

CASO CLÍNICO

SÍNDROME DE MUNCHAUSEN POR PODER. REVISIÓN DE UN CASO CON RESULTADO DE PARRICIDIO

(Rev GPU 2015; 11; 3: 284-290)

Pamela Bórquez¹, Rodrigo Dresdner²

El Síndrome de Munchausen por poder o delegación, considerado por la psiquiatría una variante clínica del Trastorno Facticio (1) comprende a un adulto, generalmente la madre o progenitora, y a uno o más niños, quienes se encuentran en relación de dependencia parental respecto de la primera. Algunos autores lo consideran esencialmente un diagnóstico pediátrico más que psiquiátrico (2). Constituye por tanto un cuadro médico que se sitúa en la interfase de la pediatría, la psiquiatría y la medicina forense, y que involucra a instituciones tanto de salud como de justicia.

INTRODUCCIÓN

Fenomenológicamente este síndrome lo conforman una mujer o victimaria, quien en aparente actitud maternal de cuidados y sobreprotección de modo reiterado y subrepticio le va provocando enfermedades o lesiones a un hijo, lo cual se acompaña de múltiples consultas pediátricas con resultados diagnósticos y terapéuticos inciertos y a veces con resultado de muerte “de etiología no precisada” del menor. Debido a su naturaleza gravemente abusiva se lo considera una forma extrema de maltrato infantil (3), y por el secretismo que lo rodea solamente puede ser detectado o diagnosticado gracias a una previa sospecha de parte del personal de la unidad pediátrica. Por su carácter ilícito, al provocar lesiones y/o muerte de un menor de edad, siempre amerita un reproche penal. Desde el

punto de vista médico legal no constituye enajenación mental ni amerita una eximición de responsabilidad criminal, puesto que la persona que porta este trastorno mental no presenta compromiso de sus facultades cognitivas ni volitivas; es más, la victimaria actúa con sigilo y premeditación a fin de evitar ser sorprendida y así librarse de la mano de la justicia. Desde la óptica de salud mental, se entiende psicodinámicamente que la persona aquejada por este síndrome psiquiátrico, mediante la manipulación de la salud del menor (Criterio A, APA, 1995) y forzándolo a adoptar el rol de “enfermo” (Criterio B APA, 1995) busca una retribución psicológica a través de la atención recibida de parte del personal asistencial médico (Criterio C, APA, 1995). El tanatólogo avezado y con experiencia forense ha de sospechar esta posibilidad frente a toda muerte incierta de un niño, y explorará causales de muerte por terceros, en

¹ Médico Legista, Departamento Tanatología, Servicio Médico Legal.

² Psiquiatra Forense, Unidad Psiquiatría Adultos, Servicio Médico Legal. Mail: rf_dresdner@yahoo.com.ar.

este caso la madre o la cuidadora. Lo mismo hará el pediatra luego de un minucioso examen y análisis semiológico y entrevista de la madre. Sin embargo, existe consenso que más allá de las destrezas profesionales individuales importan las acciones multidisciplinarias del equipo de salud frente a la presencia de síntomas inexplicables (4).

Aquellos casos de Síndrome de Munchausen por poder (SMPP) de larga evolución, que no han podido ser pesquisados tempranamente, se caracterizan por asociarse a una dinámica abusiva recurrente, desestructuración familiar, prolongada morbilidad y mortalidad del niño consultante y abuso intrafamiliar de los demás hermanos (5), y constituyen procesos con desenlaces tardíos cuando la victimaria recién es descubierta y puesta a disposición de la justicia. La experiencia de la clínica pediátrica reporta que los diagnósticos tempranos, con rescate del menor y rehabilitación de la madre con un tratamiento psiquiátrico lamentablemente son la excepción, probablemente debido, además del estrés profesional con que los médicos muchas veces deben desarrollar sus actividades asistenciales, también a la actitud médica tradicionalmente inculcada en las facultades de medicina a sus alumnos, de acoger, escuchar y confiar en los dichos de los pacientes consultantes, en este caso la madre de un menor supuestamente enfermo (de hecho, en el caso que aquí se presenta, recién cuando un segundo hermano había comenzado a presentar un cuadro clínico similar al del primer paciente fallecido se postuló como hipótesis diagnóstica una enfermedad de etiología genética, y no un SMPP). Al tenor de lo que la regla dicta en general para todos los casos de relaciones abusivas, el sistema de justicia, frente a un caso de Síndrome de Munchausen por poder, dispone la separación inmediata del menor abusado de la abusadora, poniéndolo a resguardo y bajo custodia de una cuidadora competente. Se ha reportado que estos cuadros se pueden perpetuar y reproducir con recurrencia del SMPP en los hermanos de la víctima (6) en caso de quedar libre la victimaria, como ocurrió en el caso expuesto en este artículo. En otros casos se puede disponer un tratamiento psicosocial para la madre victimaria; por la complejidad que representa esta situación con sus aristas clínica y legal, toda vez que se considere que corresponde una intervención psicoterapéutica de la madre imputada, se debe, por una parte, contar con un equipo profesional de salud mental multidisciplinario y experimentado, y, por otra parte, que dicho tratamiento se desarrolle dentro de un encuadre cuyo telón de fondo siempre debe ser el aparato legal, que ampara a quienes sufren abusos y castiga a quienes

