

Dr. Mauricio A. Tocchetto

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL LITORAL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

**“EL SINDROME MUNCHAUSEN POR PODER
desde una perspectiva médico - legal”**

Trabajo final para acceder al título
de Especialista Médico Legista

Mauricio A. Tocchetto

Cohorte 7

Tutor: Dra. Belén Pancera

Director: Prof. Pimpinella Pascual

Diciembre de 2021

INDICE

Resumen.....	3
Introducción.....	4
Supuesto de Investigación	6
Antecedentes del tema	7
Marco Teórico	10
<u>Capítulo 1: Acerca del Síndrome Munchausen, desde una perspectiva médica.</u>	
1.1 Descripción del Síndrome del Munchausen. Conceptos y características principales.....	10
1.2 Antecedentes históricos.....	14
1.3 Indicadores de Diagnóstico.....	15
1.3.1 Pautas de intervención específicas	18
<u>Capítulo 2: Acerca del Síndrome Munchausen, desde una perspectiva legal..</u>	
2.1 Derechos del Niño.....	21
2.2 Marco legal en Argentina.....	22
2.3 El Síndrome de Munchausen en el Derecho Penal.....	23
2.4 Procedimiento de denuncia ante un caso de Munchausen.....	24
2.5 ¿Cómo se realiza la denuncia?	24
2.6 ¿Dónde se realiza la denuncia?	24
2.7 Situación del niño una vez realizada la denuncia	25
2.8 Barreras de la denuncia	26
2.9 Riesgos para quien recurre a la justicia.....	26
Objetivos.....	28
Metodología.....	29
Estudio de casos	32
Análisis de casos.....	36
Análisis de las entrevistas.....	42
Conclusiones.....	44
Bibliografía.....	46
Anexos.....	48

RESUMEN

I

El presente trabajo aborda la problemática del Síndrome de Munchausen por poder desde una perspectiva médico-legal. Los objetivos planteados comprenden la descripción de las características del Síndrome, el análisis de las causas y consecuencias de la víctima y el victimario, el establecimiento de indicadores de diagnóstico y el procedimiento de denuncia judicial adecuado en casos de sospecha o confirmación del Síndrome.

En este contexto, y contemplando la dificultad que implica ir desocultando la problemática, esta investigación recoge marcos teóricos provenientes de la literatura médica y de la literatura legal, para comprenderla en toda su complejidad. Al mismo tiempo, se exponen seis casos sucedidos en la provincia de Buenos Aires, para su análisis e interpretación.

De tal modo, este trabajo se enmarca en el paradigma cualitativo de investigación, el cual permite combinar diversas técnicas de recolección e interpretación de datos: lectura crítica; estudio de casos; entrevista en profundidad.

Los resultados obtenidos pretenden constituirse en un aporte significativo para el reconocimiento, tratamiento y prevención de la problemática.

INTRODUCCION

Este trabajo aborda la problemática del Síndrome de Munchausen Por Poder denominación que le otorgó por primera vez en el año 1951 el Dr. Richard Asher, y que se refiere a cuadros clínicos supuestos que padecen los niños según las referencias de sus madres las cuales consultan por ellos.

Asher describió bajo este nombre un cuadro caracterizado por el abuso de consultas hospitalarias realizadas por madres, a raíz de falsos y significativos padecimientos, los cuales promovían en sus hijos estudios y tratamientos médicos raros, poco claros e innecesarios. En este contexto, el aporte de Asher permitió catalogar como enfermo a la persona que “aparentaba burlar” las destrezas diagnósticas del médico.

La elección del nombre, Munchausen responde a los antecedentes históricos de Karl Friedrich Hieronymus Barón Von Munchausen, nacido en Alemania, en 1720, conocido como el “barón de las mentiras” y fallecido en 1797, a los 77 años de edad. Munchausen se desempeñó como capitán de caballería para un regimiento ruso en dos guerras contra los turcos y era un conocido narrador de anécdotas sobre viajes y batallas. Sin precisiones exactas, cuenta la historia que Polle, el hijo de Munchausen, padeció una enfermedad ficticia a la edad de un año, provocada por su padre. En memoria de este caso, se conoce en la literatura médica este síndrome y se lo denomina Síndrome de Munchausen como una forma atípica de malos tratos.

En 1976 el Dr. Rogers publica seis casos en niños y un año más tarde, Roy Meadow definió a este síndrome como Síndrome de Munchausen por poder o por delegación (Munchausen síndrome by proxy). Lo describe como aquel en que la persona inventa síntomas para otro (generalmente la madre y lo padece el hijo).

Esta investigación intenta realizar un recorrido acerca del Síndrome, poniendo de relieve las características de un trastorno que durante muchos años pasó inadvertido pero causó –y sigue causando- importantes desequilibrios en la relaciones madre-hijo; médico-paciente.

Las líneas teóricas que se propone comprende una descripción precisa del Síndrome, desde una perspectiva médica (desarrollada en el Capítulo I, en la cual se contemplan las características principales, los antecedentes históricos, los indicadores de diagnóstico y se señalan las pautas de intervención) y desde una perspectiva legal (desarrollada en el Capítulo II, en la que se consideran los derechos del niño, los

marcos legales vigentes en nuestro país y se detalla el procedimientos de denuncia ante una caso de Munchausen).

Respecto del marco metodológico, se presentan y analizan seis casos detectados en distintos Hospitales de la provincia de Buenos Aires (Argentina) y se “refrescan” los datos y conceptos estudiados a través de dos entrevistas realizadas a médicos, cuyas trayectorias profesionales se encuentran vinculadas al par madre-hijo en la relación médico / paciente. Uno de los médicos es pediatra y ejerció hasta el 2015 como Director del Hospital San Carlos de la ciudad de Casilda y el otro médico se desempeña como médico forense en el Instituto de Medicina Legal de la ciudad de Rosario y es docente de la cátedra del Post-Grado de Especialización en Medicina Legal.

SUPUESTO DE INVESTIGACIÓN

Los casos de Síndrome de Munchausen por poder son protagonizados por madres hacia sus hijos o hijas en edad de tránsito por la primera infancia (de 0 a 6 años) y son detectados en el ámbito de la salud (de la atención médica), no en el ámbito familiar. Solo algunos de esos casos son denunciados ante la justicia.

ANTEDECENTES DEL TEMA

En el Servicio de Salud Mental del Hospital Prof. Juan P. Garrahan de la ciudad Autónoma de Buenos Aires, se realizó una investigación en 31 casos detectados en niños entre 7 meses a 14 años. Este dato fue publicado por la periodista Constanza Chaltah de la Redacción del Diario La Nación, fechado el 10 de diciembre de 2001.

Las alteraciones sufridas por los niños arrojan los siguientes resultados:

<i>Desórdenes intestinales</i>	<i>47 % (gastroesofágicas)</i>
<i>Neurológicos</i>	<i>27% (convulsivas)</i>
<i>Respiratorias</i>	<i>15%</i>
<i>Cardiovasculares</i>	<i>3,5% (arritmias)</i>
<i>Metabólicas</i>	<i>2,5%</i>
<i>Misceláneas</i>	<i>3% (intoxicación)</i>

Según el Dr. Alberto Bissot...”hay síntomas que crean sospechas al profesional sobre esta patología como tener un niño que no mejora a pesar de realizarse tratamientos convencionales, pruebas de laboratorio que no van de acuerdo con la historia clínica o que los síntomas desaparecen cuando la madre no está presente”.

Por eso existen hospitales (en Estados Unidos y en Gran Bretaña) que utilizan cámaras de video, ocultas, para poder monitorear cuando surgen sospechas.

Es interesante el relato de las médicas pediatras Dra. Adriana García

Pereira y la Dra. Elizabeth Pavón, ambas pertenecientes a APADESHI (Asociación de Padres Alejados de sus Hijos), cuando se lee:

Se...” debería dejar al menor internado, haciéndolo con toda cautela y sin que la madre sospeche que los médicos detectaron el síndrome, porque lo más probable es que retire a su hijo y lo lleve a otro nosocomio. Habría que dar aviso al Servicio de Psicopatología para tratar a la madre y, a su vez, efectuar la denuncia correspondiente que indica la ley de Protección contra la violencia familiar”.

Los Cuadernos de Medicina Forense de España. Los Dres. F. de la Cerda Ojeda, T. Goñi González e I Gómez de Terrero del Servicio de Pediatría del Hospital Universitario Virgen del Rocío en Sevilla, realizaron en un trabajo de investigación y seguimiento de seis casos diagnosticados durante un período de ocho años, cuyos

resultaron fueron que la causante de la problemática era la madre, mujer con escasos recursos económicos, sin una buena constelación familiar y presentando alteraciones de la personalidad.

La edad media de las víctimas ha sido de ocho años, presentando cada caso reiteradas consultas a centros médicos, internaciones y utilización de servicios de emergencia en forma permanente, se confrontaron las familias y se tomaron medidas legales, se llevó a la práctica un plan de seguimiento e intervención a favor de la víctima.

Características analizadas por el Servicio de Pediatría en Sevilla.

Los estudios se realizaron teniendo en cuenta la edad, sexo, tiempo, relaciones familiares, enfermedades y pronóstico. Los resultados fueron:

EDAD	Menores de 4 años
SEXO	No hay predilección
TIEMPO	Desde el comienzo de la sintomatología hasta el diagnóstico, un promedio de 22 meses.
RELACIÓN FAMILIAR	25% de hermanos muertos
ENFERMEDADES SIMILARES	61,3%
PRONÓSTICO	Lesiones a largo Plazo: 7,3% Fallecimientos: 6%

Dentro de las conclusiones logradas en estas investigaciones se pudo determinar que la mayoría de las veces la madre fue la protagonista, joven de edad y de bajo recursos socioeconómicos sin trabajo fijo o directamente desocupada, proveniente de familia desestructurada (madres solteras, niños derivados para su crianza a los abuelos, separaciones de cónyuges en forma violenta, abandono del hogar, etc.). Dentro de los rasgos más característicos en el 50% de los casos que pudieron ser detectados, se pudo diagnosticar que existían (en los victimarios) rasgos ansiosos- depresivos, en un caso de los analizados, la madre había estado en la cárcel acusada por la muerte de un hijo, hermano de la niña en cuestión.

