

Actualidad del Síndrome de Munchausen: su médico, su cuerpo y su dolor

Actual situation of Munchausen's Syndrome: his doctor, his body and his pain

"...tengo contra Antonio un odio profundo, una aversión absoluta, que me impulsa a intentar contra él un proceso ruinoso para mí." Shillock en "El mercader de Venecia".

W. SHAKESPEARE

T. ANGOSTO SAURA (*); A. DIAZ PIÑEIRO ();
J. L. FERNANDEZ SASTRE (***) y C. IGLESIAS RODRIGUEZ (***)**

RESUMEN

A propósito de seis casos, con probable diagnóstico de Síndrome de Munchausen, se hace una revisión bibliográfica de los tres últimos años, al mismo tiempo que mediante tests proyectivos se intenta buscar características comunes en este síndrome, así como se hace un intento de aproximación psicodinámica a dicho síndrome.

SUMMARY

This presentation is about six cases which can most likely be diagnosed as Munchausen Syndrome.

We do, too, a bibliographic survey for the last 3 years on the subject. Besides, we try, with projective testing, to find common traits for the syndrome, adding some psychodynamic considerations about it.

PALABRAS CLAVE

Syndrome de Munchausen. Contratransferencia. Imagen del cuerpo.

KEY WORDS

Munchausen Syndrome. Countertransference. Body-image.

INTRODUCCION

Tal vez pueda resultar curioso y llamativo para alguien, que unos profesionales que trabajan en un hospital psiquiátrico de orientación plenamente comunitaria como ideología asistencial, se preocupen por estudiar un síndrome como el descrito por ASHER (1). Síndrome que toma su nombre de la novela

(*) Jefe de Servicio Sector Sur. Hospital Psiquiátrico Rebullón.

(**) Psicólogo en Formación Clínica. Hospital Psiquiátrico Rebullón.

(***) MIR en Psiquiatría. Hospital Psiquiátrico Rebullón.

NOTA.—Este trabajo ha sido leído como ponencia en la Mesa "Medicina Psicósomática" de las VIII Jornadas Nacionales de la AEN en Las Palmas de Gran Canaria los días 12, 13, 14 y 15 de octubre de 1988.

de R. E. RASPE (39) del siglo XVIII, *El barón de Munchausen*, el cual contaba unas increíbles historias, a cual más fantásticas, con el fin de cautivar a sus interlocutores.

Resulta fácil adivinar, pues, que el interés surge cuando aparece un caso y se reflexiona sobre la posibilidad de que algún otro, tratado anteriormente bajo otra clínica, se pueda encuadrar como Síndrome de Munchausen.

Al no estar nuestro hospital dentro o en colaboración inmediata con otro de atención somática, algunos de los casos hemos tenido que ir a buscarlos en sitios diferentes de donde habitualmente trabajamos.

Contribuyó también a despertar nuestro interés, el que los primeros trabajos que revisamos fueran realizados por médicos no psiquiatras y que en la mayoría se consideraran los casos, más como un problema sanitario y de abuso de servicios públicos; CLARKE y MELNICK (10) cuando lo definen como "vagabundeo hospitalario" o la "adicción hospitalaria" de ENOCH y cols. (13), que como un problema individual de un sujeto que tergiversa su demanda y que a su vez provoca una respuesta siempre de acción tergiversada. Incluso el mismo ASHER publica su trabajo primero en una revista no del ámbito psiquiátrico, sino en la prestigiosa publicación del ámbito somático: "The Lancet". Imaginamos que intentaría poner sobre aviso a sus colegas médicos sobre estos cuentos que, a modo de remedos del barón de Munchausen, contaban los pacientes por el descrito. Pero ASHER no nos explica cuál es la causa por la que alguien cuenta cuentos a los médicos, cuando tantos los cuentos como los médicos le llevan repetidas veces a los quirófanos o a dejarse instalar un electrodo en el núcleo mediano talámico (caso 1).

Tampoco nos explica cómo algún médico advertido de lo psicógeno de los síntomas efectúa la intervención quirúrgica, incluso en contra de su jefe de departamento.

ASHER pensaba que con la existencia de un caudal informativo podrían desaparecer estas fallas sanitarias. También en un trabajo reciente se menciona que en Australia se ha creado un "Libro negro" (33) para inscribir a aquellos pacientes diagnosticados de Munchausen, los cuales serían rechazados del sistema sanitario.

Pero parece que la necesidad de ser intervenido por parte del paciente y la intervencionista de nuestros colegas de lo somático va más allá de la información. Para estos últimos estaría de parte del deseo, es decir, de algo que FREUD determinó como "contratransferencia" y J. LACAN reformuló como "deseo del analista" (49).

Este término, contratransferencia, designa los efectos producidos en el analista frente a la transferencia del analizado. Siempre resulta difícil extrapolar un término creado para una situación tan específica y concreta como la analítica a otra situación tan distinta como la relación médico-paciente. Sin embargo, ha habido autores que la han sacado del marco del diván analítico y han tratado de verla en toda relación en la que se juega algo del orden de la salud o en definitiva del orden de la dependencia. L. ISRAEL (20) dice que los mismos efectos contratransferenciales que un sujeto provoca o provocaría en su analista, los provoca en su entorno y como no, los provocaría en una situación médica ante un médico que no soporta que pongan a prueba su Saber y que prefiere actuar iatrogenicamente antes que plantearse la posibilidad de su ignorancia, respondiendo "mano armada", con una jeringa o el bisturí. De esta forma enuncia el concepto de "neurosis sobrepasada", que definirá la enfermedad iatrógena como: "aquella en la que el síntoma neurótico inicial (la mayoría de las veces histérico), vector de una verdad inconsciente que busca su intérprete, encuentra un médico que lo transforma en verdad objetivable, cerrando, por tanto, el discurso del in-

consciente. A partir de ese momento, y de manera subterránea, seguirán apareciendo síntomas cada vez más difíciles de comprender”.

“Contratransferencia del médico” fue un término empleado por primera vez por B. LEWIN (24) que la definió como: “la posición racional o irracional, científica o emocional, consciente o inconsciente, adecuada o anacrónica que adopta el médico frente a sus pacientes”. Para este autor, identificación y proyección serían los mecanismos básicos por los cuales el médico trata o maltrata a su paciente: “Al tratar al paciente como sujeto el médico corre el riesgo de la identificación, introyectando los contenidos emocionales latentes de la enfermedad de un semejante, por ello el frecuente trato como objeto tiene como misión preservarse de estos conflictos convirtiendo su relación con el sujeto enfermo en una imagen caracterizada por cadáver-máquina-laboratorio del paciente”.

Más adelante M. BALINT (3) redefinió este concepto para la relación médico-paciente: “la perturbación se produce, en el médico, en el punto en que hay congruencia o gran similitud entre sus propios problemas no resueltos y los de su paciente conduciendo esto a una disminución de la eficacia del médico.

En el desarrollo de la teoría de BALINT aparece otro concepto, que delimita I. LUCHINA (28), y que nos puede servir para entender mejor si esto llega a ser posible, este tipo de pacientes: “la convivencia inconsciente”; mediante ésta, el médico se ve impulsado a ocuparse de aquellos casos que reflejan sus propios problemas. Podríamos coleccionar después de este último párrafo algo que en criminología se nos enseña como que la víctima no es elegida arbitrariamente, pero también que hay una elección del agresor por parte de la víctima y aún más que víctima y agresor se pueden intercambiar muchas veces sus posiciones.

El paciente víctima-agresor, siempre va a encontrar un médico agresor-víctima que al contrario del Shylock de *El mercader de Venecia*, se atreva a arrancar la libra de carne, sin sangre, de su contratransferencia, aun a costa de intuir, que nada de lo real le pide el paciente. En la sangre derramada en el corte, se encuentra el objeto perdido que lo condena, como a Shylock, a la muerte simbólica del fracaso profesional (pocos pacientes han vuelto a ser intervenidos por el mismo médico). Pero también parece que el médico, mediante la intervención, intenta restituir en sí mismo, algo que podría tener que ver con su propia estima (algún paciente fue intervenido para probar nuevas técnicas) y que el paciente aparece como poseyéndolo.