los cometen, experiencias que hasta ahora solamente se han practicado en países del hemisferio occidental norte del orbe (7).

El caso que aquí es presentado corresponde al de un niño quien había fallecido producto de acciones de su madre, y de quien posteriormente se sospechó recién cuando un hermano suyo comenzó a presentar los mismos síntomas, siendo ingresado a un nosocomio donde un examen toxicológico detectó la presencia de un medicamento, que la madre más tarde reconoció a los doctores habérselo administrado a ese hijo. Solamente entonces, y mediante una autopsia practicada al niño fallecido, se obtuvieron las evidencias forenses, que junto con los datos toxicológicos, a la larga sustentaron judicialmente las imputaciones de parricidio en grado consumado y en grado frustrado formuladas a la madre por las acciones ilícitas ejercidas en contra de ambos menores respectivamente. Fueron requeridas y practicadas pericias psiquiátricas y psicológicas a la madre, una pericia pediátrica al menor vivo, y pericias tanatológica y toxicológica al niño fallecido. Las conclusiones de los informes tanatológicos y toxicológicos fueron determinantes a la hora de formarse una opinión los magistrados del tribunal oral respecto de la causa de la muerte y culpabilidad de la imputada.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Por orden de la Fiscalía se decidió exhumar a quien llamaremos Fernando, un lactante de 6 meses de edad, quien había fallecido hacía ya 2 años y 4 meses en un hospital pediátrico producto de un síndrome convulsivo idiopático y refractario al tratamiento que no tuvo autorización materna para el estudio necrópsico. La orden se dictó bajo la sospecha de que su muerte podría haber sido secundaria a una intoxicación con algún fármaco, principalmente Tramadol. Esta hipótesis surgió después que la Fiscalía recibiera la denuncia por parte del mismo equipo de salud del hospital pediátrico en que estuvo hospitalizado Fernando, quienes confirmaron la presencia de Tramadol en sangre en el hermano mayor de Fernando, de 4 años de edad, a quien llamaremos Víctor.

Víctor había ingresado al mismo hospital en el que falleciera su hermano menor. El motivo de ingreso fue un síndrome convulsivo idiopático de difícil manejo, refractario a tratamiento, cuadro clínico similar al de su hermano, que hizo plantear la posibilidad de una enfermedad genética. Víctor se hallaba hospitalizado en una sala de cuidados y vigilancia permanente con

restricción de personal excepto para su madre. El día número 56 de su hospitalización Víctor presentó un shock anafiláctico, el que fue tratado y recuperado sin secuelas. Durante el procedimiento el equipo de salud notó que el contenido de la bolsa de alimentación parenteral tenía un color amarillo, ante lo cual se suspendió la alimentación por esa vía y se tomó muestras de sangre y orina que fueron enviadas a un centro de análisis toxicológico externo, al mismo tiempo que la bolsa fue examinada por la empresa fabricante. Los resultados arrojaron que la bolsa había sido puncionada en el conector y que la coloración amarilla de la alimentación no correspondía a los estándares del producto. Los resultados de los análisis toxicológicos fueron la presencia de Tramadol en la sangre del paciente al momento de su shock anafiláctico (8). El equipo de salud, consciente que el fármaco no se encontraba en el servicio de pediatría, preguntó a la madre si la administración del medicamento fue de su responsabilidad, a lo que ella respondió que sí.