MARCO TEÓRICO

CAPÍTULO 1: ACERCA DEL SÍNDROME MUNCHAUSEN, DESDE UNA PERSPECTIVA MÉDICA

1.1 Descripción del Síndrome del Munchausen por poder. Conceptos y características principales.

Es una forma de maltrato infantil en la que uno de los padres induce síntomas aparentes o reales de una enfermedad en el niño que está a su cuidado.

El cuidador, sea padre o madre, puede simular síntomas, por ejemplo, como el caso de una mujer que agregaba sangre en la orina o en las deposiciones, falseando temperaturas, dándole medicamentos a su hijo para provocar diarreas o vómitos para aparentar una enfermedad.

El sujeto que padece el Síndrome se muestra como solícito y colaborador en el escenario hospitalario, abnegado y dedicado de tal manera que jamás haría sospechar a un profesional de la enfermedad que padece.

Si el médico detecta la situación debe notificar de inmediato a las autoridades para que se trate psicológicamente al progenitor involucrado. El niño debe ser separado inmediatamente del cuidado de su progenitor causante.

Especialmente los pediatras deben sospechar cuando las crisis de sus pacientes son difíciles de controlar, los tratamientos resultan inefectivos y no existen evidencias de “alteraciones neurológicas”.

Se ha determinado que el causante de este Síndrome son los adultos a raíz de problemas psicológicos que les son propios y que va en búsqueda de llamar la atención de los demás, sin saber que puede ser el causante de la muerte de un niño. Los especialistas A. Fernández, Jaén, A. Martínez Bermejo, V. López Martín y L. Pascual Castroviejo afirman el alto grado de mortalidad infantil y la urgencia del diagnóstico inmediato. Los mismos, al tratar el Síndrome de Munchausen, en la presentación de un caso con Epilepsia en el Servicio de Neurología Pediátrica del Hospital Universitario La Paz, de Madrid (España) ante el caso de un niño internado por crisis convulsivas reales al principio de la enfermedad y que luego fueron mantenidas por la falta de continuidad con los fármacos para epilépticos y al mismo tiempo inducidas por intoxicación con clomipramina por parte de la madre.

Vale aclarar que la droga mencionada es un antidepresivo, elevador del estado de ánimo, que no debería ser utilizado en menores de dieciocho años dado que, entre otras contraindicaciones, se considera que impulsa tendencias suicidas. Se aplica a personas con trastornos obsesivos- compulsivo e incrementa, además, la cantidad de serotonina.

En términos generales, el niño (paciente) suele mejorar durante la internación pero se produce una recaída al volver a la casa, aunque también puede suceder que el paciente al ser sometido a estudios invasivos sufra complicaciones tales como depresión, ansiedad, stress postraumático e incluso la muerte.

Se podría seguir enumerando características pero lo importante es que el profesional médico sea cuidadoso y observador, no descartando datos o situaciones que sean anómalas. Desde ya, es posible afirmar que no es sencillo realizar el diagnóstico y sí es fundamental el tratamiento jurídico, médico, psiquiátrico y social del paciente y de todos y cada uno de los miembros de la familia a sabiendas que muchas veces deberán realizar acciones legales en beneficio del niño abusado.

El Dr. Meadow fue durante más de diez años perito en numerosos casos de filicidios, pero también se supo que varios padres fueron acusados y condenados por asesinar a sus hijos siendo inocentes.

No se debe tomar con liviandad el diagnóstico sin tener consistencia científica, pruebas suficientes y seguimientos, de allí que muchas de las propuestas del Dr. Meadow ut supra descriptas, fueron criticadas por adolecer de planteos y metodología científica.

Se debe evitar que el médico persiga a la madre ansiosa cuando no existe evidencia clínica real, porque en este mismo perfil se puede acusar a una madre despreocupada y sin ansiedad ante la enfermedad de su niño. El profesional debe estar muy atento a todos y cada uno de los síntomas que evidencia su paciente, comprobar que un padre no “inventa” una enfermedad del niño exponiéndolo y sometiéndolo a tratamientos invasivos, dolorosos e innecesarios.

La Dra. Harriet Mac Millan¹, aclara: “en los niños, es una forma de maltrato que se considera un trastorno psiquiátrico, un ejemplo sería cuando un padre está informando de que el niño tiene ciertos síntomas que el niño no tiene -dirá el padre-, “mi hijo tiene un terrible dolor abdominal...”

Allí es entonces, donde se comienza con placas radiográficas, ecografías, análisis y otros medios y procedimientos, incluso hasta llegar a una cirugía exploratoria para encontrar la o las causas del padecimiento.

La Dra. Mac Millan y otros miembros del Comité sobre Abuso e Negligencia Infantil dicen que cuando el cuidador (padre, madre, adulto) inventa la enfermedad en un niño, se está en presencia del Síndrome de Munchausen por poder, son personas que fabrican síntomas de la enfermedad que suele, en algunos casos, llegar a la autolesión. Estos autores certifican que es una enfermedad relativamente rara que se produce, en sus generalidades entre 5 a 2 niños entre cada 100.000.

El Dr. Marc Feldman² asevera que “detrás de esta enfermedad los que la propinan buscan gratificación emocional a costa del bienestar del niño”. Así que se presentan a sí mismos como los cuidadores de niños terriblemente enfermos, cuyas enfermedades están desafiando los diagnósticos, y, como era previsible, reciben mucha atención y la preocupación de la familia inmediata, así como de la comunidad” El problema de este síndrome es que, por un lado es fundamental proteger al niño, ¿pero cómo hacerlo si es tan difícil de tratar a quien lo produce?

Al respecto, algunas estadísticas afirman que esta tendencia patológica y perversa se suele dar en un 42% en progenitores que tienen cierta vinculación con la medicina, sea estudiante de la carrera, enfermero o mucamo en un hospital o el paciente ya recibió asistencia anteriormente y los progenitores gracias a Internet hacen lo demás. El niño debe recibir urgente atención médica para salir de la situación y poder recuperarse de las lesiones que viene sufriendo, las situaciones traumáticas, de las complicaciones, infecciones, medicamentosis.

¹ La Dra. Harriet Mac millan es pediatra y psiquiatra infantil, autora de numerosos tratados publicados en Revistas de Pediatría, especialmente como personal de la Universidad Mc Master E. Actualmente se encuentra formando parte de un equipo de atención de la salud frente a la violencia familiar, el abuso infantil y la negligencia.

² Marc Feldman es psiquiatra de la Universidad de Alabama, reconocido en todo el mundo por su especialización en Munchausen y de otras formas de engaño médico.

Por otro lado y aceptando la postura de los autores Kaplan y Sadock referido al Síndrome de Munchausen dentro de lo que denominan TRASTORNOS FICTICIOS, cuyas características por simulaciones repetidas y consciente de una enfermedad sea física, sea mental sin otro objetivo que el de lograr un tratamiento médico inmediato o acompañamiento psicológico, los pacientes que sugieren trastornos pueden iniciar dicha simulación fingiendo síntomas a través de automutilaciones o interfiriendo en las técnicas y tratamientos diagnosticados, con consecuencias gravísimas e incluso llevando a la muerte a sus víctimas, generalmente niños.

En Argentina -como en otras partes del mundo- se analiza, estudia e interpreta y se trata de llegar a mayores y mejores conocimientos de quienes padecen este síndrome, cuyas principales características son conductas siniestras, perversas, violentas, mientras simulan grandes actitudes de atención y solicitud ante el personal sanitario y el servicio médico.

Los casos registrados en el Hospital General de Niños "Dr. Pedro Elizalde" de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires ponen de manifiesto la importancia que le han dado los médicos, quienes han avanzado en la toma de conciencia y verdadero análisis profundo de esta situación.

No es sencillo reconocer los trastornos facticios de los actos de simulación por cuanto existe en éstos una necesidad psicológica de asumir el papel de enfermo cuando hay ausencia de incentivos externos para ese comportamiento. Como se planteó en la Introducción de este trabajo, en 1951 Richard Asher describe por primera vez las características de lo que denominó Síndrome de Munchausen a un cuadro que se caracterizaba, por el abuso de consultas hospitalarias a raíz de falsos pero significativos padecimientos.

Al tomar conocimiento de este trastorno, se sintió la imperiosa necesidad de buscar el origen y las causas, cómo se diagnostica y los tratamientos a seguir, habiendo chocado con que si bien existe abundante literatura al respecto, se complica por no ser de fácil diagnóstico.

Todo esto sin desatender el marco legal, dado que este síntoma provoca conductas que son susceptibles de sanciones penales.

Por ello, se deben distinguir los trastornos ficticios de los actos de simulación, los trastornos mentales y las normas jurídicas aplicables teniendo en cuenta que pueden denominarse facticio o ficticio, según el autor que se considere.

Sobre el perfil del Victimario:

Aunque los medios utilizados por el perpetrador son diversos y sorprendentes, es importante diferenciar:

- la *falsificación* de datos aportados al historial clínico.
- la *simulación* de signos: como la falsificación de pruebas añadiendo sangre menstrual, azúcar o materia fecal a la orina, aparentar fiebre frotando el termómetro, colocándolo en la taza del desayuno
- la *producción* de signos: tales como erupciones por estímulos mecánicos o sustancias irritantes, administración de sedantes, provocación de asfixia por inhalación en bolsa de plástico o por oclusión mecánica con las manos, inducción de vómitos, por ejemplo con jarabe de ipecacuana (esta sustancia es de frecuente disponibilidad en botiquines familiares en los Estados Unidos).

Existe una forma de presentación inusual del Síndrome Munchausen por poder o por delegación (en adelante SMP) provocado a través de la ingestión reiterada de cuerpos extraños (dos aretes, posible botón no confirmado), tornillo de cinco centímetros y dos agujas de costura, provocado por una madre joven de 22 años con antecedentes psiquiátricos de alteraciones de conducta y disfunción familiar en una lactante de diez meses en cuya historia constaba prematuridad, visitas reiteradas hospitalarias y múltiples ingresos no justificados.

