

EL SÍNDROME DE MUNCHAUSEN EN EL DERECHO PENAL

Carolina Becerra ¹, Natalia Mandirola ²,
Sonia E. Páez ³, Gustavo Ariel Ramírez ⁴,
Guillermo Santa Eugenia ⁵ y Luciana María Scorzelli ⁶.

¹ Carolina Becerra: Abogada (UBA). Estudiante avanzada de la Especialización en Derecho penal de la facultad de Ciencias Jurídicas Universidad del Salvador (USAL). Auxiliar de 2º en la materia "Elementos de Derecho Penal y Procesal Penal" de la Facultad de Derecho de la Universidad de Buenos Aires. Docente de la materia del CPO de esa misma institución: "Criminología y Pensamientos Criminológicos"-año 2008- "Criminología, violencia y realidad social" -año 2006 al 2007-"Criminología y la imputabilidad penal"-año 2003 al 2005 y "Actos violentos cometidos por menores" -año 2002 al 2003- a cargo de la Dra. Susana Marina. Autora de varios artículos. Integrante del grupo de investigación Proyecto UBACYT año 2008-2010:"El daño causado por los hechos violentos en el ambiente urbano. Percepción social, cuantificación, responsabilidad y prevención" del instituto de investigaciones sociales y jurídicas "Ambrosio Gioja" de la Facultad de Derecho, UBA. Actualmente se encuentra ternada para el cargo de Agente Fiscal y Defensora Oficial para actuar ante el Fuero de la Responsabilidad penal Juvenil del Departamento Judicial de San Isidro, Provincia de Buenos Aires.- A la fecha se desempeña como Prosecretaría Coadyuvante en lo Penal y Contravencional de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. E-mail: cbecerra@jusbares.gov

² Natalia Mandirola: Abogada (USAL). Actualmente en el último año de la especialización en derecho penal (USAL). Secretaria en la Unidad Funcional de Instrucción N° 3 del Departamento Judicial de San Isidro -Descentralizada Pilar. Provincia de Buenos Aires.

³ Sonia Elizabeth Paez, Abogada (UBA). Estudiante avanzada de la carrera de Especialización en Derecho Penal (Universidad del Salvador). A la fecha se desempeña como Jefe de Despacho en el Tribunal Oral en lo Criminal n° 26 de la Capital Federal.

⁴ Gustavo Ariel Ramirez. Abogado (UBA). Cursante de la Especialización en Derecho Penal de la Facultad de Ciencias Jurídicas Universidad del Salvador (USAL). Con desempeño en el ámbito del Poder Judicial de la Nación desde 1981 en distintas judicaturas: Juzgados Nacionales en lo Criminal de Sentencia Letras "D", "LL", "E" y "X", Juzgados en lo Correccional nro. "3", "8", "10" y "12", Juzgados Nacionales en lo Criminal de Instrucción nro. "23", "10", "22", "30", "32", "36", "40", "26", "38" y "11" y Defensoría Oficial en lo Criminal de Instrucción nro. "11". Desde el Año 1992 designado en el cargo de Prosecretario Administrativo y desde el Año 2006 con designación en el de Prosecretario Jefe -Cuerpo de Prosecretarios Adscriptos- perteneciente a la Excm. Cámara de Apelaciones en lo Criminal y Correccional de la Capital Federal.

⁵ Guillermo Santa Eugenia. Abogado con Orientación en Derecho Penal (UBA). Diploma de Honor (UBA). Ex-Ayudante y Expositor en el Seminario Permanente de la Cátedra de Derecho Penal y Procesal Penal de la Dra. Lucila Larrandart en la carrera de Abogacía (UBA). Estudiante avanzado de posgrado en la carrera de Especialización en Derecho Penal (USAL). Autor de numerosos artículos de doctrina y comentarios de jurisprudencia y legislación, tanto de Derecho Penal como de Procesal Penal. Matriculado para el ámbito de la Capital Federal (89-297, CPACF), para el fuero federal del interior del país (104-330, CFSM) y para el fuero ordinario de la Provincia de Buenos Aires (XVII-216, CASM).