Los pasos a seguir fueron la denuncia ante la fiscalía, quien les encargó a funcionarios de la policía entrevistar a los involucrados. En lo que resta de la hospitalización hubo restricciones paulatinas hasta la prohibición total de las visitas maternas, ante lo cual Víctor no volvió a presentar el síndrome convulsivo severo de difícil manejo. En forma paralela se retiraron paulatinamente los anticonvulsivantes durante los siguientes 14 días, a lo que el paciente respondió bien, descartándose secuelas y volviendo a ser un niño normal. El diagnóstico final pasó a ser un síndrome convulsivo secundario a intoxicación por Tramadol en el contexto de un SMPP. El equipo de salud recordó el caso de Fernando, hermano de Víctor, y se lo comentó a la fiscalía, quien ordenó la exhumación.

Al revisarse la ficha clínica de Fernando se pudo constatar que él había ingresado al hospital a los 4 meses de edad por una crisis convulsiva, quedando hospitalizado para su estudio. En el transcurso de los dos meses previo a su muerte Fernando presentó un síndrome convulsivo idiopático, descrito con convulsiones atípicas refractarias al tratamiento. También presentó un patrón horario de aparición de las convulsiones correspondientes al medio día y hacia las 18 horas, siendo escasas las oportunidades en que las convulsiones ocurrieran por la noche. Fue estudiado en forma exhaustiva descartándose un foco infeccioso y trastornos metabólicos. Finalmente falleció por una falla orgánica múltiple secundaria a un síndrome epiléptico idiopático. Como ya se mencionó, no existió autorización materna para la autopsia clínica.

RESULTADOS DE LAS PERICIAS

Pericias de salud mental de Marcela, madre de los menores

Se perició a una mujer que denominaremos Marcela, de 29 años, soltera, escolaridad media incompleta y de ocupación dueña de casa. Se le practicó en la Unidad de Psiquiatría Adultos del Servicio Médico Legal, una evaluación psiquiátrica y una psicológica con varias entrevistas clínicas en cada procedimiento pericial.

Examen y conducta observada

Marcela se mostró pseudo y selectivamente colaboradora con los examinadores, adoptando una actitud teatral y egocéntrica, e interesada principalmente en conversar acerca de temas de su preferencia.

Al describir a su familia de origen tendió, desde una posición egocéntrica, a calificar a sus figuras parentales en términos dicotómicos: por un lado positivamente a su abuela materna, quien se habría ocupado de su crianza, y por otro lado adoptando una tonalidad crítica hacia su madre, a quien ubicó parentalmente como periférica y desentendida de sus obligaciones maternas.

Prefirió que la dejaran hablar libre y coloquialmente acerca de su vida y se mostró incómoda cuando fue cuestionada o confrontada con algunas contradicciones de su relato. Por momentos presentó episodios lacrimosos autocontrolados. Al pedirle que aclarara sus distintas versiones entregadas a los examinadores, simplemente respondió que no sabía cómo explicar esas incongruencias, aflorando entonces en ella cierta hostilidad y actitud de desprecio hacia los peritos.

Describió a su pareja y padre de sus cuatro hijos, de modo alternadamente contradictorio, ya que primero concedió que él era un drogadicto y luego aseveró que era un buen padre. En general, al describir su vida junto a él, su discurso se tornó veleidoso, impreciso y superficial, lo cual dificultaba formarse una opinión consistente al respecto. Acompañó su relato de connotaciones positivas al referirse a su relación con sus hijos y de ellos con el padre, pero fracasó al solicitársele que detallase y señalase diferencias entre las relaciones establecidas por ella como madre y de su pareja como padre, respecto de esos hijos. Al igual que en su descripción de la familia de origen, cayó en incongruencias respecto de su vida en pareja con el padre de sus hijos, alternando pasajes donde resaltaba problemas mínimos con otros mucho más graves, referidos a situaciones de agresiones mutuas entre ella y él delante de los hijos.