Las radiografías probatorias de SMP por ingestión reiterada de cuerpos extraños fue un aporte personal de I. GÓMEZ DE TERREROS a Child Abuse S Neglect en 1996.

1.2 Antecedentes históricos

Además de lo descrito en la Introducción de este trabajo se puede agregar que es el Dr. Samuel Roy Meadow quien designa la denominación “por poderes” (Síndrome de Munchausen porpoderes) atento a las investigaciones realizadas que le permitieron afirmar casos en que una persona inventa síntomas de otra que se encuentra en completo estado de indefensión. En el año 1977 el Dr. Meadow introduce el término

al analizar el comportamiento de dos madres que habían atacado a sus hijos provocándole la muerte y consiguiendo que fueran presas al declarar en los juicios. Cabe destacar que este profesional médico perdió su matrícula dado que en varias oportunidades intervino en juicios contra padres acusados de asesinar a sus hijos y luego resultaron ser inocentes. Fue considerado que carecía de datos pero no se puede negar que dejara abierta una puerta para analizar, investigar y tratar de evitar el abuso en menores.

1.3 Indicadores de Diagnóstico

En todo trastorno, al elaborar el diagnóstico se consideran los siguientes grados de compromiso:

- 1- LEVE** (no llegan sino a un leve deterioro laboral/ social)
- 2- MODERADO** (entre leve y grave)
- 3- GRAVE** (notable deterioro laboral –social)
- 4- EN REMISIÓN PARCIAL** (permanecen algunos de los síntomas luego del tratamiento)
- 5- EN REMISIÓN TOTAL** (luego de un período sin síntomas, no menos de tres años, con necesidad de evaluación y evaluación persistente).

Ante la aparición de la recidiva, resulta adecuado no atreverse a realizar diagnóstico ni índice de culpabilidad sin tomar nota de la edad, el sexo, la cultura, entre otras características.

Los trastornos ficticios o facticios, se manifiestan en los sujetos que intentan ingresar o permanecer en los hospitales, rara vez se diagnostica y por otra parte hay profesionales que se resisten a utilizar el nombre de por poderes.

En el DSM IV se marca específicamente que los adultos que sufren este Síndrome no tienen un justificativo y menos económico, pero sí se sabe que son sujetos que producen disfunciones en el aparato digestivo, genitourinario y en el sistema nervioso central.

Los sujetos que padecen Munchausen, poseen una facilidad increíble para narrar, relatar o describir experiencias que dice observar en la víctima, dominan el tema salud y conocen perfectamente el manejo hospitalario.

Pueden aparecer trastornos somatomorfos y trastornos de personalidad., también, pasar de (a) ser abusadores de una sola víctima o pueden tener varios, quien cumple con las características descritas, recibe el diagnóstico de trastorno facticio no específico.

Continuando con el DSM IV, se observa con claridad este concepto.

TRASTORNO FICTICIO	ENFERMEDAD MÉDICA
	TRASTORNO MENTAL
TRASTORNO	ABUSO SEXUAL
	ABUSO FÍSICO
SIMULACIÓN	NO ES LO MISMO QUE TRASTORNO FACTICIO
	MOTIVADA POR UN INCENTIVO EXTERNO

Esta singular expresión referida al maltrato infantil y cuyas consecuencias llevan a una altísima morbilidad en donde lo más difícil es no solamente el diagnóstico de los pacientes sino el tratamiento que se le debe indicar a quienes lo padecen, dado que, además, aún no es reconocido por todos los profesionales médicos, hecho que dificulta la situación.

TABLA I: “INDICADORES DIAGNÓSTICO DEL SINDROME DE MUNCHAUSEN³”

EN LA VÍCTIMA (niña – niño)	EN EL PERPRETADOR (el victimario)
Síntomas de difícil encasillamiento en un cuadro clínico específico.	Habitualmente la madre.
Síntomas de inexplicada persistencia y versatilidad que conduce a una elaboración diagnóstica desordenada, compleja e inconsistente.	Los signos y síntomas no ocurren en su ausencia.
Antecedentes familiares de muerte Infantil no aclarado o miembros que alegan tener diferentes enfermedades en el hospital graves.	Rehuye dejar al niño solo en el hospital.
Exámenes complementarios no concordantes con el estado de salud del niño.	Madre soltera, menos preocupada que los propios sanitaristas.
Ausencia de casos similares.	Trata de establecer estrechas relaciones con médicos y enfermeras.
Tratamientos ineficaces o mal tolerados.	Suele tener conocimiento o antecedentes de profesión sanitaria usualmente frustrados.
	Presencia de trastornos psiquiátricos y/ o de la conducta.

La prueba, dicen los especialistas para demostrar el rol de la madre es la “*prueba de separación*”, es decir demostrar que al separar al niño de la madre se liberan los síntomas en el niño.

Siempre el victimario, abusador o perpetrador, como prefiera llamárselo pero que siempre configura la misma actitud, asume una postura de negación ante la situación que se le plantee y cuando se siente “acorralado” ante las pruebas que se le ofrecen,

³ Publicado por el *Servicio de Pediatría del Hospital Infantil Universitario “Virgen del Rocío” de Sevilla, España.*

no tiene ningún inconveniente en acusar a otras personas como culpables, sean familiares, amigos, médicos o enfermeros.

El pronóstico puede llegar a ser fatal si no se consigue detectar la situación a tiempo, pero también, en el caso de superarlo, puede tener que convivir con secuelas de índole psíquica o física.

Se continúa con el aporte brindado por el Hospital Sevillano:

TABLA II: “NORMAS DE ACTUACION ANTE LA SOSPECHA DE MUNCHAUSEN”

➤ Comprobar detalles de la historia del niño, antecedentes personales, familiares, entorno social, psicoafectivo, entre otros.
➤ Investigar si existe relación temporal entre los signos y síntomas y la presencia de la madre.
➤ Separar al niño de la madre para comprobar si los signos y síntomas ocurren en su ausencia.
➤ Recoger muestras para examen bioquímico o toxicológico.
➤ Solicitar ayuda psiquiátrica.
➤ Notificación del caso.

Pautas de intervención específicas:

El manejo efectivo por parte del Área de Salud Mental, será el encargado de analizar la relación entre víctima y victimario, enfocando desde el punto de vista psicopatológico tres aspectos:

- el niño, víctima del maltrato;
- la cuidadora como agente causal;
- la familia como núcleo de desarrollo de los hechos.

Desde el plano del Área de Trabajo Social, se debe buscar la actuación de los padres en los planos de cuidados básicos, emocionales, educativos, necesidades económicas tanto de padres como de hermanos del abusado/a.

Determinar que la mayoría de las veces la madre es la protagonista, joven de edad y de bajo recursos socioeconómicos sin trabajo fijo o directamente desocupada, proveniente de familia desestructurada (madres solteras, niños derivados para su

crianza a los abuelos, separaciones de cónyuges en forma violenta, abandono del hogar, etc.).

Los docentes pueden prestar una importante colaboración observando al niño en clase y en los recreos, entrevistando a la familia, participando a las autoridades pertinentes.

Hay situaciones que han sido descritas como de riesgo y teniendo en cuenta que es muy amplia la gama de actitudes que pueden revestir grados de gravedad, lo adecuado resulta ir evaluando cada situación.

Los indicadores que se recomiendan tener en cuenta en situaciones de riesgo de SMP son:

- ✓ Intentos de ahogo o administración de tóxicos.
- ✓ Edad: menores de cinco años.
- ✓ Existencia de muerte inexplicable en la familia.
- ✓ Madre con SM propio o que lo ha padecido.
- ✓ Factores sociales adversos (drogas, alcoholismo).
- ✓ Invención de enfermedades persistentes.
- ✓ No respuesta al tratamiento.
- ✓ Situaciones en las que no se puede realizar o asegurar un correcto y permanente seguimiento de la víctima.

En todos los casos mencionados en general -y particularmente- ante cualquier sospecha, se debe dar inmediata intervención a los servicios legales competentes de manera de poder brindar medidas de protección por el bienestar del menor, en donde, seguramente se exigirá la separación de la persona maltratadora.

Sin realizar la confrontación con la familia, es básico que la reunión debe ser correctamente planificada y realizada por lo menos por dos profesionales que cuenten con los conocimientos suficientes y que haya logrado obtener la confianza de la madre. Nunca se planteará como acusación directa y se llevará a cabo en presencia de algún familiar.

Siempre deberán obtenerse datos con total objetividad, tomando nota.

Cronológicamente sabiendo que si no se logra colaboración necesaria y suficiente por parte de los padres, será obligación como profesionales médicos informar a las autoridades correspondientes.

El seguimiento del niño y de la familia, con controles periódicos y en diferentes planos:

- plano médico (a nivel hospitalario y atención primaria);
- plano de salud mental (tanto de la víctima como del abusado);
- plano educacional (se aconseja ingreso a guardería de inmediato se detecte problema);
- plano de trabajo social (evaluadores permanentes).

La premisa ideal al respecto brega acerca del tiempo: EL TIEMPO JUEGA A FAVOR DEL NIÑO.

CAPÍTULO 2: ACERCA DEL SÍNDROME MUNCHAUSEN, DESDE UNA PERSPECTIVA LEGAL

2.1 Derechos del Niño.

Si consideramos que el término MALTRATO se refiere a cualquier acción u omisión que produzca violación de los derechos de niños, niñas, adolescentes en tanto que afecten su salud. Desde esta perspectiva resulta adecuado pensar en que existen diversas formas de maltrato físico, emocional y/ o por negligencia. La Organización Mundial de la Salud los califica de las maneras siguientes: abuso sexual; mendicidad; trabajo infantil; trata de personas; supresión o privación de identidad, entre otros.

Cada uno ofrece indicadores que permiten su reconocimiento y llegar a la denuncia pertinente.