CASUISTICA

Caso número 1

G.D.L.B., 58 años, casado, pensionista desde hace 15 años. Primer contacto con servicio de psiquiatría por cuadro de irascibilidad y raptus agresivos verbales. Refiere sintomatología depresiva. Ingestas alcohólicas masivas y esporádicas seguidas de amnesia.

Psicopatológicamente: abordable, correcto, frialdad afectiva, irascibilidad, discurso monótono, meticuloso, prolijo, racionalizador. Rasgos anancásticos. Accidentes traumáticos repetidos con historia de 11 intervenciones quirúrgicas (aporta informes de todas ellas) debidas a dolor psicógeno que aparece por primera vez a raíz de caída con escápula enclavada a los 40 años.

Diagnosticado de depresión reactivo-involuntiva, se inicia tratamiento farmacológico con antidepresivos y ansiolíticos.

La evolución en esta fase se caracteriza por el incumplimiento de las prescripciones médicas, existencia de múltiples quejas somáticas con el consiguiente peregrinaje de exploraciones y

tratamientos, persistencia de irascibilidad y actitud referencial respecto a la familia.

Se pierde la pista reapareciendo cuatro años después y siendo ingresado en el hospital psiquiátrico por reacción paranoide que, sin embargo, parece secundaria y se centra inmediatamente en múltiples quejas somáticas. Se le trató con neurolépticos. Durante la hospitalización se objetivaron lesiones autoinflingidas, dificultad de manejo y continuas demandas de atención somática.

Dado de alta se pierde nuevamente la pista volviendo a reaparecer un año después para solicitar un informe y poder ser intervenido quirúrgicamente en Madrid.

Después de diversas entrevistas se objetiva:

— Historia de dolor en hemicuerpo izquierdo con importante componente psicógeno (no se descarta existencia de dolor real derivado de las múltiples intervenciones que ha sufrido).

— Intervenciones quirúrgicas, así como exploraciones, destacando: seis intervenciones de escápula enclavada; tres intervenciones otológicas.

La mayoría de estas intervenciones forzadas por el paciente y en contra del criterio médico.

- Evolución inmodificable del dolor.
- Adicción a psicofármacos.

Se realiza informe para evitar más intervenciones consiguiendo ser intervenido de nuevo en Madrid en un centro altamente cualificado donde, a pesar de que poseían nuestro informe, le colocan un electrodo en el núcleo mediano talámico, y enseñan al paciente a estimularlo mediante un emisor de ondas. A pesar de ello, toda la sintomatología permanece inmodificable en lo referente al dolor, de tal forma que el paciente para estimular su núcleo mediano utiliza la máxima potencia con el emisor, por supuesto sin ningún efecto.

Acaba sumiéndose en una total inutilidad (encamamientos, quejas, invalidez progresiva, etc.), teniendo que ser internado de nuevo en hospital psiquiátrico para tratar, entre otras cosas, una tremenda adicción a los derivados opiáceos.

Una vez iniciado tratamiento con antidepresivos mejora ostensiblemente llegando incluso a colaborar en el arreglo de su casa, para a los pocos meses, y ante la falta de colaboración de la familia, volver de nuevo a los opiáceos y al año ser internado de nuevo en nuestro hospital.

Biográficamente: Es el menor de cuatro hermanos. Padre prácticamente ausente en el relato de su vida. Lo define como serio, poco hablador, distante. Madre de gran corazón, desprendida, "es la que sostenía la casa" (*sic*). Esposa tres años menor que él. Huérfana. Contraen matrimonio estando ella embarazada. Tienen seis hijos. La convivencia familiar está marcada por la enfermedad del paciente.

Caso número 2

A.C.D., 57 años, casado, cinco hijos. Con inutilidad laboral por enfermedad.

A los 17 años refiere importante accidente laboral con múltiples lesiones (1947): "fractura de cúbito y radio" con un año de baja laboral.

1950: amigdalectomía y extracción de 4-5 piezas dentarias.

1951: "punción cisternal con lipiodol (*sic*) en la que resultó en D₄-D₅, hernia discal no luxada hacia el canal raquídeo" (*sic*).

1953: inicia cadena de intervenciones quirúrgicas sobre columna, derivadas de los anteriores resultados exploratorios y quejas de dolor. Una en Santiago de Compostela, otra en Madrid (1955) colocándole injerto óseo de tibia en columna (refiere que los médicos se lo colocaron en sitio equivocado). Desde entonces refiere anestesia en hipocondrio derecho y dolor vesicular.

Otras dos intervenciones más en Madrid (la última de "estraperlo" en 1957) colocándole injerto de tibia en columna desapareciendo el dolor durante los tres años siguientes salvo ligeras neuralgias y bajas laborales eventuales.

En 1960 reaparecen los dolores, esta vez abdominales, y tras un año de persecución a los médicos consigue ser intervenido de nuevo (vesiculectomía).

1967: persisten dolores siendo intervenido, esta vez, de apendiceptomía, contra criterio médico.

1979: accidente laboral con fractura de fémur por nueve sitios. Reparación de dolor lumbar. Tres intervenciones quirúrgicas sobre fémur que provocan grandes secuelas invalidantes.

Desde entonces historia persistente de dolor lumbar sin haberse objetivado nada que lo justifique, aunque sí aparece ciertas variaciones en las zonas dolorosas de lo que se infiere a cierta voluntariedad.

Biográficamente: Mayor de cinco hermanos. Padre muerto de cáncer de estómago. Lo describe como rígido, duro y muy excitable. Prácticamente ausente por motivos laborales. Madre que vive y que realizó las funciones paternas.

En el relato del paciente aparece un claro disfrute cuando cuenta su historia. Habla con familiaridad de los médicos, utilizando con soltura la terminología médica al mismo tiempo que hay una magnificación del relato. No se objetiva estando de ánimo triste ni afecto deprimido. Tampoco aparece referencialidad.

Este paciente no ha sido seguido por nosotros pero tenemos noticias de que sigue peregrinando por los pasillos de la Seguridad Social en busca de nuevas exploraciones/intervenciones.

Caso número 3

R.F.A., 48 años, S.L., casada, con dos hijas (una de 15 años y otra que murió a los siete años).

Acude a consulta psiquiátrica remitida por el Servicio de Medicina Interna por presentar laparatomofilia, neuropatía y hemorragia histriónica.

El cuadro presenta una evolución de 17 años en los que ha presentado una sintomatología preponderantemente dolorosa, pero asociada a otros trastornos (disfagia, dolor abdominal en barra, distensión abdominal masiva, constipación, tos, hiperventilación, dolor de costado, sudoración profusa, rectorragias, polaquiuria, disuria, cefaleas, insomnio, hemiparesia derecha e hipoestesia en mano derecha).

Ello ha conllevado múltiples exploraciones médico-quirúrgicas, así como hospitalizaciones en diversos lugares.

Ha sido diagnosticada de: adherencias, ansiedad, cefaleas cervicales psicomusculares, colon irritable, déficit de sensibilidad, obesidad exógena y síndrome ansioso depresivo...

Todos los estudios y exploraciones han descartado patología orgánica de base.

Desde que a los 20 años fue intervenida de amigdalitis de repetición, de la cual resultó una hospitalización prolongada de mes y medio, reingresando por complicaciones posteriormente, ha sufrido las siguientes intervenciones: cesárea con laparotomía exploradora, biopsia de cuello uterino por metrorragias, cirugía ortopédica con extracción ósea del primer metacarpiano, nueva cirugía ortopédica sobre el mismo metacarpiano por dolor, laparotomía exploradora por dolor abdominal (extra-yendo epilipon normal), nueva laparotomía exploradora por dolor abdominal, fisurectomía anal, extirpación de ganglios de muñeca, escalenectomía por parestesias en brazo derecho.