Al relatar sobre su participación en una capacitación de cuidados de su suegro postrado por una neoplasia, manifestó: "... nos enseñaron a poner inyecciones, a mudar, a lavarle el pelo acostado, usar silla de ruedas y bastón,... nos hacían participar de terapias psicológicas para los cuidadores de enfermos terminales". También dijo haber conocido "gente en el Hospital, a enfermeros y médicos" con quienes mantuvo buenas relaciones. Manifestó respecto de su suegro enfermo, que ella le administraba medicamentos inyectables: "Yo cuidé a mi suegro, tenía cáncer y yo le inyectaba paliativos. Yo tenía conocimientos médicos".

Se mostró fría, distante y con manifiesto control sobre sí misma. Particularmente se refirió, sin compromiso emocional genuino, a la exhumación de su hijo Fernando, y, de igual modo, cuando relató cómo ella le administró vía parenteral Tramadol a su hijo vivo, Víctor, quien debió ser internado por crisis convulsivas secundarias a intoxicación a dicho psicofármaco. Notoriamente tendió a invertir su rol de victimaria a víctima, y de modo distractor, fue descalificando al padre de sus hijos e intentando mostrarse como una madre abnegada. "Mi hijo que falleció, Fernando, cayó hospitalizado. Me vine a Santiago y los más grandes se quedaron con mi mamá y el más pequeño con mi suegra. El padre no tenía ningún interés. Cuando el niño agonizó, a los 2 -3 días el padre se apareció. Y ahora con esto de mi hijo Víctor yo he estado sola y él ningún apoyo en nada. Sacando la vuelta... Mis otros dos hijos son niños sanos".

Sobre la muerte de Fernando señaló: "Yo me desconecté un rato,... yo lo vestí. Me cuentan cosas porque no me acuerdo mucho. Después, al llevarlo al cementerio, siempre estuve sola, sin el papá de mis hijos. Yo no podía llegar donde estaban sus cosas. Nos tuvimos que cambiar de casa y ahí retomé una vida normal. Hasta hoy siento pena, me falta algo (...) yo me helaba entera cuando iba a ver a Víctor, me desespera pensar que se me fuera otro hijo, me da terror vivirlo". En este punto ella trató de convencer a los peritos que ella padecía de una amnesia respecto de hechos que rodearon la muerte de Fernando, y frente a la abundancia de evidencias en su contra respecto de su participación en la administración de Tramadol a Víctor intentó mostrar una impostada angustia materna por la posibilidad de que fuera a correr la misma suerte que Fernando.

Sutilmente evadió responder preguntas respecto de su defensa legal. Recurrió a estrategias de omisión o acomodación de la información con fines manipulativos de la entrevista pericial. Su afectividad apareció

como superficial acompañada de accesos cargados de una emocionalidad dramática, efímera y superficial.

Se inclinó descalificativamente a culpabilizar a terceros por su situación legal y se refirió a otras personas, quienes habrían sido complacientes a sus deseos y necesidades, como sus únicos escogidos y merecedores de su afecto. Expresó un bajo nivel de empatía y mostró problemas para vincularse en sus relaciones interpersonales.

Durante la aplicación de pruebas psicológicas tendió a falsear las respuestas, exagerando síntomas e intentando mostrar pseudodéficits. No se pesquisaron indicadores clínico-fenomenológicos de déficits cognitivos ni de psicosis. Como rasgos de personalidad predominaron los de tipo histriónico y antisocial. Su juicio de realidad estaba conservado.

Conclusiones

Las pericias psiquiátrica y psicológica concluyeron que Marcela presentaba un Trastorno Histriónico de Personalidad con rasgos antisociales, y que existían elementos que permitían plantear el diagnóstico de Síndrome de Munchausen por poder.

Examen pediátrico forense de Víctor

El examen del menor sobreviviente reportó que no presentaba secuelas, se encontraba sano, y frente a la prueba de separación de la madre su sintomatología había desaparecido y él experimentó una mejoría *ad integrum*.

Autopsia médico-legal de Fernando

Fernando fue exhumado desde un nicho. Su ataúd infantil no mostraba signos de manipulación. Al interior se hallaba una osamenta humana completa, no disturbada y sin signos de autopsia previa, de un subadulto vestido con su ajuar funerario masculino. El esqueleto no presentó fracturas *perimortem* ni callos óseos o signos de patología ósea. Se tomaron muestras de hueso occipital para cotejo genético paterno, hueso coxal y fémures para estudio toxicológico de Tramadol (9). Los resultados del examen genético acreditaron la paternidad biológica del padre. En cuanto a los resultados del análisis toxicológico, después de utilizar GC-NPD, HPTLC-UV y GC-MS se detectó Tramadol en distintas zonas: hueso coxal y ambos fémures con valores: coxal: 1,65 ug/gr; fémur 0,70 ug/gr; fémur D 1-1 1,72 ug/gr y fémur D 2-1 1,68 ug/gr.