En la Convención sobre los Derechos del Niño, en su artículo tercero considera que las instituciones públicas o privadas, los tribunales y las autoridades administrativas, así como los órganos legislativos deben atender en primer lugar a los niños. Los estados deben asumir el compromiso de protección y cuidado tomando todas las medidas que correspondan, asegurando sanidad, supervisión y cumplimiento de normativas sin perder de vista los deberes y derechos de los padres.

La Ley 26061 De protección integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes, se expresa, en el art. 4to que las políticas públicas fortalecerán el rol de la familia y fomentarán las organizaciones y los organismos que deben proteger a ese núcleo poblacional, ampliando en el art.5to la responsabilidad ineludible del Estado, marcando que la prioridad es “la protección y el auxilio en cualquier circunstancia” de los avasallados.

Somos todos conscientes que la responsabilidad primaria corresponde a la familia atento a las responsabilidades que deben asumir tanto el padre como la madre, pero como bien se lee en el Art. 33, hay hechos transitorios, problemas de recursos económicos y otras circunstancias lo suficientemente valederas que muchas veces ponen en riesgo a los más débiles y es entonces donde el Estado toma responsabilidad y protagonismo.

Los embarazos de menores y niñas o adolescentes violadas, el aislamiento, la vulnerabilidad, especialmente en niños menores de tres años y con capacidades diferentes, la falta de atención a enfermedades crónicas, situaciones traumáticas de

muerte, sean prematuras, por accidentes o asesinatos, incrementa las situaciones de depresión, ansiedad, trastornos somáticos, naturalizando, la mayor de las veces, la violencia.

En las escuelas, el Estado debe proporcionar a las instituciones profesionales que puedan detectar, participar y actuar responsablemente haciendo un seguimiento de los sujetos maltratados, porque es de conocimiento de todos que la situación de indefensión de las víctimas los transforma en “invisibles” porque las situaciones se dan, generalmente bajo las paredes y el techo de la vida familiar, los que muchas veces, la propia precariedad, contribuye a empeorar situaciones.

2.2 Marco legal en Argentina.

La Ley 26.206 de Educación Nacional en su Art.82 considera, basándose en la Ley Nacional 26.061, las garantías reconocidas en la Constitución Nacional y en su Art.32 estipula las medidas de protección que se deben tener en cuenta en los hechos de violencia. En el Art.33 puede leerse que ante situaciones de amenaza o violación a los derechos de los menores y en casos de extrema gravedad, siempre se debe priorizar la protección, ejercicio y goce de la población vulnerable.

Existe un protocolo de detección y derivación en el caso de maltrato en el ámbito educativo, basado en la teoría de Pichón Riviere y los estudios de Winicott, material que se pudo analizar gracias a las TIC.

El Consejo de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes de la ciudad de Buenos Aires, específicamente UTEMIJ (Unidad Técnica Especializada en Maltrato Infantil) ha publicado un trabajo conjunto con médicos, psiquiatras y psicólogos tomando como base la Ley Nacional 26.061 u otras publicaciones emanadas del Foro Internacional de Derecho Familiar, brindando herramientas para facilitar la intervención en problemas de esta índole.

La Constitución de la Ciudad de Buenos Aires, en el Art. 39 reconoce la competencia del Estado y los Derechos de las víctimas. La Ley CABA, reconoce en su Art.17 que las niñas, niños y adolescentes “tienen derecho a ser oídos en cualquier ámbito cuando se trate de sus intereses o al encontrarse involucrado personalmente en cuestiones o procedimientos relativos a sus Derechos”.

Son muchas las Leyes, Decretos, Normas y Ordenanzas que existen a favor de las víctimas. Simplemente a título informativo se destacan:

- Ley Nacional Nro. 24.417/94 publicada en el B.O. Nro. 1995 del 3 de marzo de 1995 de Protección contra la Violencia Familiar

- Ley Nacional 26.485 de Protección para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra mujeres B.O. CABA 2212 del 15 de junio de 2005 Se considera necesario derribar una serie de mitos que son perjudiciales y se han metido en el pensamiento y en la creencia de muchas familias , a veces por temor al pater familie, tal cual es el castigo físico, el que cree que sólo las clase de escasos recursos tienen mayores casos de violencia, así como los relatos de niñas, niños y adolescentes no son siempre creíbles, entre otros.

En el suplemento del Diario del Mundo Hospitalarios, que es una publicación de la Asociación de Médicos Municipales de la ciudad de Buenos Aires de mayo 2004, obtenido por TIC y recomendando su lectura y análisis.

El Programa Nacional por los Derechos de la Niñez y Adolescencia, bajo el Ministerio de Educación de Juan Carlos Tedesco, ha aportado un excelente protocolo y material de orientación para docentes y aporta el correo electrónico al que acudir en busca de asesoramiento: derechosdeinfancia@me.gov.ar

Otros organismos son la Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia (011-4338-5804/05), Programas Víctimas contra la Violencia- Ministerio de Justicia, Seguridad y Derechos Humanos (011 4328-3015/3019).

En Rosario, provincia de Santa Fe, se puede acudir al Programa de atención Violencia, Teléfono Verde 80800 4440420 o al Grupo Atención Maltrato Infantil, (GAMI) el cual funciona en el Hospital de Niños Víctor J. Vilela, de la misma ciudad.

2.3 El Síndrome de Munchausen en el Derecho Penal.

Mente sana en cuerpo sano: estado pleno de una persona es tener buena salud tanto en el cuerpo como en la mente.

Muchas veces dentro de un cuerpo sano se producen anomalías que ponen en evidencia que algo no está funcionando correctamente, por ejemplo en casos de autoflagelos, agresiones, somatizaciones, entre otros. Entre la variada gama de patologías, se encuentra el Síndrome de Munchausen y afortunadamente los

estudiosos por una parte y las normas legales por otra, son quienes se organizan para luchar contra esta problemática.

Precisamente el material aportado por médicos, sean generalistas, pediatras, psiquiatras, forenses, nos llevan a los pasos a seguir:

- reconocer las características generales de los victimarios;
- interpretar la producción o simulación de signos físicos o psicológicos en la persona víctima del abusador;
- reconocer al perpetrador cuando asume el deseo de asumir el rol de paciente a través de terceros;
- descubrir que no existen incentivos económicos que justifiquen o provoquen el accionar del victimario;
- concluir con que el comportamiento del abusador no se explica mejor por la presencia de cualquier otro trastorno mental.

2.4 Procedimiento de denuncia ante un caso de Munchausen:

El médico está obligado a realizar la denuncia por sospecha de maltrato infantil de acuerdo a la Ley Nacional 24.417 de Protección contra la Violencia Familiar, sancionada en 1994, y a las leyes provinciales.

Esta ley establece en su artículo 2, que los servicios sociales o educativos, públicos o privados, los profesionales de la salud y todo funcionario público en razón de su labor están obligados a realizar la denuncia si un niño es víctima de hechos de violencia familiar. El fundamento de esta obligación radica en la absoluta indefensión en la que se encuentra un niño víctima de maltrato. Estos hechos de violencia incluyen cualquier sospecha seria o fundada de maltrato físico o psíquico de un menor.

2.5 ¿Cómo se realiza la denuncia?

Se realiza en forma oral o escrita, sin necesidad de patrocinio jurídico, dentro de las 72 horas de tomar conocimiento del hecho en la Ciudad de Buenos Aires (art.2 del

decreto 235/96 que reglamenta la ley 24.417), de las 48 hs en la provincia de Santa Cruz (art.2 ley 2.466), de las 24 hs de recibida la denuncia policial en la provincia de Jujuy (art.16 ley 5.107),de inmediato en la provincia de Buenos Aires(art.4 ley 12.569), Tucumán (art.1 y 2 ley 6.518) y Entre Ríos (art 5 ley 9.198). En el resto de las provincias, como en la nuestra (Santa Fe), no existe un plazo fijado.

2.6 ¿Dónde se debe realizar la denuncia?

La mayoría de los autores concuerdan en que el fuero civil, más concretamente el Juez civil de turno con competencia en asuntos de familia, es el competente en asuntos de violencia familiar. La vía penal tendría, según estos autores, poca eficacia frente a situaciones de abuso en el seno de la familia. La denuncia civil tiene como objeto visualizar el exceso que se comete en el seno de la familia para que se proteja al niño y se afronte la situación con objetivos terapéuticos y educativos.

Debería efectuarse la denuncia ante la Defensoría de menores de turno, ante los Juzgados de menores o bien ante la Oficina de Recepción de Denuncias de Violencia Familiar de la Excelentísima Cámara Nacional de Apelaciones en lo Civil.

Otro recurso es realizar la denuncia policial, siguiendo el expediente la vía penal, o realizar ambas denuncias.

La omisión de denunciar es un ilícito civil y puede generar en la persona que no denuncia la carga de reparar el perjuicio que sufra la víctima y toda persona que por ella se hubiese visto afectada (responsabilidad civil).

Además puede constituir un acto de mala práctica profesional si existiere negligencia, impericia o inobservancia de los deberes a cargo y se generase un daño en la víctima del maltrato, en concausa con el maltratador.

No puede ampararse en el secreto médico ya que en este caso el secreto sólo protegería al agresor. El médico se ve relevado de la obligación del secreto dado el interés superior y público que tiende a la protección psicofísica de los niños y niñas.

2.7 Situación del niño una vez realizada la denuncia:

El Juez requerirá un diagnóstico familiar por peritos de distintas disciplinas y dentro de las 48 hs. de tomar conocimiento de los hechos convocará a las partes y al ministerio público a una audiencia de mediación con el fin de instar a las partes a asistir a programas educativos o terapéuticos.

En la práctica diaria nos encontramos a veces con que los tiempos reales de la Justicia son más lentos, y existe un lapso más prolongado entre la realización de la denuncia y la toma de medidas por las autoridades. En ese período "oscuro", el denunciante y el niño quedan desprotegidos, sobre todo si el presunto abusador toma conocimiento de la denuncia. Es por ello que la única solución con la que contamos los médicos que asistimos a estas familias es la internación hospitalaria del menor previa a la denuncia, para así separarlo inmediatamente del peligro y evitar represalias para con él y para el miembro de la familia denunciante. Asimismo, el caso podrá ser evaluado por el Comité de Maltrato del hospital, ente primordial para realizar la denuncia ante la Justicia.