Biográficamente: Es la menor de siete hermanos. Madre enferma del corazón y compañera de siempre de los padecimientos de la hija, la cual cede en sus atribuciones hogareñas para que su madre marque la disciplina de la casa. Padre, lo relata como avaro, duro, rígido,

inflexible. No trabajaba y no ejercía las funciones de padre salvo en casos muy extremos.

Es necesario destacar como "live events" la muerte de su hija hace 22 años. El embarazo fue malo con vómitos frecuentes, y desde entonces visitó frecuentemente los centros sanitarios. La niña murió a los siete años, tiempo que transcurrió la paciente deambulando por los hospitales.

Actividad socio-laboral mermada, detectándose una marcada actitud histérico/depresiva en su relato pero sin excesiva dramatización.

Siguió tratamiento psiquiátrico a base de psicofármacos, relajación y psicoterapia, perdiéndose la pista desde hace más de un año.

Caso número 4

M.J. A.Z., 34 años, soltera, no trabaja por invalidez laboral.

Acude a consulta psiquiátrica remitida por Servicio de Neurología donde acudió con cuadro de déficit motor con retracción de dedos de ambas manos, calambres dolorosos y disestesias de intensidad progresiva en hemicuerpo izquierdo y últimamente también en hemicuerpo derecho. Además, cefaleas, vértigos, vómitos ocasionales y visión tubular. A la exploración neurológica: marcha con claudicación funcional de miembro inferior izquierdo; déficit de sensibilidades no sistematizables. Manos con flexión permanente de dedos, sin atrofas. Reflejos vivos.

Realizadas múltiples exploraciones (incluida panangiografía cerebral, mielografía, TAC...) resultaron negativas y fue diagnosticada de histeria de conversión.

Clínicamente la sintomatología preponderante ha sido, aparte la reseñada anteriormente, desmayos en público con diversos ingresos en urgencias, sentimiento de invalidez, pseudología y mitomanía, manipulación por medio de

intentos o amenazas de suicidio que siempre realizaba en situaciones controladas, y muy repetidamente, delante de alguna persona, con heridas extremadamente superficiales, las cuales dejaba sangrar notoria y abundantemente. Esta actitud le ha llevado a permanecer ingresada en dos ocasiones en hospital psiquiátrico y algunas más en hospitales generales.

Es interesante destacar la existencia de distintos síntomas físicos controlados voluntariamente por la paciente, como temblores que imitaban perfectamente los de los neuróticos, trastornos de la voz en forma de afonía, visión tubular, etcétera. Síntomas que provocaron múltiples y dolorosas exploraciones al mismo tiempo que le ponían aparatos ortopédicos para corregir su andar dificultoso, aceptando todo cuanto ingreso se le proponía para aliviar u operar sus males.

Es importante destacar que los primeros síntomas en forma de anestias-parestesias aparecieron a raíz de una intervención del padre que, por error médico, quedó parapléjico.

Biográficamente: Es la segunda de siete hermanos. Los padres emigraron a Venezuela cuando la paciente tenía cuatro años. El padre lo refiere como bebedor y la madre así como los hermanos francamente enemigos teniendo disputas entre ellos, que han llevado a la paciente a abandonar su domicilio e irse a vivir a una pensión.

Caso número 5

C.C.M., 26 años, soltero, en baja laboral. Acude a consulta psiquiátrica remitido por neurólogo a raíz de dolor en columna dorsal, habiéndose descartado patología orgánica que lo justifique.

El dolor presenta una evolución de tres años y se caracteriza por ser polimorfo, errático (columna dorsal, brazo izquierdo, cadera y pie) y siguiendo en

ocasiones distribución similar al dolor ciático.

Al medio año del inicio empieza a someterse voluntariamente a múltiples exploraciones, algunas de ellas, repetidas varias veces (radiografías, radiculografías, TAC...). También ha recibido variados tratamientos sintomáticos (antiinflamatorios, analgésicos, etc.) sin referir mejoría.

El inicio del cuadro parece más bien continuación de su historia médica anterior: hace cinco años relata historia de múltiples dolores abdominales. Fue sometido a exploraciones repetidas, frecuentemente hospitalizado: "pasaba una semana en casa y otra en el hospital". Fue en este tiempo diagnosticado de enfermedad de Chron, recibiendo tratamiento a base de corticoides. Al persistir los dolores abdominales se le realiza biopsia abdominal que detecta absoluta normalidad. Sin embargo, al persistir los dolores se practica apendicectomía, siendo el apéndice normal. Como persisten los dolores se le realiza nueva intervención quirúrgica siendo diagnosticado, esta vez, de sub-oclusión intestinal.

Biográficamente: Menor de dos hermanos. Madre, la define como rígida en ausencia del padre, actualmente se lleva bien con ella. Padre de profesión mariner, prácticamente ausente por razones de trabajo.

Escolarización hasta los 18 años dejando los estudios coincidiendo con la primera intervención quirúrgica. Excluido del servicio militar por enfermedad de Chron. A los 21 años empieza a trabajar de carpintero hasta iniciar baja laboral. Refiere estar contento con su trabajo y desear incorporarse pero "cuando esté sano".

En la entrevista destaca labilidad emocional, racionalizador, excesivamente preocupado por cosas nimias. Pacífico, jamás manifiesta agresividad. Sexualidad normal (*sic*). No aparece estado de ánimo depresivo.

Reseñar como curiosidad que tras primera entrevista psiquiátrica desaparece totalmente el dolor, atribuyéndolo el paciente a que ha seguido los consejos de una curandera que visitó.

Caso número 6

M.L.S.S., de 25 años de edad, casada, dos hijos de diez y nueve años. Ama de casa.

Acude a consulta psiquiátrica remitida por un neurólogo por y presentar un cuadro de dolor muscular generalizado de cuatro años de evolución en el que se ha descartado patología orgánica que lo justifique.

El dolor comenzó, hace cuatro años, en hombro derecho y columna y posteriormente se ha ido generalizando a todo el cuerpo. Refiere secundariamente, astenia, insomnio, dificultad para realizar su trabajo debido al dolor. También que ha disminuido la frecuencia de las relaciones sexuales (que son satisfactorias). Tanto el dolor como las parestesias, que ha referido en alguna ocasión, le impiden la realización de cualquier actividad placentera. En alguna ocasión caída de pelo y uñas.

Ha tenido diversas intervenciones quirúrgicas: a nivel de cervicales, amigdalectomía, apendicectomía y extirpación de ovario y trompa izquierda (a raíz de hemorragia post-parto al tener su segundo hijo).

Desde el inicio de su cuadro doloroso (variado, polimorfo, errático) ha sido sometida a abundantes exploraciones médico-quirúrgicas (biopsia infiltraciones en columna, urografías, mielo y radiculografías), así como a diversos tipos de tratamientos (antidepresivos, masajes, relajación, ansiolíticos, psicoterapia, etcétera), a pesar de lo cual se mantiene el cuadro inicial.

Biográficamente: Mayor de dos hermanas. La madre vive y es definida como "una mujer demasiado buena" (*sic*), "fenomenal", con la que mantiene ex-

celentes relaciones. Padre ausente desde que la paciente tenía tres años. De su infancia no recuerda nada especial. Escolaridad hasta los 14 años. Empieza a trabajar a esa edad de empleada del hogar hasta que empieza a cuidar a su propia familia. Refiere ser ordenada y "maniática" de la limpieza.

Es importante destacar que el inicio del cuadro ocurre con la muerte de su suegra (a raíz de la cual hizo una anorexia con pérdida de 10 kilogramos) y aborto espontáneo, de tres meses de evolución. Por otra parte, ha tenido que acudir innumerables veces a los servicios de urgencia con su hijo asmático.

La última noticia que hemos tenido de ella es que va a ser intervenida de la "matriz" y que, además, va a marchar a Madrid para ser sometida a nuevas exploraciones respecto de su dolor.

REVISION BIBLIOGRAFICA

Hemos efectuado una recogida bibliográfica de todo lo publicado entre 1984-1987. Los artículos han sido buscados en "Abstracts", "Excerpta Médica" e "Index Médico". Se han analizado 67 artículos, aunque las reseñas que están al final, sólo sean de los que hemos considerado más importantes. De estos 67 artículos un número de 24 se han publicado en revistas médico-somáticas y 21 en revistas psiquiátricas. Ha habido 22 artículos que mencionaban el Síndrome de Munchausen por poderes.