ANÁLISIS DEL CASO, COMENTARIOS Y DISCUSIÓN

En el caso expuesto se presenta un Síndrome de Münchausen por poder (SMPP) que involucró a dos hermanos. La primera víctima, Fernando, fue un lactante que falleció, hecho que precedió a la morbilidad que padeció la segunda víctima, quien se trataba de un preescolar, Víctor. A través del estudio retrospectivo del caso del primero se llegó a sospechar la situación que afectó al segundo, y luego confirmar mediante pericias la causa de muerte de aquel y acción perpetrada por la victimaria.

En relación con Víctor, se contó con los siguientes hechos que sustentaron el diagnóstico de SMPP: el Tramadol es un fármaco que no está indicado en la edad pediátrica bajo ninguna circunstancia, y en este caso específico no estaba prescrito en el tratamiento intrahospitalario; la madre admitió haber administrado Tramadol en forma voluntaria, aunque se debe agregar que también lo hizo de manera oculta. En este sentido se corroboró de manera irrefutable el engaño mediante los análisis toxicológicos, pudiendo comprobarse que fue precisamente la presencia del Tramadol y no otra situación lo que provocó el cuadro de convulsiones, por lo que fue imposible excluirlo como etiología del cuadro. Por otra parte, la prueba de separación resultó positiva, y se debe destacar que en este caso no hubo múltiples consultas repetidas.

El caso índice fue Víctor, cuya situación fue la que dio la alerta para la búsqueda dirigida del Tramadol en su organismo. Los análisis realizados dieron resultado positivo para el mismo fármaco suministrado a Fernando. En el caso del lactante Fernando tampoco existió la consulta repetida, que se puede considerar como la brecha de tiempo que hubiese permitido una sospecha, ni tampoco existió prueba de separación, sin embargo dos hechos fueron destacables durante la hospitalización: por una parte no hubo buena respuesta a ningún tratamiento indicado y, por otra, el paciente fue exhaustivamente estudiado sin llegarse a ningún diagnóstico. En este punto hay que destacar que los únicos análisis que faltó practicarse fueron los análisis toxicológicos.

En cuanto a la ficha clínica de Fernando, se pudo observar en las evoluciones médicas un patrón horario de aparición de las convulsiones, que se presentaban al medio día y hacia las 18 horas. Fueron escasas las oportunidades en que las convulsiones ocurrieron en la noche. Esta información habría sido útil si se hubiese contado con un registro de visitas maternas ya que se podría haber cotejado la aparición de la convulsión (registrada en la ficha clínica) con la presencia materna.