De las denuncias recibidas se dará parte al Consejo Nacional del Menor y la Familia.

No queda claro qué sucede si el agresor no acata el mandato judicial.

2.8 Barreras a la denuncia:

Uno de los principales obstáculos para realizar la denuncia son los sentimientos personales del eventual denunciante. Muchos no se quieren "meter en problemas", otros sencillamente tienen temor de hacer la denuncia y estas barreras se acrecientan si el involucrado como acusador es un conocido, un familiar o un compañero de trabajo. Algunos creen que la denuncia no sirve para nada, o aún más, que esta puede volverse en contra del niño a quien supuestamente se quiere proteger; otros opinan que pueden ayudar más si ellos mismos se acercan al niño y su familia. En muchos casos los propios médicos, enfermeras, asistentes sociales, agentes sanitarios, psicólogos o docentes en general desconocen su obligación legal de realizar la denuncia ante la confirmación o sospecha de maltrato infantil.

2.9 Riesgos para quien recurre a la justicia:

No existe ninguno, el denunciante no es parte del eventual juicio penal que surgiera de su comunicación, por lo tanto con la denuncia no contrae ningún compromiso que lo ligue a un posible proceso.

Solo podrá ser acusado de delito de calumnia si la denuncia fuera hecha con mala fe, o a sabiendas que se está imputando a un inocente. Si alguien presencia o se entera de un eventual daño o presume que existen razones para pensar que el mismo ha sido cometido, puede o debe según el caso denunciarlo. Aún, si luego de las investigaciones se concluye que ese daño no existió, el denunciante no ha incurrido en el delito de calumnia, dado que el mismo actuó de buena fe. Para hacer efectiva una denuncia, la Ley sólo requiere la "sospecha razonable" que se ha producido daño o abuso. Ocultar un hecho y en especial el maltrato a niños, implica encubrir un daño irreversible o una posible muerte.

El Código Procesal Penal establece las atribuciones y obligaciones que tienen los jueces, el Ministerio Fiscal y los funcionarios de la policía o de las fuerzas de seguridad cuando reciben una denuncia. Si estos no realizan las diligencias que les impone la Ley pueden ser acusados de violar los deberes de funcionario público. El mismo Código dispone sanciones a los funcionarios de la policía que violen las disposiciones legales u omitan o retarden la ejecución de un acto propio de sus funciones.

OBJETIVOS

Los **objetivos** que orientan esta investigación han sido:

- Comprender la problemática del Síndrome de Munchausen por poder en toda su complejidad, desde una perspectiva médico – legal.
- Describir las características del Síndrome de Munchausen por poder.
- Analizar causas y consecuencias de la víctima y su victimario.
- Analizar indicadores de diagnóstico del Síndrome de Munchausen por poder.
- Determinar el procedimiento de denuncia judicial en casos de sospecha y/o confirmación de Síndrome de Munchausen por poder.

METODOLOGIA

La presente investigación se enmarca en el paradigma cualitativo, puesto que su planteo y desarrollo pretende comprender en profundidad y desde la totalidad contextual en que se producen los hechos, el significado de dichos acontecimientos o fenómenos. En este caso el Síndrome de Munchausen, desde una perspectiva médico-legal.

La investigación cualitativa da profundidad a los datos, la contextualización del ambiente, los detalles y las experiencias únicas. Este abordaje socava en el mundo de los significados de las acciones y relaciones humanas, ese lado no perceptible y no captable en encuestas o estadísticas.

Además es de tipo descriptiva, dado que su preocupación radica en describir algunas características fundamentales de hechos y/o fenómenos. Las investigaciones descriptivas -según Carlos Sabino- utilizan criterios sistemáticos que permiten poner de manifiesto estructuras o comportamientos y/o sentidos de los fenómenos en estudio.

Según los presupuestos metodológicos, el diseño de esta monografía es de tipo bibliográfico, dado que los datos a emplear son datos secundarios que proceden de documentos escritos (han sido recolectados en otras investigaciones, por otros autores). Esta investigación se combina con técnicas de trabajo de campo dado que se recogen siete casos de Munchausen para su análisis e interpretación y se realizan dos entrevistas a profesionales de la medicina.

Las técnicas de recolección de datos empleadas:

✓ *Lectura crítica del material bibliográfico.*

✓ *Análisis de casos:*

Criterio de selección de casos: dada la particularidad de la problemática, la poca difusión y comunicación que adquieren los casos confirmados, se seleccionaron aquellos que se encontraban disponibles, que representan de modo general al

Síndrome y que tienen aproximadamente 10 años de antigüedad. Todos acontecidos en la Argentina. Se seleccionaron 6 casos.

- ✓ *Entrevistas en profundidad*, realizadas al Dr. L. C. A. (Médico Forense del Instituto Médico Legal de Rosario) y al Dr. W. P. (Médico Pediatra y Director del Hospital San Carlos de la ciudad de Casilda).

Previo acuerdo con los médicos convocados, por su experiencia y trayectoria profesional, las entrevistas se administraron a través de correo electrónico, otorgándoles un plazo de 10 días para su devolución. Debido a su carácter no presencial, la mayoría de las preguntas son cerradas pero se detalla un espacio libre, abierto a cualquier tipo de observación que el entrevistado quiera o necesite expresar, hacia el final del cuestionario.

Modelo de Cuestionario:

- En su experiencia y trayectoria profesional, ¿se encontró con casos de Síndrome de Munchausen?
- ¿Podría contarnos la situación?
- ¿Quién ha sido la víctima?; ¿Quién el victimario?
- ¿Cuáles los síntomas que el paciente presentaba?; ¿Cuál fue el diagnóstico? ; ¿Se diagnosticaron equivocadamente?
- ¿Cómo se resolvió? ; ¿Tuvieron un desenlace favorable para la víctima o terminaron en su fallecimiento?
- ¿Conoce casos de Munchausen sucedidos en clínicas o sanatorios en los cuales haya trabajado?
- ¿O que le han transmitido otros colegas?
- Y casos que no los han denunciado por error, por desconocimiento o temor u otra causa? ; ¿podría comentarlos?
- ¿Conoce casos clínicos relevantes, de la literatura médica?
- ¿Cree que los médicos de la actualidad están preparados para reconocer y afrontar un caso de Munchausen?
- ¿Considera que durante la formación académica de un médico (de grado) se dedica lo suficiente para el estudio de este Síndrome?

- ¿Desea comentar, ampliar o detallar algún aspecto especial de la problemática que tratamos?

ESTUDIO DE CASOS

CASO CLÍNICO 1:

Se trata de un varón de ocho años de edad, segundo hijo de padres no consanguíneos, trasladado desde otro centro hospitalario por crisis convulsivas rebeldes a distintos tratamientos farmacológicos y gran angustia familiar.

ANTECEDENTES FAMILIARES: la madre está siendo controlada en otro hospital por trastornos de la personalidad de tipo depresivo, que precisa tratamiento con clomipramina y cloracepato dipotásico, aunque en ese momento está asintomática, no existen antecedentes de epilepsia en la familia

ANTECEDENTES PERSONALES: no presentaba antecedentes patológicos de interés hasta la edad de cuatro años, en que comenzó a tener crisis consistentes en mirada fija, desconexión del medio y caída de objetos, estos episodios muestran una duración breve, pero se repiten frecuentemente a lo largo del día. Se trató inicialmente con ácido valproico, que hubo de suspenderse por el aumento de las enzimas hepáticas. Este tratamiento fue sustituido por la asociación de fenobarbital y fenitoína con supresión completa de la crisis. Después de tres años de tratamiento, control completo de las crisis y trazado electroencefalográfico normal se retiró la medicación en forma gradual.

Para redondear la situación, se sabe que a los quince días el niño comenzó con cefaleas y fotofobia, al mes aparecieron desconexiones con el medio, gritos, sin relajación de esfínteres y posterior somnolencia una vez terminada la crisis. Estas situaciones obligaron el reingreso hospitalario con controles intensos no invasivos, no encontrando explicaciones a pesar de los diferentes abordajes médicos. La sospecha médica es intoxicación y se llega a la conclusión, a través de las muestras de sangre, la presencia de antidepresivos, medicación que la madre está tomando por su patología psiquiátrica.

Esto demostró que la madre fue la inductora del proceso, pero mientras tanto aparentaba un comportamiento ejemplar, gran cuidadora de su hijo.

CASO CLÍNICO 2:

En el Hospital General de Niños "Dr. Pedro Elizalde" se registra el caso de un niño que es llevado por su madre al Hospital dado que esta manifestaba que el hijo

presentaba sangre en la orina. Los médicos le colocaron al niño una sonda hasta la vejiga pero en un descuido hospitalario la madre manipuló la sonda hasta provocar una hemorragia real.

Este caso se repitió pero la segunda vez, la enfermera alcanzó a ver cómo la mujer manipulaba la sonda como queriendo quitársela.

Mientras estuvo asistido en sala no se volvió a repetir el episodio de sangrado, pero la madre, que estaba muy pendiente del niño, llamó una noche a la enfermera para decirle que su hijo sangraba de un ojo. De inmediato se lo revisa y el médico constata que si, efectivamente había sangre en el ojo pero que el bebé no presentaba ninguna lesión. Con excelente criterio, mandó a analizar la sangre y se pudo comprobar que la misma no era del paciente sino de su propia madre.

La mujer se había provocado una herida en la mano para obtener la sangre.

Esta vez, fue fácil reconocer el SMP, contra tantas otras que a veces resultan imposibles de detectar.

Vale aclarar que la expresión BY PROXY significa a través de sustituto. Qué quiere decir esto? El rol de enfermo se delega, se miente o se causan enfermedades a otras personas, generalmente a niños menores de seis años, convirtiéndose el victimario, en la mayoría de los casos la madre, en sujeto de SMP.