La mayoría de los trabajos de las revistas médico-somáticas se preocupan, fundamentalmente, de la necesidad de conocer bien el cuadro para establecer el diagnóstico diferencial, preocupándose también de la conducta de los médicos y otros profesionales en cuanto a revelar la información que poseen sobre estos pacientes.

Los artículos publicados en revistas psiquiátricas centran su interés en discutir los criterios diagnósticos del DSM-

III, proponer subclasificaciones para las enfermedades ficticias crónicas con síntomas físicos, el diagnóstico psicopatológico y el diferencial con otras enfermedades psiquiátricas. También aparece cierto interés por la comprensión psicodinámica, así como por delimitar la ganancia primaria y secundaria, la contratransferencia y los problemas éticos relacionados con la trascendencia pública de la información de este diagnóstico.

Hay un problema común, que se centra en tratar de clasificar las distintas formas de presentación. ASHER (1) propuso tres formas principales a las cuales dio unos hermosos nombres: "Laparatomofilia Migrans", para describir aquellos casos en los que hay un predominio de los síntomas abdominales; "Haemorragia histriónica", cuando hay predominio del sangrado por los orificios corporales; "Neurología diabólica", cuando el predominio es de los trastornos neurológicos agudos como, desmayos, dolor de cabeza o coma. Sin embargo, la mayoría de los trabajos recientes inciden en que no existen formas de presentación fijas, sino que ésta puede elegir cualquier órgano o aparato del cuerpo y la enfermedad fingida y autoinflingida puede llegar a ser muy sofisticada en su elaboración (7, 24, 27, 29, 30, 40). En los casos que nosotros proponemos, el síntoma de inicio está ligado en los hombres a los huesos, en especial a la columna vertebral o tórax, y en las mujeres está más diversificado, ya que en una comienza con metrorragias en otra con lo que ASHER llamaría "Neurología diabólica" y la tercera como un cuadro doloroso en hombro y columna.

Otro problema dentro del Munchausen que pocos autores han incidido en él: el consumo de fármacos dentro de una dinámica que podríamos llamar del toxicómano. Se ha aducido que la enfermedad sería la disculpa para, de una forma "legal", conseguir drogas, es decir, la drogadicción sería el motivo sub-

yacente al Síndrome (29). Otro punto de vista, el de O'SHEA et al., 1984 (36), indican que el deseo insaciable de conseguir drogas, refleja el deseo insaciable de atención y de contactos con el hospital. En el caso número 1 tenemos una problemática de este estilo. El paciente llegó a consumir hasta 20 ampollas de clohidrato de buprenorfina al día. La disculpa; el alivio del dolor itinerante que tenía, pero el trasfondo parece estar más en la utilización de los resquicios que la legalidad deja (ya que este fármaco no está considerado estupefaciente a pesar de crear potentes adicciones), para establecer un nuevo desafío ante la ética, esta vez de los farmacéuticos que se la expenden y de su familia que se la iba a buscar. En realidad, el paciente Munchausen, siempre busca romper ese débil hilo que a veces une la ética de la persona con la ética de la profesión. Apelando a nuestro humanitarismo y solidaridad con el dolor de la raza humana, hace resquebrajarse el puente mediante el cual se unen persona y profesión.

El DSM-III (12) define el Síndrome de Munchausen como un trastorno ficticio crónico con síntomas físicos que debe cumplir los criterios diagnósticos siguientes:

1) Presentación plausible de síntomas físicos que se encuentran aparentemente bajo el control voluntario del individuo a tal grado que requiere hospitalizaciones múltiples.

2) El objeto del individuo es aparentemente el de asumir el rol de paciente y, por otra parte, no es comprensible a la luz de las circunstancias ambientales que lo rodean (como ocurre en el caso de los simuladores).

Sin embargo, en el DSM-III-R ha habido algunos cambios, veamos:

A) Producción intencional o simulada de síntomas físicos.

B) Necesidad psicológica de asumir el papel de enfermo (evidenciado por:

ausencia de incentivos externos para la conducta, ganancias económicas, más cuidados o mejor estado físico).

C) Ocurre no exclusivamente durante el curso de otro trastorno del eje I.

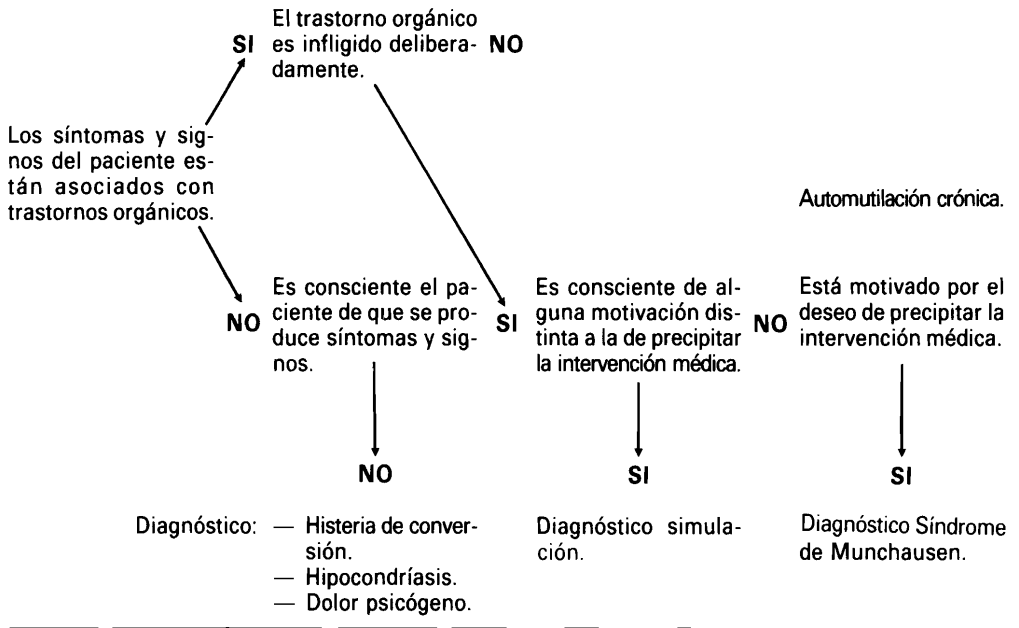
Como vemos ya no habla de hospitalizaciones múltiples e introduce el criterio C.

MERRIN (31) y HADDEY (19) presentan en sus trabajos pacientes que sufren trastornos ficticios crónicos físicos y psíquicos (síndrome post-traumático ficticio, depresión ficticia, gestos suicidas ficticios), MERRIN insiste en que los pacientes con Síndrome de Munchausen, presentan generalmente ambos tipos de síntomas, ya que transportan múltiples identidades de pacientes y ponen énfasis en una u otra según las circunstancias, de ahí la importancia de centrarse en la conducta fundamental de asumir el rol de paciente, más que en la categoría específica de los síntomas. También en esta línea SINAMAN (42) señala la posible evolución de la presentación del Síndrome de Munchausen según se desarrollan los servicios comunitarios de salud. Los casos 1, 3, 4 y 6 nuestros presentan trastornos tanto físicos como psíquicos que pueden ir desde un ligero insomnio o depresión hasta un episodio paranoide que provoca su internamiento, o intentos suicidas con un alto componente ficticio, como el caso número 4 que sólo realizaba el gesto suicida cortándose en la muñeca repetidamente cuando estaba en nuestra consulta o poco antes de entrar en ella.

Hay poco consenso para establecer el diagnóstico sobre el cual se asienta el Síndrome. Las publicaciones hablan de pacientes diagnosticados de: histeria, psicosis, trastorno Borderline, exhibicionismo, etc. Habría dos parámetros para localizar la conducta del paciente Munchausen: grado de control consciente de los síntomas y motivación del paciente.

PRASAD (38) sugiere un algoritmo que puede ser útil en el diagnóstico (cuadro 1).