LA EVALUACIÓN DE SALUD MENTAL DE LA MADRE CON SMPP Y SUS EFECTOS MÉDICO-LEGALES

Este caso ingresó a la esfera psiquiátrico-forense una vez surgidas fundadas sospechas de que la madre, Marcela, había estado manipulando la salud de dos hijos, Fernando y Víctor, con consecuencias legales constitutivas del delito de parricidio, en un caso en grado consumado y en el otro en grado frustrado. Esa es por lo demás la forma en que se arriba al requerimiento de una pericia de salud mental de una mujer imputada con sospecha de presentar un SMPP. No existe un examen psiquiátrico ni psicológico que permita *a priori* diagnosticar en una persona un SMPP. Solamente ante la sospecha, generada a partir del cuadro clínico atípico del menor, o bajo las circunstancias de una vez ya judicializado el caso el psiquiatra puede focalizar su examen en buscar rasgos asociados con ese perfil de madre o de victimario. Pero aun así no existen indicadores clínicos patognomónicos psicopatológicos de SMPP, una anamnesis puede aportar datos que despierten la sospecha de ello, como en este caso, el interés que Marcela le manifestó al psiquiatra por la administración parental de medicamentos en una capacitación para cuidados de su suegro postrado así como el amplio y cercano contacto que había sostenido con funcionarios sanitarios del hospital. Por otra parte, el psiquiatra puede y debe explorar rasgos de personalidad de tipo asocial, necesitados de estimación, egocéntricos y/o fríos de ánimo, así como conductas manipulativas y de simulación de sintomatología psiquiátrica de parte de la examinada, pero como ya se señaló, ellos solamente son elementos que por sí solos no hacen diagnóstico de SMPP. Las evidencias fácticas que den cuenta de una conducta materna llamativamente peculiar, caracterizada por reiteradas consultas pediátricas por uno o más hijos, sin indicios de mejoría de los menores a pesar de repetidos tratamientos, son condición *sine qua non* para sospechar dicho diagnóstico, pero la constatación de acciones tendientes a alterar el estado de salud del paciente resulta definitivamente la prueba categórica. Por tanto, paradójicamente, el diagnóstico psiquiátrico del SMPP se basó en las evidencias criminológicas de la investigación policial, ya que debía acreditarse el criterio A exigido para efectuar dicho diagnóstico, es decir, la presencia de una acción intencionada de provocar sintomatología en los menores (APA, 1995); mientras que jurídicamente la autoría de la acción criminal por su parte, si bien no se sustentó esencialmente en el diagnóstico o detección del SMPP en la peritada, la pericia psiquiátrica constituyó una prueba judicial, si bien de menor valor probatorio, contribuyente sinérgicamente

en ese sentido. Finalmente, las conclusiones de la pericia psiquiátrica despejaron dudas sobre la imputabilidad y socavaron la posibilidad de un alegato de parte de la defensa por enajenación mental de su defendida.

SMPP Y EL EQUIPO DE SALUD

Se estuvo frente a un caso de SMPP de carácter muy agresivo y letal, en el que murió un lactante de seis meses, mientras que su hermano de cuatro años salvó de fallecer por un shock anafiláctico. La presentación tan gravemente súbita impidió una ventana temporal que diera pie para que se levantaran sospechas por las múltiples consultas repetidas. Situándose en la secuencia en que ocurrieron los hechos, el lactante muerto no tuvo a su favor el antecedente de un hermano fallecido previamente y el hecho clínico de que la presentación del cuadro ocurriera tan prematuramente, lamentablemente era compatible y por tanto plausible, con la hipótesis diagnóstica de una enfermedad de origen genético. Todas estas situaciones redujeron las posibilidades de realizar un diagnóstico correcto de modo precoz.

Por otro lado, ha sido descrito en la literatura médica que el equipo de salud acostumbra a verse envuelto en una dinámica emocional, involucrándose con el drama de su paciente y la familia de este, por lo que resulta susceptible de ser manipulado y explotado a expensas del perpetrador. Además los equipos de salud están sometidos a una serie de circunstancias que pueden influir en los resultados del manejo del paciente: la presión ejercida por la madre del niño ante el hecho de la incapacidad de arribar a un diagnóstico (levantándose incluso a veces acusaciones de negligencia profesional), la excesiva especialización que impide contextualizar y/o tener una visión panorámica de la situación clínica y familiar del paciente, la segmentación del trabajo que no permite una continuidad por un mismo tratante, el temor ante una demanda legal y a cometer un error, etc., son todos factores que encasillan en un laberinto de difícil salida y compelen al médico a seguir buscando diagnósticos poco frecuentes en forma desesperada. Cabe también señalar que la admiración que se suele despertar entre colegas respecto de un médico tratante, cuando emite una opinión diagnóstica compleja, podría en este caso jugar en contra, al distraer al facultativo precisamente con hipótesis diagnósticas poco frecuentes y entrapar la disquisición semiológico-pediátrica que se requiere para una oportuna detección del SMPP. En esta misma línea, se debe considerar como un escenario posible aquel donde el equipo de salud podría pensar que se está frente a un caso clínico insólito, vale decir aquel

caso excepcional y/o extraordinario capaz de deslumbrar desde el punto de vista intelectual, distraer del foco terapéutico propiamente tal.