CASO CLÍNICO 3:

La psicóloga Elena Wainryb, integrante del equipo de Pareja y Familia del Centro de Salud Mental N° 2 Arturo Ameghino, dependiente del Gobierno de Buenos Aires narra lo siguiente:

“Se trataba de una derivación judicial: el caso consistía en la revinculación del padre con la hija. El padre había estado privado de ver a la nenita, que tenía cinco años. La madre debía llevarla para que el padre tuviera oportunidad de encontrarse con la hija en la institución.

Era habitual que no la llevara y después presentaba certificado médico con distintas razones: fiebres, anginas. Uno podría tomar esto como estrategias para seguir evitando que el padre no viera a la nena. Hasta que un día vino a avisarme que la nenita no iba a poder ir porque había tenido hemorragia digestiva muy importante, por lo cual había tenido que ingresar por la Guardia en el Hospital Gutiérrez.

Agregó que ella misma no iba a poder seguir viniendo y adujo razones laborales. No volvió a venir pero, a los pocos días, vino a verme una profesional del Gutiérrez y contó lo que había pasado:

” la nena había llegado a la Guardia en brazos de su madre envuelta en una sábana empapada en sangre. Ante la magnitud del cuadro, la nena fue sometida a anestesia total para que pudieran hacerle un estudio gastroenterológico que es muy agresivo. El estudio indicó que la nena estaba en perfecto estado, no tenía nada”.

En este caso intervinieron profesionales de un equipo interdisciplinario, principalmente cuando los análisis demostraron que el grupo sanguíneo no era el de la nena, poniendo en evidencia que la madre había ensuciado de sangre

la sábana “ para armar la escena”. Los profesionales que participaron en esta investigación casi detectivesca hicieron la denuncia y una presentación ante el juzgado.

CASO CLÍNICO 4:

Una beba de sólo 4 meses de vida, derivada del Hospital Santojani con diagnóstico de bronquiolitis, con un episodio de apnea que vuelve a repetirse después de 48 horas (dos veces) con separación de cinco minutos entre uno y otro, que obligaron a los médicos a colocarle intubación y respirador.

La madre le retira el oxígeno, sin autorización médica.

CASO CLÍNICO 5:

En uno de los casos paradigmáticos relevados del Hospital de Niños “Dr. Pedro Elizalde”, la madre era una mujer de 19 años con antecedentes psiquiátricos, anorexia nerviosa, drogadicción e intentos de suicidio, tuvo internación es por estados depresivos e ingesta medicamentosa durante un período del embarazo.

Una vez concretados los estudios a la niña, de sólo 11 meses de edad, tanto cardiológicos, neurológicos, endocrinológicos, oftalmológicos, de laboratorio, se llegó a la conclusión que los episodios de apnea por los cuales fue reportada al Hospital Elizalde, fueron provocados.

Llamado el Servicio de Violencia Familiar, se dispuso la atención de una acompañante cuidadora hospitalaria durante las 24 horas del día.

El resguardo de la beba quedó a cargo de Defensoría de Menores e intervino el Juzgado pertinente.

CASO CLINICO 6:

Paciente de 9 años con múltiples quejas somáticas, descartando los médicos todo tipo de patologías. Según la madre, presentaba raras situaciones anómalas y por eso lo llevó al pediatra, al gastroenterólogo, neurólogo, urólogo.

El niño no fue autorizado por la madre para que sea auscultado sin su presencia, la que vivía en permanente conflicto con los profesionales porque no querían hacerle pruebas invasivas ni hospitalizaciones.

El niño, sujeto callado y retraído, vivía con su madre de 35 años y un hermano de 14, de padres separados, el progenitor lo veía cada 3 meses.

Entre los 7 y los 8 años fue ingresado al hospital por hematuria y pérdida de conocimiento. La urografía y cistoscopia dieron resultados negativos, CT y RM normales. La madre indignada, se retiró y no volvió más al hospital.

En este vínculo patológico de “adicción” al médico, debe siempre ser analizado por equipo interdisciplinario, historia clínica, historial social y familiar, consultas previas, hospitalizaciones. Las víctimas, en la mayoría de los casos, quedan convencidas de que son enfermas pero hay otros en que solamente temen a las represalias de la madre y no reaccionan, pudiendo terminar con trastornos depresivos, fracaso escolar, entre otros trastornos. Lo más significativo es que pueden convertirse en futuros victimarios.

ANALISIS DE CASOS

Retomando diferentes conceptos planteados en el Capítulo 1 del Marco teórico del presente trabajo y analizando cuáles serían las condiciones que deben reunirse para que este Síndrome se ponga en práctica se podrían enumerar varias, tales como:

- necesidad imperiosa de ser centro de atención
- odio contra todo lo que sea espacio sanitario
- deseo de posesión de droga
- deseo de tener alojamiento y comida gratis
- trastornos de la personalidad (psicópatas, masoquista, esquizofrénicos, etc.)
- carencia afectiva
- rechazo a la figura materna y a la maternidad
- carencia de figura paterna
- maltrato infantil y estado abandonico
- enfermedades infantiles
- desvalorización personal y hacia la persona del profesional médico.

Volviendo al pensamiento del Dr. Meadow, lo principal es lograr una correcta evaluación del niño, de los padres y analizar la constelación familiar y la dinámica de las relaciones interpersonales. Entre las características que el Dr. Meadow aconseja tener en cuenta, se detallan:

- ausencia de uno de los padres durante las internaciones;
- un padre que cree tener todos los conocimientos médicos y se observa que disfruta de la estadía en el hospital/ sanatorio;
- intolerancia por el tratamiento que proponen los profesionales;
- un niño que no responde o los tratamientos que llega a ser desconcertante e inexplicable;
- un padre que se observa demasiado calmo frente a la gravedad del niño;
- observar si los síntomas de los pacientes no se producen en ausencia de los padres;
- historias familiares complicadas y/ o muerte de hermanos;
- un progenitor que se preocupa más por su salud que por la del hijo.

En este contexto, y como se ha mencionado en el Marco teórico, una de las primeras medidas que deberían tomarse es la separación del niño/ niña del adulto que es sospechoso de cometer el abuso.

La Dra. Wainryb deja constancia que la madre, coincidiendo con la bibliografía internacional referida al SMP no era psicótica y que no hay una psicopatología en donde circunscribirla, pero podría ser dentro de la psicopatía histérica por la fabulación y carencia de culpa que manifestaba.

La lectura de casos del SMP nos pone en sobre aviso de cómo se debe estar alerta frente a casos que resulten sospechosos pero también crean una angustia profunda porque la detección de estos abusadores no ofrecen tipologías que les sean particulares y fácilmente reconocibles. Lo que es innegable es que estos casos existen y que implican una gran desafío para los médicos, en especial los médicos legislas, en la tarea de ir descubriéndolos.

Resulta muy difícil para el profesional responsable y que es quien debe hacer la denuncia pertinente, reconocer la diferencia clara y precisa de la madre simuladora cuyo objetivo es obtener ayuda personal o para el hijo de la madre con condicionante psicológico que sufre de compulsión de engaño para atraer hacia sí misma la atención y ser considerada la madre perfecta poniendo en situación de riesgo e incluso de muerte, a su niño/niña.

En relación al Caso Clínico N° 4, se encontraron antecedentes en el Hospital Gandolfo por llanto constante del bebé, rechazo de alimento, pausa respiratoria, hipertensión, entre otros síntomas.

Los estudios arrojaron resultados normales.

Al comprobar el personal médico que la beba estaba en situación de riesgo por la forma de cuidados que ponía en evidencia la madre (de 29 años) y en conocimiento del fallecimiento por un cuadro muy parecido al de la paciente, se le realizaron estudios a la madre y se obtuvieron los siguientes resultados:

- grandes conflictos que provocaban tensión interna,
- sentimientos de perjuicios con respecto a los demás,
- sentimiento de soledad,

- manejos interpersonales con (características psicopáticas) carencia de culpa, falsa angustia.

Una vez realizado el diagnóstico a la madre y al padre, con entrevistas a otros familiares, en defensa de la menor, se sugirió tratamiento materno, espacio terapéutico al padre y a la beba resguardo integral con autorización de visitas de la madre bajo supervisión de personal entrenado.

La narración del Caso Clínico N° 5 conduce a la decisión que ante la menor sospecha de presencia de Síndrome de Munchausen por poder en niños con sintomatología no clara, tratamientos sin respuesta y/o reiteradas demandas de asistencia hospitalaria, debe darse intervención de inmediato al equipo interdisciplinario de profesionales de la salud, en resguardo de la víctima.

Desde los aportes de la Psicología, sabemos que existe el deseo natural de ser objetos de atención, de cuidados y atenciones afectivas, más aún, cuando no gozamos de buena salud o estamos momentáneamente enfermos.

Sin embargo, en algunas personas está centralizada una especie de necesidad de ser cuidada y por ende, se apropian del rol de enfermos, para ello adoptan identidades, pena, cuidados, exagerando y fabricando enfermedades artificiales. Esos sujetos son capaces de asumir fingimientos de signos o síntomas, enfermedades y otras veces simulan para eludir responsabilidades.

La conducta facticia suele ser crónica y grave, a tal punto que se someten a intervenciones quirúrgicas o permiten que sean sometidas sus víctimas por el sólo hecho de sentirse atendidos.