CUADRO 1



Los simuladores, los pacientes con dolor funcional, los masoquistas, los pacientes con histeria de conversión... muestran similitudes fenomenológicas y psicodinámicas con el paciente Munchausen.

Es improbable que la simulación pueda producir por sí sola un cuadro tan grave como el que nosotros describimos en el caso número 1, ya que la simulación es dirigida a unos fines muy concretos con las menores pérdidas posibles. En la histeria no hay conciencia de la producción de los síntomas ni de la motivación para su producción. En la práctica, la mayoría de los autores coinciden que la inconsciencia o la consciencia acerca de la autoproducción es variable y los límites entre la histeria de conversión, la simulación, la hipocondria, y el Síndrome de Munchausen, se hacen difusos (43, 11).

Algunos trabajos de orientación psicodinámica ponen énfasis en la importancia etiológica de la deprivación y el rechazo sufrido por estos pacientes en la niñez. Con frecuencia se encuentra que uno o ambos padres son experimentados como lejanos, ausentes o sádicos. En todos nuestros casos encontramos esta característica relatada espontáneamente por ellos dentro del relato biográfico. Algunos autores inciden en otro antecedente común como es el de una enfermedad importante o una incapacidad bien en sí mismo o en su familia. Suele haber también una hospitalización temprana (cuatro de nuestros casos) por algún tipo de cirugía, que es el suceso que parece disparar el patrón de conducta posterior. El sujeto acaba experimentando el hospital como un lugar cálido que le proporciona cuidados. Los dos pacientes que fueron

ingresados en nuestro hospital, a pesar de oponerse a ello en un principio, la adaptación posterior fue llamativamente significativa. Sin embargo, no estamos de acuerdo con la apreciación de algunos autores en el sentido de que el paciente Munchausen percibe al médico como una fuente de amor y como la persona que puede colmar su necesidad de dependencia, creemos que estos pacientes lo perciben más como una fuente de error, es decir, el médico va a interpretar erróneamente el código en el que habla el paciente y va a oír actuar donde sólo se le pide interpretar. Pocos pacientes tienen palabras amables para los médicos que los han tratado. Los elogios que oímos son sólo para aquellos que los van a tratar o intervenir en un futuro próximo.

Según GRINKER (17) la ganancia primaria sería establecer una relación de objeto particular con el personal médico en un esfuerzo por recrear y dominar traumas pasados. Para CRAMER (11) sería evitar la desintegración del yo, o adquirir un sentido de completud del yo como dice P. GREENACRE en su artículo de 1958 "The imposter" (16).

La relación entre aceptación y rechazo es central apareciendo como una actualización de las relaciones pero rechazantes. Mediante el engaño que hacen al personal médico, el paciente consigue vengarse y obtiene un control sobre los objetos hostiles y rechazantes (37, 11, 43, 4). Para CRAMER (11) y FISH et al. (15), tanto la ganancia primaria como la secundaria no son fácilmente distinguibles y además puede no ser significativa dinámicamente.

CRAMER y PRASAD en los trabajos ya citados encuentran con cierta frecuencia, en las profesiones paramédicas, sobre todo en las mujeres, este trastorno. Según ellos estos pacientes oscilan entre la identificación con el rol activo del profesional de la salud y cuando esta identificación falla adopta, de forma defensiva, el rol de paciente.

SPIRO (43) propone como puntos claves para estudiar la psicodinámica: la historia de privación preedípica, la distorsión de la imagen corporal, la discrepancia entre el yo ideal y la autoimagen, la conducta impostora, la pseudología fantástica, la elección del hospital como lugar de representación de roles fantásticos y masoquistas, la ausencia de relaciones cercanas y estables, y, sobre todo, el concepto de "dominio" ("mastery") tal y como es formulado por GRINKER (17): "El paciente domina la enfermedad, la crea y la termina. Ocasionalmente pierde el control de la situación y sucumbe a la cirugía pero el control se reestablece cuando decide abandonar el hospital". Para KING (23) la pseudología fantástica es el trastorno primario y todo el resto del cortejo sintomático del Munchausen serían manifestaciones de conducta secundarias.

Algo que ha preocupado a múltiples autores son las diferentes formas de presentación del trastorno ficticio crónico. BOCH y cols. (5) estudiaron 37 casos que respondían a los criterios del DSM-III para los trastornos ficticios, llegando a la conclusión de que formaban un conjunto excesivamente heterogéneo y propusieron una subclasificación:

Tipo A: Síndrome de Munchausen en sentido estricto.

Tipo B: Presentan con más frecuencia enfermedades crónicas autoinducidas.

Tipo C: Interferencia voluntaria en la curación de heridas.

NADELSON (34) también señala tres subtipos de enfermos ficticios crónicos: desde el que presenta síntomas, ocasionalmente, al verdadero Munchausen cuya vida gira en torno a la producción voluntaria de enfermedades. PRASAD (38) se pregunta si los diferentes niveles de presentación no serán distintos estadios de evolución de la misma enfermedad.

¿Pero cuál debe ser la conducta del médico cuando se encuentra ante un paciente al cual diagnostica de Síndrome de Munchausen? ¿Debe proporcionar la información para romper el círculo de las intervenciones y hospitalizaciones?

En la bibliografía revisada se describen intentos de identificación de estos pacientes mediante el uso de datos informatizados (33) y avisos en los tablores de anuncios de los hospitales. Aparte de su cuestionamiento ético no se han obtenido muy buenos resultados tanto por la propia forma de presentación del paciente como una urgencia grave, como por su tendencia a viajar (19). KASS (22) opina que hay que determinar la frecuencia con la que el paciente presenta trastornos ficticios y la naturaleza del trastorno que tiende a presentar. El médico debe asegurarse de que el desvelamiento de la información traerá beneficios tangibles. El paciente debe ser informado de los hechos, ya que su conducta fraudulenta no justifica la del médico. Realmente el problema mayor es para sí mismo más que para los médicos o la sociedad en general. No obstante, el desvelamiento indiscriminado puede ser muy estigmatizante y podría llevar a que el personal médico no preste atención a los verdaderos síntomas del paciente.

KAPLAN en la quinta edición de su *Compendio*, aún no traducido, dice que se deben evitar entrevistas acusatorias o de brusca confrontación, ya que puede desencadenar:

- a) Huida del paciente.
- b) Una descompensación psicótica, pues el trastorno ficticio puede ser en última instancia un mecanismo adaptativo para evitar una futura desintegración.

En la reciente revisión (1988) hecha por D. BHUGRA en "Act. Psych. Esc." (6), a partir de observar que de 755 admisiones en un hospital psiquiátrico,

el 0,5 % fueron diagnosticados de Síndrome de Munchausen, dan como rasgos clínicos definitivos:

- Evidencia de síntomas "falsificados" (psíquicos o físicos).
- Otras muestras de falsedad (mentiras).
- Dificultad en formalizar relaciones íntimas estables.

También expone los siguientes indicadores:

- Historia de abuso de alcohol.
- Tendencias masoquistas.
- Funcionamiento sexual anómalo.
- Historia de conductas criminales.
- Múltiples admisiones sin razones específicas.
- Importante conocimiento de la sintomatología y trabajo del hospital.

Para el manejo, BHUGRA recomienda:

- Control del sentimiento de caos.
- Prevenir futuros caos.

Unas breves palabras sobre lo que MEADOW (30) en 1977 introdujo como una variante, plenamente aceptada, del Síndrome de Munchausen. El lo definió como el Síndrome de Munchausen por poderes para referirse a una situación en que los padres, principalmente la madre, hacen repetidos esfuerzos por conseguir atención médica para unas enfermedades que ellos mismos han inventado o provocado en su hijo. De esta manera el niño puede verse sometido a diagnósticos y tratamientos peligrosos que la madre acepta sin problemas, pudiendo llegar a morir. En la bibliografía que hemos consultado se describen casos de niños intoxicados por sus madres, niños a los que se les inyecta materiales contaminantes y niños asfixiados. Suelen simular diarrea, trastornos respiratorios, sepsis, sangrado, alergias, trastornos neurológicos, infecciones urinarias, etc., la sofisticación del trastorno presentado

varía según los conocimientos médicos de la madre (35, 26, 37).