Es por lo anterior que, independientemente de la motivación del perpetrador, el SMPP trata de una clase especial de maltrato infantil que acostumbra a prolongarse en el tiempo, no obstante saberse que su detección precoz resulta fundamental para detener el sufrimiento así como evitar que el equipo de salud, a través de sus prolongadas acciones diagnósticas, terapéuticas y hospitalizaciones, pueda terminar dañando involuntariamente a la víctima y contribuyendo a perpetuar aquel maltrato. De allí que para arribar a un diagnóstico precoz debe dejar de considerarse al SMPP como un diagnóstico de exclusión. En aquellos casos en que las patologías correspondan a etiologías idiopáticas de sintomatología de difícil manejo o refractarias a todo tipo de terapéutica, o aquellas en que el proceso patológico, pese a todos los esfuerzos diagnósticos esté insumiendo demasiado tiempo en ser detectado, así como aquellas respuestas a tratamientos en que puede haber una transitoria mejoría clínica seguida de un retroceso inexplicable, todo lo anterior bajo el alero de una buena práctica médica, será necesario considerar este diagnóstico como uno más dentro de la lista y así poder realizar todas las prácticas diagnósticas necesarias para poder confirmarlo o descartarlo. Solo de esa manera será factible lograr una detección precoz del SMPP y consiguientemente la detención del sufrimiento del paciente, aminorando y evitando el maltrato, y en los casos más extremos pero no inexistentes, salvar de la muerte al menor (5).

A partir de este caso, se puede concluir que en aquellas situaciones pediátricas en que un paciente porte antecedentes de un hermano que haya fallecido por un cuadro clínico cuya sintomatología sea similar al del primero, y en donde el factor genético constituyó en una primera instancia evaluativa una explicación etiológica plausible, el síndrome de Munchausen viene a representar un diagnóstico diferencial junto a la enfermedad genética.

Por otra parte, los equipos de salud pediátricos, en aquellas situaciones clínicas de causa dudosa o desconocida, deberían considerar al Síndrome de Munchausen por poder como un diagnóstico más dentro de la lista de las hipótesis diagnósticas, a fin de realizar un descarte en forma activa y precoz, evitando considerarlo como un diagnóstico de exclusión.

El examen pediátrico realizado en forma acuciosa y con participación de todo el equipo de salud resulta imprescindible para realizar un diagnóstico correcto y de forma oportuna, mientras que las pericias tanatólicas y de laboratorio pueden resultar criminalística y

legalmente concluyentes pero tardías para la vida del infante. Los exámenes de salud mental de la madre imputada constituyen elementos médico legales de segundo orden pero, necesariamente, complementarios a los anteriores y apuntan esencialmente a esclarecer aspectos psicopatológicos relacionados con la imputabilidad, más que al diagnóstico de SMPP. Pensar en contrario significaría presumir que el psiquiatra forense maneja una bola de cristal mágica.

REFERENCIAS

1. APA (Asociación Americana de Psiquiatría). Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales. Masson, Barcelona, 1995
2. Rosenberg DA. Munchausen Syndrome by Proxy: a medical diagnostic criteria. *Child Abuse and Neglect* 2003; 27: 421-430
3. Bartsch C, Ribe M, Schütz H, Weigand N, Weiler G. Munchausen syndrome by proxy: an extreme form of child abuse with a special forensic challenge. *Forensic Science International* 2003; 137: 147-151
4. Wood HNW, Brown J, Wood P. Differing approaches to the identification of Munchausen by proxy syndrome (MBPS): a case of professional training or role of experiential exposure. *Journal of Clinical Forensic Medicine* 2001; 8: 140-150
5. Stirling J. Committee on Child Abuse and Neglect of the American Academy of Pediatrics. Beyond Munchausen syndrome by proxy: identification and treatment of child abuse, a medical setting. *Pediatrics* 2007; 119: 1026-1030
6. Davis P, McClure RJ, Rolfe K, Chessman N, Pearson S, Sibert JS *et al.* Procedures, placement and risks of further abuse after Munchausen syndrome by proxy, non-accidental poisoning and non-accidental suffocation. *Arch Dis Child* 1998; 78: 217-221
7. Keppler J, Heringhaus A, Wurthmann C, Voit T. Expect the unexpected: favourable outcome in Munchausen by proxy syndrome. *Eur J Pediatric* 2008; 167: 1085-1088
8. Holstege C, Dobmeier S. Criminal Poisoning: Munchausen by proxy. *Clin Lab Med* 2006; 26: 243-253
9. Drummer O. Postmortem toxicology of drugs of abuse. *Forensic Science International* 2004; 142: 101-113