⁶ Luciana María Scorzelli. Abogada (UBA). Estudiante avanzada de la Especialización en Derecho penal de la facultad de Ciencias Jurídicas Universidad del Salvador (USAL). A la fecha se desempeña como Jefe de Despacho del Juzgado Nacional de Ejecución Penal N° 1. E-mail: lucianascorzelli@yahoo.com.ar

Referencia: mmconverset@hotmail.com

SUMARIO:

- I.- INTRODUCCIÓN.
- II.- BREVE RESEÑA
 - II.1 Concepto. Caracteres. Clasificación
 - II.2 Subtipos
- III.- CARACTERÍSTICAS DEL IMPUTADO
 - III.1 Etiología
 - III.2 Casos
 - III.3 Rasgos Clínicos
 - III.4 Curso
- IV.- ÁMBITO PENAL
 - IV.1 Delitología. Responsabilidad de cada patología. Art. 34 del CP
 - IV.2 ¿Inimputabilidad del que padece el síndrome de Munchausen por poderes?
- V.- SÍNDROME DE MUNCHAUSEN EN EL CINE
- VI.- CONCLUSIÓN
- VII.-BIBLIOGRAFÍA

I.- INTRODUCCIÓN

“Todos ven lo que aparentas, pocos advierten lo que eres”

NICOLO MAQUIAVELO

En algunas oportunidades nos damos cuenta de cuan ignorantes somos, sobre todo respecto de las enfermedades y sus consecuencias; más aún cuando se trata de trastornos que producen efectos no sólo en la persona enferma, sino también en su entorno, especialmente en quienes se encuentran en lugar de indefensión. Es en ese momento, en el que valoramos y apreciamos gozar de buena salud, no sólo física sino también mental.

En el presente trabajo, intentamos exponer que puede suceder cuando una persona goza de buena salud física pero no psíquica. Para ello,

tomamos a modo de ejemplo un caso expuesto en un capítulo de la serie televisiva “Dr. House”⁷.

En el capítulo referido, se advierte que una mujer de aproximadamente 40 años de edad, que a simple vista goza de buen estado de salud, sufre un ataque, y que presenta en su cuerpo -a la altura de las costillas- hematomas de color violáceo.

Luego de ser reanimada es trasladada al centro médico Princeton-Plainsboro, donde el Dr. House y su equipo intentan determinar el diagnóstico de la enfermedad que padece. Realizadas todas las pruebas de rigor, se determinó que no tenía enfermedad física alguna, pero, a pesar de ello, continuaba con síntomas y malestares. Finalmente, se llegó a la conclusión que padecía el Síndrome de Munchausen.

Como corolario, analizaremos que se entiende por este síndrome, su clasificación y si esas conductas son susceptibles de sanción penal alguna y, en caso afirmativo, en cuales.

II.- BREVE RESEÑA

II.1. Concepto. Caracteres. Clasificación 1

En 1951 Richard Asher describió por primera vez lo que denominó “Síndrome de Munchausen” a un cuadro que se caracterizaba por el abuso de consultas hospitalarias a raíz de falsos y significativos padecimientos, que por sus características promovían intensos estudios hasta a veces innecesarios. Esto permitió catalogar como enfermo a la persona que “aparentaba burlar” las destrezas diagnósticas del médico.-

La denominación del síndrome de esa manera se baso en los antecedentes históricos de Karl Friedrich Hiernoymus Baron von Munchausen mas conocido como “Barón de las mentiras”, nacido en 1720 en Bodenwerder.

El Barón von Munchausen se desempeño como capitán de caballería para un regimiento ruso en dos guerras contra los turcos y era un conocido narrador de anécdotas sobre cacerías, viajes y batallas.-

⁷ <http://www.megavideo.com/?s=seriesyonkis&v=OTPTHWP0&confirmed=1>



Combat Between BARON MUNCHAUSEN and TIPPOO SAIB 8

Asimismo, Varity denominó como “síndrome de Polle” a la presentación de éste caso clínico en los niños, frente a los supuestos síntomas por los que reclamaban sus padres. Lo denominó de esta manera en memoria del nombre del hijo de Munchausen, de quien se dice, sin precisiones exactas, que padeció una enfermedad ficticia a la edad de un año, provocada por su padre.-

En 1976, Rogers publicó seis casos en niños y los incluye como una forma atípica de malos tratos, un año después, Roy Meadow, denominó y definió a este síndrome de Munchausen por poder o por delegación (Munchausen syndrome by proxy).-

