23. MITCHELS, B.: «Münchhausen syndrome by proxy: Protecting the child». *J. Forensic Sci. Soc.*, 23, 2:105-111, 1983.
24. NELSON, K. G.: «El espectador inocente: el niño como víctima casual de las disputas domésticas con armas mortíferas». *Pediatrics* (ed. esp.), 17, 2:145-146, 1984.
25. OUTWATER, K. M.; et al.: «factitious hematuria: diagnosis by minor blood group typing». *J. Pediatrics*, 98:95-97, 1981.
26. PICKERING, D.: «Salicylate poisoning as a manifestation of the battered child syndrome». *Am. J. Dis. Child.*, 130:675, 1976.
27. POROT, M.; SUTTER, J. M.; DESTAING, F.: «La simulation de la fièvre chez les enfants». *Pediatric*, 11:335, 1956.
28. RAVENSCROFT, K.; HOCHHEISER, J.: «Factitious hematuria in a six-year old girl: a case example of Münchhausen syndrome by proxy». *An. Met. Am. Acad. of Child. Psychiatry*, Chicago. Cit. en WALLER, D. A.
29. ROGERS, D.; et al.: «Non-accidental poisoning: an extended syndrome of child abuse». *Brit. Med. J.*, 1:793-796, 1976.
30. SAULSBURY, F. T.; CHOBANIAN, M. C.; WILSON, W. G.: «Niños maltratados: administración parenteral de hidrocarburos». *Pediatrics* (ed. esp.), 17, 5:384-386, 1984.
31. SHNAPS, Y.; et al.: «The chemically abused child». *Pediatrics*, 68:119-121, 1981.
32. SNEED, R. C.; BELL, R. F.: «The dauphin of Münchhausen: factitious passage of the renal stones in a child». *Pediatrics*, 58, 1:127-130, 1976.
33. TEC, L.: «Precursors of Münchhausen's Syndrome in childhood». *Am. J. Psychiatry*, 132, 7:757, 1975.
34. VERITY, C. M.; et al.: «Polle Syndrome: children of Münchhausen». *Brit. Med. J.*, 2, 422-423, 1979.
35. WALLER, D. A.: «Obstacles to the treatment of Münchhausen by proxy syndrome». *J. Am. Acad. Child Psychiatry*, 22, 1:80-85, 1983.
36. WATSON, J. B.; DAVIES, J. M.; HUNTER, J. L.: «Non-accidental poisoning in childhood». *Arch. Dis Child*, 54:143-145, 1979.