CUADRO COMPARATIVO DE LOS CASOS SELECCIONADOS

<i>características sobresalientes y rasgos</i>	Cuadro Comparativo 1		
	<i>Caso 1</i>	<i>Caso 2</i>	<i>Caso 3</i>
Víctima	Hijo	Hijo	hija
Sexo	Varón	Varón	femenino
Edad	8 años	desconocida	5 años
Victimario/a	madre	Madre	madre
Antecedentes Fliares.	madre depresiva sin epilepsia familiar	desconocidos	madre psicótica histérica impedía contacto del padre
Antecedentes Personales	sin antecedentes hasta los 4 años	manipulación de sonda vesical para provocar sangrado	anginas y fiebres asiduas
Síntomas	cefaleas fotofobia y desconexiones del medio	sangre en ojo nuevo episodio	menor empapado en sangre
Resolución del Caso	confirmación de la sospecha de intoxicación por antidepresivos	análisis de sangre no perteneciendo al niño	análisis de sangre no perteneciendo al niño
Denuncia del Caso	Policía	equipo médico	equipo interdisciplinario
Diagnóstico	Intoxicación con depresivos	invención de síntomas	invención de síntomas
Tpo. de transcurso del caso	cuatro años	desconocida	desconocida
	<i>Caso 4</i>	<i>Caso 5</i>	<i>Caso 6</i>
Víctima	Hija	hija	hijo
Sexo	femenino	femenino	masculino
Edad	4 meses	11 meses	9 años

Victimario/a	Madre	madre	madre
Antecedentes Fliares.	fallecimiento de otro hijo	anorexia nerviosa, drogas e int. de suicidio, inter. en embar. x antidepresivos	anorexia nerviosa, drogas e int. de suicidio, inter. en embar. x antidepresivos
Antecedentes Personales	rechazo de alimento, apnea, hipertoni�a	episodios repetidos de apnea	episodios repetidos de apnea
Síntomas	broquiolitis con episodios de apnea	apneas	múltiples síntomas anómalos
Resolución del Caso	estudios a la madre	análisis de laboratorio, cardio-endocrino-neuro y oftalmológicos negativos	análisis y estudios negativos
Denuncia del Caso	equipo interdisciplinario	Servicio de Violencia Familiar	no volvio a concurrir
Diagnóstico	rechazo de alimento, apnea	asfixia para provocar apnea	invención de síntomas
Tpo. de trancurso del caso	desconocida	desconocida	desconocida

Cuadro Comparativo 2		
Diferencias	Similitudes	Originalidades
algunas madres son muy peligrosas, emplean desde el abuso físico hasta la intoxicación premeditada, casi no hay diferencias	todos los perpetradores fueron las madres, todas presentan antecedentes previos de enfermedades psiquiatricas, todos son hijos de corta edad, todas sin sentimientos de culpa y falsa angustia	no encuentro

ANALISIS DE LAS ENTREVISTAS

Las respuestas de los dos primeros médicos entrevistados coinciden en la baja frecuencia de casos de Síndrome de Munchausen por poder vistos durante sus años de experiencia y práctica profesional, aunque mencionan la posibilidad de no haber sido reconocidos o detectados en su momento, el tercer médico si bien sostiene que es baja la aparición de esta patología, se evidencia detectó más casos que sus colegas pero no puede decir que detectó todos los que se le presentaron. Los primeros aluden casos de maltrato infantil pero no de Munchausen, no así el tercero.

Los primeros médicos recuerdan un caso cada uno, en el caso del último galeno como se dijo refiere haber encontrado varios casos, siendo siempre perpetrados por la madre, practicados hacia sus hijos menores de edad. Ambos casos de características complejas y dudosas, respecto del comportamiento de la madre.

Los síntomas indicaban diarrea, vómitos y fiebre en un caso, y falta de incremento de peso en una bebé de 8 meses, en otro y lo relevante en uno de ellos es que se llegó a la intervención quirúrgica en una oportunidad, respecto a los otros hay similitudes.

En el caso del tercer entrevistado se evidencia una mayor experiencia en el síndrome que surge porque recibió mayor formación en su carrera y teniendo en cuenta que trabaja en una ciudad de mayor población, y que por ello ante la posibilidad de su existencia sin dudar automáticamente realizaba la denuncia y derivada al centro asistencial.

No obstante, es coincidente el relato que realizan los entrevistados respecto del comportamiento de estas mamás que concuerda con las características descritas en el apartado *Sobre el perfil del Victimario* y en la Tabla I *Indicadores Diagnóstico del Síndrome de Munchausen* del presente trabajo, en relación a los síntomas no observados por los médicos (fabulados por la madre), a “la gala de un rudimentario uso de palabras médicas manifestadas por las victimarias” –como expresa el Dr. L. C. A.- y a la posibilidad de que dichas victimarias hayan sido víctimas en tiempos anteriores.

Puntualmente, en esta instancia se puede observar como la teoría coincide con la práctica y cómo la práctica ejemplifica la teoría.

Otro aspecto a destacar en las tres entrevistas es el hecho de que los casos han sido judicializados. Si bien ninguno de los médicos explica con precisión el procedimiento

de denuncia realizado, los tres recuerdan la intervención de un comité legal y de ética y el abordaje de equipos interdisciplinarios de salud.

CONCLUSIONES

A modo de cierre, se puede inferir que el supuesto de investigación planteado aparece y se comprueba en los casos analizados, dado que la mayoría han sido madres que padecen este Síndrome las cuales han perpetrado contra la salud de sus hijos/as, todos de corta edad, utilizando artilugios para confundir y convencer a los médicos de las enfermedades o trastornos por ellas provocados.

Todos los casos expuestos han sido detectados en el ámbito de la salud, por médicos y/o enfermeras y han sido tratados por equipos interdisciplinarios de profesionales médicos. Algunos de ellos alcanzaron la instancia de denuncia policial.

Como se ha desarrollado en este trabajo, los pacientes con este Síndrome no son simuladores ni histéricos, son conscientes de sus actos inducidos por razones que ellos mismos parecen no comprender.

Como la simulación requiere de precauciones en su estudio y diagnóstico, el médico experimentado puede reconocer y analizar las circunstancias e introducirse en hechos relacionados en el pasado del niño afectado.

Los pacientes con Síndrome Munchausen por poder evidencian trastornos de personalidad, con conductas autodestructivas y actitudes agresivas. La situación ética se complica, aparecen problemas de ausentismo laboral, costos inestimables en el tratamiento, el cual es complejo. La responsabilidad del médico es muy grande tanto en el diagnóstico como en el tratamiento y en el caso del médico legista, éste debe poner toda su sagacidad y ética para poder dictaminar ante situaciones concretas.

Respecto de los objetivos planteados en el presente trabajo, los mismos se han desarrollado y profundizado de modo tal de cubrir la problemática del Síndrome de Munchausen por poder desde una perspectiva amplia, contemplando las dimensiones correspondientes al área de la salud y de la legalidad.

Así, el trabajo describe las características del Síndrome, establece indicadores de diagnóstico, analiza las causas y consecuencias en la víctima y el victimario y determina el procedimiento de denuncia judicial en casos de sospecha o confirmación de Munchausen.

Como se ha desarrollado en el Marco teórico y se ha explicitado en el Análisis de datos, la agresión física y psicológica hacia la víctima son características propias

del perfil de los victimarios, los cuales ponen en una zona de conflicto la relación madre-hijo, médico-paciente.

Considerando la problemática en su conjunto y luego del recorrido teórico realizado estamos en condiciones de reflexionar acerca de la importancia de detectar a tiempo dicho Síndrome y del trabajo interdisciplinario de profesionales del área médica, psíquica y social que se requiere para afrontar las huellas y consecuencias que quedan en las víctimas.

BIBLIOGRAFIA

Bachelard, Gastón (y col) La formación del espíritu científico- Bs As Edit. Siglo XXI 1985

Campay Aranda, Gómez Arayo, Elda (y col) Técnicas e instrumentos cualitativos de recogida de datos- BS As Edit. Eos 2011

Gómez de Terreros, I Los profesionales de la salud ante el maltrato infantil (y col) España - 2da Edición 1997

Gómez de Terreros Ingestión reiterada de cuerpos extraños, forma inusual de presentación del Síndrome de Munchausen por poderes (y col) Granada España 1996

Rodríguez Gómez Metodología de la investigación cualitativa- (y col) Malaga- Algibe 1999

Diarios

La Capital de Rosario -OSECAC deberá...6 de jmayo2015 - Amor torcido 6 de marzo 2008

Clarín Buenos Aires - Madres que asesinan a sus hijos 28 julio 2009

Blog.com Com. Ernesto Santamaría .Procedimientos Policiales- Argentina Google

La Nación de Buenos Aires - Los padres que enferman a sus hijos 10 diciembre 2001

- Una mujer intenta asfixiar a su hija de 2 años 18 de diciembre de 2012 - Maltrato y trabajo infantil 9 de julio de 1997

El país - Síndrome Munchausen - 31 de julio 2009

Magdalena Tempranísimo 56 Grupo de Trabajo en Muerte Súbita del lactante.

Recomendación sobre eventos de amenaza de vida la vida (ALTE)- Sociedad de Pediatría CABA PUBLICACIONES @ sap.org.ar <https://books.google.com.ar>

Revista Imaginaria Revista quincenal sobre literatura infantil y juvenil El Barón de Munchausen y la alegre rebelión de la fantasía. Artículo de Marcela Carranza en 2014 (y col) www.imaginaria.com.ar

ARTICULOS

Del Moral, Laura; No al maltrato infantil: Síndrome de Munchausen Blogspot.com.ar 1/ 2015

BIBLIOGRAFIA ESPECÍFICA

Asher.R (y col) Munchausen ´ Syndrome LANCET 1951 Febrero 10-Publicación Médica- Medline

Becerra, C - Mandirola N – Páez Sonia E. y otros El Síndrome de Munchausen en el Derecho Penal- on line- (y col) Derecho y Cambio Social mmconverset@hotmail.com lucianascorcelli@yahoo.com.ar

Biblioteca Virtual de Salud. Cuba- Hospital Clínico-Quirúrgico Dr. Gustavo Aderguía Lima- Cienfuegos. Agosto 2000 (y col) 57

DSM IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) Es el Manual Diagnóstico y Estadísticas de los trastornos mentales de la Asociación Psiquiátrica Americana (APA) “et al” (y col)

Dirección General de Planificación, Formación e Investigación- Consejería de la Salud- 1ra Edic- Madrid 1002 (y col)

Consejería de Madrid -Revista española de Salud Pública Vol.72 Ministerio de Salud y Consumo 1997

Escudero Fernández B, Zapatero M. Arizmendi MC Síndrome Munchausen por poderes. Actuación Médica AC Ped Esp 1993 “et al”

Guía para la atención del maltrato a la infancia por los profesionales de la salud 1ra Edición- Madrid 1002 “y col”