Actualmente autores como Kaplan y Sadock⁹ clasifican al **Síndrome de Munchausen** dentro lo que denominan “**Trastornos ficticios**” y señalan que se caracterizan por la simulación repetida y consciente de una enfermedad física o mental sin otra finalidad aparente que la de obtener un tratamiento médico o psiquiátrico inmediato. Para apoyar su historia, estos pacientes fingen síntomas que sugieren un trastorno o bien pueden iniciar la producción de síntomas a través de la auto mutilación o la interferencia en las técnicas diagnósticas. Casos en que el paciente manipula la temperatura corporal, haciéndola aparecer mas alta de lo que es en realidad; o que la orina recogida para un análisis se encuentre contaminada con sangre, obtenida por la autolaceracion para sugerir una infección o enfermedad renal.

El aspecto característico de estos trastornos es que el único objetivo es adoptar el papel de paciente pero sin una crisis emocional aguda o un

⁸ www.google.com/imagen/homepage.ntlworld.com/.../munch/baron31a.gif

⁹ Compendio de Psiquiatría. 2 Edición. Salvat. Harold I.Kaplan. Benjamín J.Sadock

motivo reconocible, como sería un acto de simulación. Muchos de estos pacientes pueden hacer de la hospitalización un objetivo primario o incluso una forma de vida.

El DSM-III *-Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales-* describe tres categorías independientes de trastornos ficticios, entre estos, el subtipo más reconocido y **descrito es la enfermedad ficticia crónica con síntomas físicos, conocida como el síndrome de Munchausen que es el prototipo de estos trastornos.** Las otras dos características son las enfermedades ficticias con síntomas psicológicos y otras enfermedades ficticias con síntomas físicos.

El DSM-III lo enunciaba como “enfermedades ficticias con síntomas físicos” pero el DSM-IV –última versión aunque ya se está preparando el DSM-V- se refiere a “**trastornos facticios**” y señala que el trastorno facticio se caracteriza por síntomas físicos o psicológicos fingidos o producidos intencionadamente con el fin de asumir el papel de enfermo. La apreciación de que un síntoma se ha producido de manera intencionada es posible tanto por comprobación directa como por la exclusión de otras causas. Dicho manual da por ejemplo el caso de un individuo que acude por hematuria y se descubre que tiene anticoagulantes y niega haberlos tomado, mientras los análisis de sangre demuestran lo contrario, por ello se infiere que si no existen pruebas de ingestión accidental, el paciente ha ingerido intencionalmente ese tipo de fármacos. La presencia de síntomas facticios no excluye la coexistencia de síntomas físicos o psicológicos verdaderos.

Por otro lado, **los trastornos facticios se diferencian de los actos de simulación**; en ésta, el paciente también produce los síntomas de modo intencionado pero su objetivo es fácilmente reconocible cuando se conocen sus circunstancias –ej: evitar el servicio militar o una vista judicial-, como también un enfermo mental hospitalizado puede simular la agravación de su enfermedad para evitar su traslado a otra institución. En cambio la diferencia con el trastorno facticio es que existe una necesidad psicológica de asumir el papel de enfermo ya que casi hay una ausencia de incentivos externos para tal comportamiento, mientras que la simulación puede considerarse adaptativo bajo ciertas circunstancias

hostiles. Por definición el diagnóstico de trastorno facticio implica siempre un determinado grado de psicopatología.-

El DSM-IV en el punto F68.1 “trastorno facticio” señala que la característica esencial de este trastorno es: **Criterio A:** la producción intencionada de signos o síntomas físicos o psicológicos. La sintomatología puede ser inventada (el paciente se queja de un dolor sin padecerlo), autoinfligida, puede ser una exageración de un trastorno físico preexistente o puede ser una combinación de todas las enumeradas. **Criterio B:** Para que se produzca este trastorno el paciente debe asumir totalmente el papel de enfermo. **Criterio C:** No hay incentivos externos que justifiquen esos síntomas (una ganancia económica o evitar la responsabilidad legal).-