ESTUDIO DE PERSONALIDAD

Hemos tratado de analizar las características y rasgos comunes de personalidad que podrían ofrecer estos pacientes encuadrados dentro de la categoría Síndrome de Munchausen con el fin de obtener un perfil básico que nos pusiera en relación con aquellos factores que pudieran predisponer a su padecimiento.

Para ello, hemos aplicado una batería de test a cada uno de los sujetos, compuesta por:

- Tests gráficos (HTP).
- Test proyectivo desiderativo (TD).
- Test de relaciones objetales de Philipson (TRO).
- Test de Rorschach.
- Cuestionario de personalidad MMPI.

Todas las pruebas fueron realizadas en dos sesiones para cada sujeto y en condiciones ambientales similares.

Características y resultados comunes

Durante la entrevista inicial y la realización de las pruebas, todos han mostrado un alto índice de ansiedad y labilidad emocional. Ninguno expresa conciencia de enfermedad psíquica, mostrando poca comprensión de sus propios problemas y conflictos internos. Mantienen una actitud quejumbrosa, refiriendo durante la exploración, molestias y problemas somáticos. En este punto, sin embargo, hay que distinguir aquellos cuyos relatos iban dirigidos hacia una búsqueda de atención y necesidad de simpatía con el entrevistador (casos número 3, 5 y 6), de los que mostraban una actitud distante, hostil y de protesta ante las tareas propuestas (casos número 1, 2 y 4).

Análisis de las pruebas

Tests gráficos.—En estos tests, y especialmente al dibujar una figura humana, es donde muestran mayor ansiedad. Llama la atención el dibujo realizado por el caso número 2 (ver figura 1) en la que se observan omisiones (zona genital), amputaciones, transparencias, que reflejan un conflicto relacionado con una mala integración del esquema corporal y una falta de identidad sexual. Asimismo, en el dibujo realizado por el caso número 1 (ver figura 2) se pueden observar estas dificultades destacándose la marcada ansiedad mostrada en el trazo, sus sentimientos de inadaptación y angustia de castración (omisión-amputación de la zona genital). Es interesante el dibujo de un árbol realizado por el caso número 5 (ver figura 3) con una marcada similitud a una figura antropomórfica donde aparecerían aspectos traumáticos que pueden relacionarse con la esfera genital.

Test desiderativo.—Las identificaciones y rechazos de objetos bajo las consignas del test desiderativo en 4 de los objetos han seguido una dinámica de tipo histérico. El caso número 1 mostró una incapacidad para simbolizar, manifestando gran ansiedad ante la prueba y pérdida de distancia emocional, emitiendo frases referidas a sus propios temores y conflictos de carácter sexual: "Muero en la vagina de mi mujer". Por otra parte, el caso número 2 también presenta dificultades en la simbolización, pero destacan sus defensas de control obsesivo. Hay que señalar que estos dos sujetos son los que clínicamente tienen un historial de operaciones más largo.

Test de relaciones objetales.—En este test hemos observado coincidencias en cinco sujetos donde lo más destacado era la presencia de dificultades en las láminas que connotan situaciones genitales o triangulares (edípicas). El caso

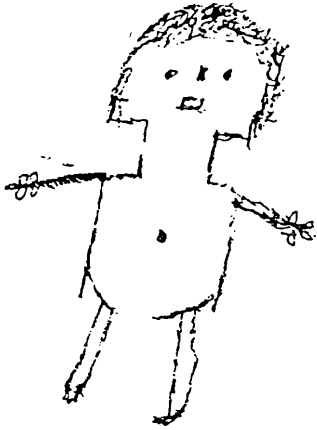


Fig. 2.—Caso número 1.

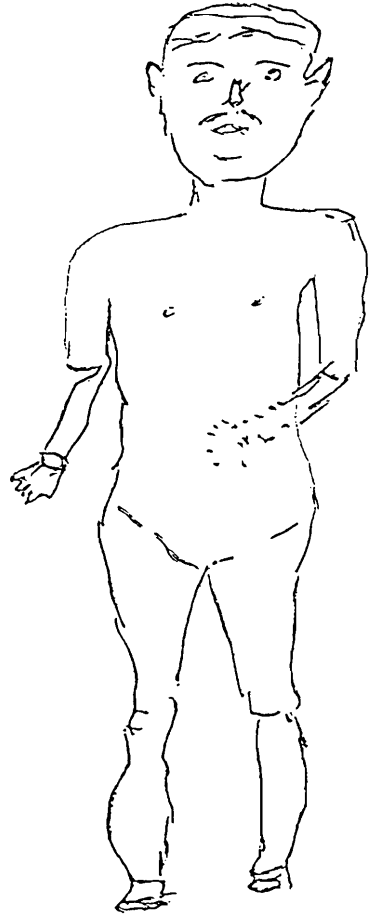


Fig. 1.—Caso número 2.

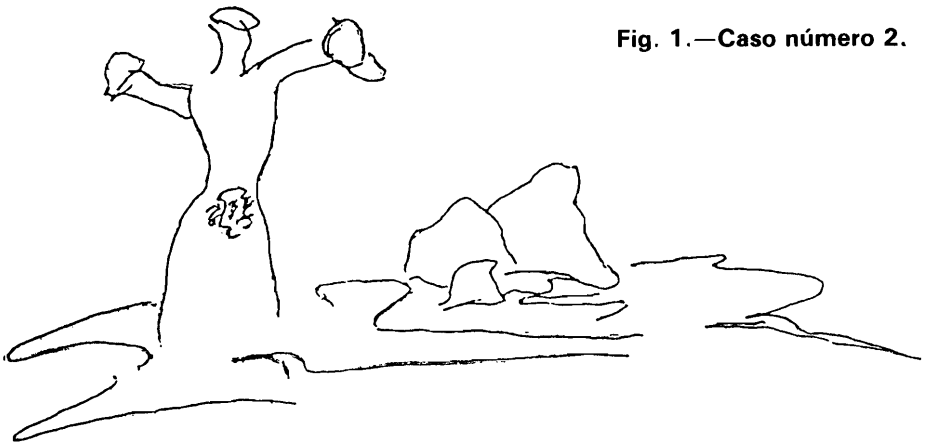


Fig. 3.—Caso número 5.

número 2 mostró una franca incapacidad para elaborar historias, intentando evitar la verbalización de un posible conflicto, utilizando mecanismos de control obsesivo, exagerando la descripción de detalles.

Esto nos muestra que cinco sujetos han desarrollado un sistema defensivo relacionado con una personalidad de base histérica, mientras que en el caso número 2 no ha podido manejar su ansiedad más que aferrándose al contenido de realidad, lo que nos indica su temor a perder el control vivido como desintegración (más relacionado con la psicosis).

Test de Rorschach.—Los protocolos obtenidos en este test no son homogéneos, aunque se pueden agrupar dentro de los que se caracterizan por el contenido de rasgos histéricos exceptuando el caso número 2. Esto es, afectividad lábil, tipo vivencial que se concreta fundamentalmente en la esfera sexual.

Hay que destacar el alto porcentaje de respuestas anatómicas y de simetría que existe en los protocolos de los casos número 1 y 2 indicadores de una preocupación narcisista por el esquema corporal y preocupaciones hipocondríacas.

Cuestionario MMPI.—No podemos agrupar los perfiles de personalidad obtenidos a través de este cuestionario, debido a que tres de los seis pacientes no han sido capaces de rellenarlo por las múltiples dudas que le surgían y la cantidad de tiempo que les llevaba cubrirlo. Sin embargo, al observar que son los pacientes que mayor historial tienen de operaciones (casos número 1, 2 y 3) podría ser un índice del grado de invalidez provocado por sus síntomas.