Revista española de Salud Pública - Vol. 72 Ministerio de Sanidad y Consumo 1997

Gómez de Terreros, Los profesionales de la salud ante el maltrato Infantil- 2da Edic. Granada Comares 1977 “y col”

Kaplan HH Sadoc, Benjamín Compendio de Psiquiatría 2da Edic. Bs As “y col”

LEY 24417 Protección contra la Violencia Familiar 1994

LEY 12.569 de la Provincia de Buenos Aires Texto actualizado de Leyes 14509 y 14657 por el Senado y Cámara de Diputados

Meadow, R (et al) Management of Munchausen Syndrome by Proxy. Arch Dis Chil 1962 y posterior 1985 “et al”

Servicio de neurología Pediátrica – Hospital Universitario - La Paz - Madrid- España - Paseo de la castellana 261 - Revista de Neurología “ y col” 58

ANEXOS

1- Respuestas de la entrevista realizada al Dr. L C A:

- 2- En una sola oportunidad he abordado profesionalmente un caso que podría corresponderse con el Síndrome de Munchausen.
- 3- El caso, según recuerdo, ha sido el siguiente: El caso se corresponde con el año 1998 aproximadamente en ocasión de mi desempeño como médico policial y médico Jefe del Servicio de Medicina Legal y Laboral del Hospital San José de Cañada de Gómez. Fui llamado al Hospital Regional por un caso que presentaba características complejas y dudosas en relación al comportamiento de la madre con un menor de tres años de edad.
- 4- La víctima, queda claro, es el menor. El victimario en el caso relatado la madre del menor. Debe considerarse que en un buen número de casos, éste puede encuadrarse dentro de los mismos, el victimario ha sido víctima en tiempos anteriores y reitera situaciones.
- 5- Los síntomas que objetivamente el paciente presentaba eran:
Diarrea. En ocasiones vómitos. Además según alegaba la madre el menor presentaba vómitos reiterados y fiebre.

El paciente mejoraba en internación rápidamente. No presentaba evidencias de violencia física. El cuadro de presunto origen gastrointestinal se reiteraba con frecuencia. Al poco tiempo del alta se repetían los síntomas. La consulta se efectuaba en Centros de Salud periféricos o en el Hospital. No se completaban los tratamientos ni volvía a consulta una vez mejorado el cuadro. Los episodios febriles nunca fueron objetivados.

La madre hacía gala de un rudimentario uso de palabras médicas y hacía uso de una confianza y cercanía hacia el personal médico y paramédico que no correspondía.

Mientras el niño estaba internado se procedió a una investigación “quasi” policial pero cuidadosa con colaboración del personal del hospital. Se encontró un laxante en el bolso de la madre.

- 6- El caso fue judicializado. Se resolvió favorablemente. El menor fue entregado a los abuelos. No volvió a presentar cuadros de diarrea y/o vómitos.
- 7- En mi modesta experiencia el caso en el cual participé fue diagnosticado en vida.
- 8- No, salvo el caso que he relatado.
- 9- En oportunidad de abordar el tema como docente en la Carrera de Posgrado de Medicina Legal, los cursante, médicos en su totalidad, suelen aportar experiencias respecto a maltrato infantil en general y Munchausen, excepcionalmente, en particular. En estos últimos casos las referencias han sido más bien aportadas desde un relato retrospectivo de casos que podrían corresponderse con Munchausen.
- 10-No he tenido casos de estas características. En general, los casos de maltrato infantil, han sido reportados a la autoridad competente aún ante la duda, con los recaudos del caso.

11-Casos relevantes de la literatura médica:

Los casos más relevantes de la literatura médica corresponden a lo publicado por Roy Meadow en 1977. El primero es el caso de una madre que administraba sal a su hijo de 14 meses grandes cantidades de sal, provocando su fallecimiento por disturbios hidroelectrolíticos provocados por la hipernatremia. La madre confesó a su psiquiatra muchos años después que había matado a su hijo explicando la administración de sal. El segundo era el de una madre que colocaba su propia sangre menstrual en la orina de su hija provocando diagnósticos reiterados de infección urinaria con los consecuentes tratamientos

y estudios complementarios. La menor de 6 años estuvo internada 12 veces, 6 de los estudios realizados lo fueron con anestesia. Se realizaron en total 180 análisis de orina.

12-No

13-No

2- Respuestas de la entrevista realizada al Dr. W P (MP 13.912):

En mi carrera como profesional, los casos sospechosos de Munchausen, son pocos.

Quizás sí, muchos no detectados por casos de patologías inexplicables.

El caso que recuerdo es cuando una niña se internaba de forma frecuente con glucosurias persistentes, sin hiperglicemias y con síntomas descritos por su madre no observados. Fue, cuando un enfermero la vio colocar azúcar en el recipiente que recolectaba la orina, y lo pensamos.

Bueno, la víctima, niña de 18 meses de edad y su madre la victimaria.

La falta de incremento de peso sin desnutrición objetiva y el relato de la mamá con hiporexia, polidipsia y poliuria. Veíamos la posibilidad de una diabetes o un trastorno metabólico.

Fue abordado multidisciplinariamente y dimos intervención a un comité legal y de ética. Eran otros tiempos, con viejas formas de trabajo, con otras leyes.

No conozco casos de Munchausen fallecidos, y muchos fallecidos se los puede relacionar con este síndrome como maltrato.

Otros colegas me han comentado de casos conocidos que nos marcaron en nuestra carrera, pero no recuerdo con exactitud.

Creo que hoy en día, los temas relacionados con maltrato infantil toman dimensiones que despierta la sensibilidad de los profesionales, y los veo interesados por cómo proceder al enfrentarse con esas situaciones. Si bien, la formación académica de los

médicos trata estos temas con escasa profundidad, creo que el impulso de grupos colegiados, médicos y no médicos, crean espacios de debate que despierta interés por abordar estos temas, y la creación de grupos de trabajo en CAPS, facilita la tarea de la detección y acompañamiento del proceso con una intervención firme y oportuna.

3- Respuestas de la entrevista realizada al Dr. J C (MN 133316)

Sí.

Como cirujano; claramente en mis ya 8 años de profesión en la especialidad en de cirugía urológica infantil y anteriormente como cirujano general en el Hospital Garrahan, he detectado varios casos; y fueron derivadas al servicio de interconsulta con servicio social y de psiquiatría por parte de los pacientes.

Hija/o y Madre respectivamente en todos los casos.

La mayoría de los pacientes (hija/o) acompañados por su madre, presentaban dolor abdominal que en todos los casos habían sido tratados medicamente en tratamiento sintomático y solo un caso había sido intervenido quirúrgicamente por sospecha de apendicitis que intraquirúrgico y posterior anatomía patológica no fue la patología inicial. Y en todos los casos las madres insistían inclusive el postoperado que tenía otro apéndice y que estaba haciendo cuadro quirúrgico.

Se resolvió con mucha paciencia, charlando en varios días con madre y paciente.

Se resolvieron sin muertes.

Si conozco. En adultos y en pacientes pediátricos.

Si. Sobre todo en el ámbito quirúrgico.

He denunciado los que he detectado, incluso lo que no llegaban a darme amplia certeza, pero no he hecho seguimiento de ellos.

No. Solo literatura de pregrado

Creo que es importante se sospeche porque más vale prevenir que lamentar.

Se le dedica poco tiempo. Debo remarcar que personalmente tuve la oportunidad de que se trató de un tema dictado por mi formador, pero entiendo que no todos mis colegas especialistas les ocurrió lo mismo y quizás fue ese el motivo que hizo que me interese en el tema e hizo que lo conozca.

4- Lugares donde se debe realizar la denuncia:

Provincia y Ciudad	Leyes Provinciales	Efectuar la denuncia en
Buenos Aires	12.569	Juzgados de menores, tribunales de familia, asesor de incapaces, juzgados de paz letrados.
Ciudad de Buenos Aires	24.417	Defensorías nacionales de menores e incapaces de turno.
Catamarca	4.943	Asesor o Juez de menores de turno.
Casilda y Rosario (pasos a seguir por los distintos organismos públicos)	<i>Se hace en la delegación de niñez de Rosario y en el M.P.A. pero para una medida excepcional y urgente el control es a través de la Secretaría de la Niñez y el de legalidad por el Juzgado de Familia</i>	
Corrientes	5.019	Juez con competencia en asuntos de familia, asesor de menores de turno.
Chaco	4.175	Juez con competencia en asuntos de familia, asesor de menores de turno
Chubut	4.118	Juez con competencia en asuntos de familia, asesor de menores de turno.
Entre Ríos	9.198	Juez con competencia en lo civil y comercial, defensor de menores de

		turno, cualquier dependencia policial, juzgado de paz.
Formosa	1.160 y 1.191	Ministerio público de menores.
Jujuy	5.107	Defensores de menores e incapaces, defensores de pobres y ausentes, defensores regionales, dependencias de la policía.
La Rioja	6.580	Ministerio público de menores, juzgados de paz letrados o legos. Cualquier organismo público autorizado.
Mendoza	6.672	Ministerio público de menores, comisarías.
Misiones	3.325	Defensores de asuntos de menores.
Neuquén	2.212	Juez de primera instancia con competencia en asuntos de familia, juzgados de paz, unidades policiales.
Río Negro	3.042	Juzgados en lo civil, juzgados de paz, ministerio pupilar, órgano

		proteccional administrativo competente, comisarías o subcomisarias.
San Luis	5.142	Ministerio público, juez de familia, autoridad policial.
Santa Cruz	2.466	Juez con competencia en asuntos de familia.
Santa Fe	11.529	Ministerio público.
Santiago del Estero	6.308	Juzgado de familia, defensoría, fiscalía.
Tucumán	6.518	Cuando el denunciante sea dependiente de un hospital o institución asistencial pública o privada debe ponerlo en conocimiento de la autoridad del centro asistencial quien informará a la autoridad pertinente. En caso contrario se debe denunciar a la autoridad judicial, al ministerio fiscal, al ministerio pupilar o las autoridades estatales encargadas de la protección del menor.
Tierra del Fuego	39	Juez en lo civil competente, ministerio