Las personas que poseen este trastorno explican su historia con un aire dramático pero cuando se les pregunta en detalle responden de forma inconsistente y vaga, suelen dejarse llevar por una tendencia a mentir de forma incontrolada y patológica que en general llama la atención del entrevistador y que se refiere a cualquier aspecto de su historia o síntomas. Estos pacientes tienen un amplio conocimiento de la terminología médica y de las rutinas hospitalarias; son frecuentes las quejas de dolor y las demandas de analgésicos. Después de que una intensa exploración de sus principales molestias haya resultado negativa a menudo empiezan a quejarse de otros problemas físicos y producen más síntomas facticios. Las personas que padecen este trastorno suelen ser objeto de múltiples exploraciones e intervenciones quirúrgicas; cuando se encuentran en el hospital tienen por lo general muy pocos visitantes. Asimismo, si se les confronta con la evidencia de sus síntomas facticios, estos pacientes o los niegan o abandonan rápidamente el hospital incluso en contra de la prescripción médica pero suelen ser admitidos en otro hospital el mismo día. El curso de sus hospitalizaciones a menudo les lleva a numerosas ciudades o inclusive países.-

II.2. Subtipos

El trastorno facticio se codifica según el subtipo que mejor refleja los síntomas predominantes.

II.2.1.Trastorno facticio con predominio de signos y síntomas psicológicos

El DSM-IV refiere respecto de este subtipo que consiste en un cuadro clínico en el que predominan los signos y síntomas psicológicos. La sintomatología esencial de este trastorno consiste en la producción intencionada o el fingimiento de síntomas psicológicos (a menudo psicóticos), sugerentes de enfermedad mental. El objetivo aparente del individuo es el de asumir el papel de “paciente” y por otro lado, no es comprensible a la luz de sus circunstancias ambientales (a diferencia del caso de simulación). El trastorno se reconoce a menudo por un amplio cortejo de síntomas que muy frecuentemente no se corresponden con un patrón sindrómico típico, que tienen un curso clínico y una respuesta terapéutica inusual y que empeoran cuando el paciente es consciente de que es observado. Este tipo de pacientes suele quejarse de depresión y de ideación suicida debido a la muerte del cónyuge, pérdida de la memoria, alucinaciones y síntomas de disociación; suelen ser sugestionables y admiten tener la mayor parte de síntomas que el entrevistador menciona. Por otro lado, también puede tratarse de pacientes negativistas y poco colaboradores con la entrevista.

II.2.2.Enfermedades ficticias crónicas con síntomas físicos

Respecto al segundo subtipo Kaplan y Sadock lo mencionan como “**Enfermedades ficticias crónicas con síntomas físicos**” y señalan que este trastorno ha recibido una diversidad de etiquetas diagnosticas: **síndrome de Munchausen**, vagabundismo hospitalario, adicción hospitalaria, enfermedad ficticia crónica, síndrome de Ahasuerus, pacientes peregrinantes, vagabundos de hospital, adicción poli quirúrgica, pato mimesis, pacientes problemáticos, pacientes profesionales, enfermedades ficticias; pero el síndrome de Munchausen es el mas extendido. Sin embargo se prefiere el uso del termino “trastorno ficticio” porque subraya con mas precisión la naturaleza del trastorno.

Por otro lado el DSM-IV enumera al segundo subtipo como “**Trastorno facticio con predominio y síntomas físicos**” (300.19). Este subtipo consiste en un cuadro clínico en el que predominan los signos y síntomas de una aparente enfermedad física en el cual la vida entera del sujeto

consiste en intentar ingresar o permanecer en los hospitales (síndrome de Munchausen). Los cuadros clínicos más frecuentes suponen, por ejemplo, intenso dolor en el cuadrante inferior derecho, asociado a náuseas y abscesos, fiebres de origen indeterminado, hemorragias secundarias a la ingestión de anticoagulantes y síndromes parecidos al lupus. Dicho manual señala que todos los sistemas orgánicos son blancos potenciales y la presentación de los síntomas sólo está delimitada por los conocimientos médicos, la sofisticación y la imaginación del individuo.

II.2.3. Trastorno facticio con combinación de signos y síntomas psicológicos y físicos

El tercer subtipo mencionado por el DSM-IV es el “**Trastorno facticio con combinación de signos y síntomas psicológicos y físicos**” (300.19) en donde aparece un cuadro clínico con una combinación de signos y síntomas psicológicos y físicos pero ninguno predomina sobre los otros.