En los otros tres casos destacan las puntuaciones en las escalas 1 (hipocondriasis), 3 (histeria), 2 (depresión). Este perfil sugiere que se trata de personalidades histéricas pasivo-dependientes, que bajo tensión pueden desencadenar perturbaciones psicoso-

máticas y síntomas conversivos tendiendo a internalizar su ansiedad.

En la quinta edición de KAPLAN (47) habla de los perfiles de personalidad siguientes: inteligencia normal o superior al porcentaje medio, ausencia de trastornos formales del pensamiento, confusión sobre identidad sexual, pobre ajuste sexual, poca tolerancia a la frustración, necesidades fuertes de dependencia y narcisismo.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL Y A MODO DE CONCLUSIONES

Se debería hacer un diagnóstico diferencial con los diversos trastornos englobados en trastornos somatoformes:

- Trastornos por somatización (quejas somáticas múltiples).
- Trastornos por conversión (síntomas mediados por sistema sensorio-motor voluntario con expresividad simbólica).
- Trastorno por dolor psicógeno (una única queja).
- Hipocondria (interpretación irreal de sensaciones físicas que conlleva al miedo/creencia de enfermedad).
- Trastorno somatoforme atípico (igual a la hipocondria, pero centrado en un solo órgano o parte del cuerpo).

Las características diferenciales para el Síndrome de Munchausen, que la mayoría de los autores inciden, serían a favor de un trastorno ficticio: la simulación repetida y consciente con control voluntario, la finalidad de "ser paciente", y la gran incapacitación.

Estamos de acuerdo con el profesor CASTILLA DEL PINO cuando en su artículo "El discurso de la mentira" (46), dice que ficticio no quiere decir falso sino "no empírico". Desde el punto de vista psicopatológico habla de realidad interna y externa suponiéndose a toda persona capacidad diacrítica para diferenciar ambas. Establece de esta manera, conju-

gando lo cierto y lo ficticio, cuatro discursos del cual entresacamos aquel que establece un discurso erróneo sobre algo ficticio: contar como acontecido lo imaginado. Creemos que no hay voluntariedad para engañar en el paciente Munchausen o por lo menos no guarda su mentira las condiciones básicas de una mentira bien hecha que el profesor CASTILLA DEL PINO define en su artículo, sino que podría haber un defecto, que no perdida en la capacidad diacrítica que hablábamos antes, con el agravante de que el receptor del discurso, de la queja, no se percata de este defecto.

Tendría, pues, una continuidad con la propia definición de la pseudología fantástica en la que no hay una adecuada distinción entre fantasía y realidad.

Los trastornos somatoformes vendrían diferenciados por un conjunto de síntomas físicos que sugieren trastornos físicos pero sin hallazgos orgánicos, y, sobre todo, la posibilidad de establecer una conexión con factores o conflictos psicológicos (ausencia de control voluntario).

La simulación vendría caracterizada por la voluntariedad de los síntomas (que pueden inferirse de la incongruencia en historias narradas a diversos interlocutores) encaminadas a un fin claramente objetivable (beneficio segundo). Sería, pues, un trastorno consciente voluntario y finalista.

Centrándonos más en el diagnóstico diferencial entre estos grupos es interesante incidir concretamente en los problemas clínico/terapéuticos que plantea en la diferencia entre hipocondría, histeria y Síndrome de Munchausen, teniendo en cuenta que muchas veces estarían entremezclados (43, 11).

La hipocondria aparece cuando son síntomas secundarios a interpretaciones erróneas de sensaciones corporales, dejando entrever miedo a padecer una enfermedad y en última instancia a la muerte. Ello conlleva a la "disponi-

bilidad del cuerpo" por parte del paciente.

En la contratransferencia del médico, la pena/rechazo/psiquiatrización, sería la emoción más común.

En la histeria los síntomas son involuntarios y, por tanto, el paciente, al contrario del hipocondríaco, "padece la enfermedad. Ofreciendo, por ello, una mayor disponibilidad del cuerpo. Contratransferencialmente sería el amor como caída en la seducción/venganza a veces sádica.

Frente a ellos, el Síndrome de Munchausen, serían síntomas que conllevan un deseo de padecer la enfermedad, ofreciendo una disponibilidad aún mayor de su cuerpo, iniciando un cierto saber: "Me pasa esto, hágame algo, doctor". No hay temor a la enfermedad ni a la muerte, y la respuesta que busca es la *acción*, que aparece como intervenciones quirúrgicas, exploraciones, hospitalizaciones, etc.

Contratransferencialmente sería la hostilidad inconsciente/búsqueda de notoriedad.

En el estudio de la personalidad realizado en nuestros casos encontramos dos tipos de perfiles básicos:

— Personalidad prepsicótica (fragmentación del cuerpo, falta de identidad sexual, utilización de mecanismos de control obsesivo para evitar la descarga de impulsos agresivos).

— Personalidad neurótica (rasgos histéricos, pasivo-dependientes).

En todos los casos se observan importantes conflictos en el área corporal y/o en la identidad sexual (45).

El paciente Munchausen, entonces, podría deslizarse desde el polo neurótico al psicótico. El Munchausen neurótico acudiría a la consulta diciendo: ¡Opéreme mi cuerpo! La vivencia de éste como carne le acercaría al polo psicótico. En el encuentro con el dolor, a través de las intervenciones quirúrgicas, le permitirían aprehender algo de la cor-

poralidad perdida y tal vez escapar del brote psicótico. Este paso a la poliexploración cruenta o a la poliintervención quirúrgica puede ser el índice de que algo de la realidad se le escapa buscando le inscriban signos de ella con el bisturí en su propia carne, evitando así la desestructuración psicótica.

Algunos autores (43) expresan la duda sobre la existencia del Síndrome de Munchausen. De nuestros casos algunos no encajarían, "sensu stricto", en la definición dada por ASHER y otros. Es por ello que queremos enunciar la existencia de una "dinámica Munchausen"; aquella que se establece entre el paciente, su cuerpo y su médico, y que pensamos nada tiene que ver con la cantidad de exploraciones o intervenciones. No se trata de una cantidad sino de una cualidad, ya que la cantidad al fin y al cabo tiene que ver con que el médico se deje atrapar en las redes contratransferenciales, que el sistema sanitario lo permita o que el paciente busque mediante las intervenciones la reconstrucción en sí mismo de un ideal de belleza o raza como sería el caso de la acción de la cirugía estética sobre Michael Jackson (≈ 16 intervenciones) o Cher (13 intervenciones: "Cuando des-

cubro algo que está en mi cuerpo y que no me gusta lo cambio"). ¿Podrían ser diagnosticados de Munchausen? Parece que para ambos el síntoma, cierta dismorfobia, que "está" en el cuerpo, vendría determinado desde fuera y por un supuesto público que definiría los cánones de belleza.

Er la "dinámica Munchausen" aparecerían cuatro elementos:

- 1.º Síntoma que "aparece" en el cuerpo y que busca la reparación quirúrgica.
- 2.º Disponibilidad del cuerpo.
- 3.º Búsqueda de víctima-agresor adecuada.
- 4.º Búsqueda de "acción quirúrgica".

Para que ocurra el "acting" de la intervención tiene que encontrarse la víctima-agresor adecuada y la posibilidad sanitaria de llevarlo a cabo.

Coincidimos, pues, con L. ISRAEL (20) que en cuanto al manejo de este tipo de pacientes y para evitar la enfermedad iatrógena, es importante la capacitación psicológica encaminada fundamentalmente hacia la comprensión del cuadro neurótico/psicótico inicial, con el que se nos presenta el paciente Munchausen.

BIBLIOGRAFIA

- (1) ASHER, R.: *Munchausen's syndrome*. "The Lancet", 260: 339. 1951.
- (2) ABSE, D. W.: *Hysteria and Related Mental Disorders*. Ed. Jhon Wright and Sons. 1966.
- (3) BALINT, M.; MORELL, J. S.: *Seis minutos para el paciente*. Ed. Paidós. 1979.
- (4) BATTEGAY, R.: *Psychiatric aspect of Munchausen's syndrome*. "Schweiz, Rundsch, Med. Prax.", 73/40 (1.203-1.207). 1984.
- (5) BOCK, K. D.; OVERKAMP, F.: *Factitious disorder and of forty-four cases in a Medical Department and a proposal for subclassification*. "Klin-Wochenschr", 64/4. 1986.
- (6) BHUGRA, D.: *Psychiatric Munchausen's*. "Act. Psych. Esc.", 77 (497-503). 1988.
- (7) BURKLE, F. M. Jr.; CALABRO, J. J.; PARKS, F. B.: *Munchausen's syndrome presenting as respiratory failure requiring intubation*. "Ann.-Emerg.-Med.", 16/2. 1987.
- (8) BURMAN, D.; STREUS, D.: *Munchausen Family*. "The Lancet", 256. 1977.
- (9) CHENG, L.; HUMEL, L.: *The Munchausen's syndrome as a psychiatric condition*. "Am. J. Med.", 133: 20-21. 1987.
- (10) CLARKE, E.; MELNICK, S. C.: *The Munchausen syndrome or the Problem of Hospital Hoboes*. "Am. J. Med.", 25: 6-12. 1958.
- (11) CRAMER, B. and others: *Munchausen syndrome. Its relationship to malingering, Hysteria, and the physician-patient relationship*. "Arch.-Gen.-Psych. Jun.". 1971.
- (12) DSM-III: *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Editorial Masson. Barcelona. Tercera reimpresión. Marzo. 1987.
- (13) ENOCH, M. D.; TRETTHOWAN, W. H.; BARKER, J. C.: *Some uncommon psychiatric syndromes*. Ed. Wigh. Bristol. 1967.

- (14) EVANS, D. L.; HSIAO, J. K.; NEMEROFF, C. B.: *Munchausen syndrome, depression and the dexamethasone suppression test*. "Am. J. Psych.", 141/4 (570-572). 1984.
- (15) FISCH, R.Z.; ZIMRAM, A.: *Factitious disorder: Reflections on primary and secondary pain in Munchausen syndrome*. "Isr. J. Psych. Relat. Sei.", 21/2 (127-132). 1984.
- (16) GREENACRE, P.: *The Imposter*. "Psychoanal Quart", 27: 359-382. 1958.
- (17) GRINKER, R.: *Imposture as a form mastery*. "Arch. Gen. Psycho.", 5: 449-452. 1961.
- (18) GUANDOLO, V. L.: *Munchausen syndrome by proxy*. "An out patient challenge Pediatrics", 75: 526-530. 1985.
- (19) HADDY, R. I. and others: *Chronic factitious disorder with psychical symptoms (Munch. Sind.)*. *The early presentation*. "J. Family Pract", 24/2. 1987.
- (20) ISRAEL, L.: *La histeria, el sexo y el médico*. Ed. Toray-Masson. 1979. Encyclopédie Médico Chirurgicale (Paris): "La Maladie iatrogène". Volumen III, pág. 37.402 A¹⁰ 11-1974 (Paris).
- (21) JANOFSKY, J. S.: *Munchausen syndrome in a mother and a daughter: an unusual presentation of folie a deux*. "J. Nerv. Ment. Dis.", 174/6 (368-370). 1986.
- (22) KASS, F. C.: *Identification of persons with Munchausen syndrome: Ethical Problem*. "Gen. Hosp. Psychiatric", 7/3 (195-200). 1985.
- (23) KING et al.: *Pseudologia Fantastica*. "Acta Psc. Scand.", 77, 1/6. 1988.
- (24) LAZAR, R. B.: *Munchausen syndrome presenting as acute spinal cord injury*. "Arch. Phys. Med. Rehabil.", 67/8 (568-569). 1986.
- (25) LEWIN, B. D.: *Countertransference in Medical Practice technique*. "Psychosomatic Medicine", IV, 1. 1946.
- (26) LIBOW, J. A.; SCHREIER, H. A.: *Three forms of factitious illness in children: When is it Munch. syndrome by proxy?* "Am. J. Orthopsych.", 56/4. 1986.
- (27) LINFORD, S. M. J.; JAMES, H. D.: *Sodium bicarbonate abuse: a case report*. "Br. J. Psychiatric", 149/Oct. (502-503). 1986.
- (28) LUCHINA, I. L.; LUCHINA, N.; MONTANELLI, R.: *Balint y el concepto de contratransferencia*, en "El Grupo Balint". Ed. Paidós. 1982.
- (29) LONDON, M.; GHAFARI, K.: *Munchausen syndrome and drug dependence*. "Br. J. Psychiatric", 149/Nov. (651-654). 1986.
- (30) MEADOW, R.: *Munchausen syndrome by proxy: the hinterland of child abuse*.
- (31) MERRIN, L.; VAN DYKE, C. et al.: *Dual factitious disorder*. "Gen. Hosp. Psych.", 8/4. 1986.
- (32) MILLER, R. D.; BLANCKE, F. W. et al.: *The Munchausen patient in a forensic family*. "Psychiatric Quarterly", 57/1 (72-76). 1985.
- (33) MOHAMMED, R.; GOY, J. A.; WALPOLE, B. G.: *Munchausen's syndrome: A study of the casualty "Black book" of Melbourne*. "Med. J. Aust.", 143, 12-13 (561-562). 1985.
- (34) NADELSON, T.: *False patients/real patients: A spectrum of disease presentation*. "Psychother-Psychosom", 44/4 (175-184). 1985.
- (35) ORENSTEIN, D. M.; WASSERMAN, A. L.: *Munchausen syndrome by proxy simulating cystic fibrosis*. "Pediatrics", 78/4 (621-624). 1986.
- (36) O'SHEA, B.; MCGENNIS, A.; CAHILL, M.; FALVEY, J.: *Munch. syndrome*. "Br. J. Hosp.", 269-274. 1984.
- (37) PALMER, A. J.; YOSHIMURA, G. J.: *Munchausen syndrome by proxy*. "J. Am. Acad. Child. Psychiatric", 23/4 (503-508). 1984.
- (38) PRASAD, A.; OSWALD, A. G.: *Munch. syndrome: An annotation*. "Act. Psych. Esc.", 72/4. 1985.
- (39) RASPE, R. E.: *El barón de Munchausen*. Editorial Anaya. Ediciones "Tus Libros" (Madrid). 1985.
- (40) ROSEMBERG, P. N.; KROHEL, G. B.; WEBB, R. M.; HEPLER, R. S.: *Ocular Munchausen syndrome*. "Ophthalmology", 93/8 (1.120-1.123). 1986.
- (41) SIGAL, M. D.; ALTMAN, D.; CARMEL, I.: *Munchausen syndrome by adult proxy: A perpetrator abusing two adults*. "J. Nerv. Ment. Dis.", 174/11 (696-698). 1986.
- (42) SINAMAN, K.; HAUGHTON, H.: *Evolution of variants of the Munchausen syndrome*. "Br. J. Psychiatric", 148/Abril (465-467). 1986.
- (43) SPIRO, H. R.: *Chronic factitious illness*. "Arch. Gen. Psychiat.", 18: 569-579. 1968.
- (44) ZOHAR, Y.; AVIDAN, G.; SHVILI, Y.; LAURIAN, N.: *Otolaryngologic cases of Munchausen's syndrome*. "Laryngoscope", 97/2 (201-203). 1987.
- (45) DELGADO LACOSTA y cols.: *Trastornos facticios y hospital general*. "Arch. de Neurobiol.", 51, 2 (95-103). 1988.
- (46) CASTILLA DEL PINO, C.: *Los discursos de la mentira*, en "El discurso de la mentira". Ed. Alianza Universidad. Núm. 545. Madrid. 1988.
- (47) KAPLAN, H. I.; SADOCK, B. J.; FREEDMAN, A. M.: *Synopsis of Psychiatry*. 5.ª edición. Ed. Williams & Wilkins Co de Baltimore. 1988.
- (48) FREUD, S.: *La dinámica de la transferencia*. O. C. Tomo V, pág. 1.648. Ed. Biblioteca Nueva. Madrid.
- (49) LACAN, J.: *Seminario XI*. Caps. XI y XII. Ed. Barral. Barcelona.