II.2.4. Síndrome de Munchausen por poderes

“El poder no se posee. El poder funciona”

Michel Foucault



Sagrada Familia, El Bronzino, (Angelo di Cosimo Tori) 1503-1572¹⁰

Este síndrome consiste en que un adulto provoca o hace fingir las enfermedades sobre un niño que está bajo su control, frecuentemente son hijos o sobrinos. Este síndrome también conocido como “Munchausen en la infancia” es una especie de maltrato infantil en que uno de los

¹⁰ Nació en Firenze, Italia. Fue uno de los artistas sobresalientes de la pintura estilo manierista Toscano, de formas elongadas, ángulos de visión diferentes y poses elegantes. Conocido también como Agnolo Bronzino, maestro en el arte de la coloración, alcanzó un gran nivel en la composición de sus cuadros realistas. Su especialidad fueron los retratos y las escenas religiosas.

padres induce en el niño síntomas reales o aparentes de una enfermedad o situaciones accidentales. El procedimiento por el cual el adulto busca producir los efectos mencionados son generalmente los mismos que ya fueron descritos al desarrollar el síndrome de Munchausen, entre ellos se pueden señalar los casos en que el progenitor añade sangre a la orina o heces del niño, falsifica su fiebre o le administra sustancias para inducir vómitos o diarrea como así también puede infectar las líneas intravenosas para que el menor aparentemente o en realidad esté enfermo.

Estos niños suelen ser hospitalizados por presentar grupos de síntomas que no parecen ajustarse alguna enfermedad común, las madres o padres de éstos chicos se muestran en el ámbito del hospital muy colaboradoras y son generalmente apreciadas por el personal de enfermeras debido al cuidado que le prestan a su hijo. Esta actitud no permite que se sospeche el diagnóstico real; por otra parte, es típico de estos casos que los cambios físicos o signos vitales nunca son presenciados por el personal del hospital sino por el progenitor responsable.

El síndrome de Munchausen por poderes o “by Proxy” tiene su génesis en problemas psicológicos del adulto y quien busca generalmente llamar la atención; por regla general el progenitor abusador es la madre siendo que el padre es una persona ausente tanto en la familia como en la educación de sus hijos. El síndrome puede ser potencialmente mortal para el niño implicado¹¹.-

III.- CARACTERÍSTICAS DEL IMPUTADO

III.1. Etiología

Se considera actualmente que el trastorno representa el desenlace común en ciertas personas predispuestas. Los primeros investigadores consideraron las enfermedades ficticias como una forma de simulación. Los motivos posibles para buscar la hospitalización pueden ser el conseguir cama y sustento, la evasión de la justicia o la obtención de drogas.

¹¹ Medline Plus- Servicio de Salud para Usted. Biblioteca Nacional de Medicina de EEUU y los Institutos Nacionales de Salud. Última actualización 03-14-2009.-

Kaplan y Sadock refieren que los modelos psicológicos de las enfermedades ficticias subrayan generalmente la significación etiológica de la depravación infantil y el rechazo de estos pacientes. La historia habitual revela que uno o ambos padres son experimentados como figuras rechazantes que son incapaces de formar relaciones estrechas.

El médico es percibido por estos pacientes como una fuente potencial del amor buscado, y como una persona que satisface las necesidades de dependencia. El médico sirve como sustituto de la figura del padre y como objeto de la transferencia con el padre. El paciente utiliza la apariencia de una verdadera enfermedad para recrear la interacción original padre-hijo. El trastorno es una forma de compulsión repetitiva: repetir el conflicto básico de necesitar y buscar tanto aceptación como amor, esperando en realidad que no sea satisfecho, de esta manera, el médico y el personal sanitario se transforman en padres rechazantes.

Muchas veces la historia de estos pacientes es una de enfermedades graves, incapacidades o exposición a verdaderas enfermedades en un miembro familiar o una figura extrafamiliar significativa. Asimismo si anteriormente se empleó ya sea como ayudante en el sistema sanitario, médico, técnico de laboratorio, conductor de ambulancia, es suficiente como para sugerir su inclusión como rasgo clínico, así como en la calidad de factor causal.

III.2. Casos

Kaplan y Sadock refieren que respecto a la ¹²**epidemiología**, los datos disponibles sugieren que se desconoce la verdadera ¹³prevalencia de este trastorno; en su forma extrema es relativamente raro.-

Por otro lado el DSM-IV coincide que existen pocos datos sobre la prevalencia de este trastorno, a pesar de que se trata de una alteración que raras veces se diagnostica, es posible que muchas veces ni siquiera se identifique. Por otra parte los casos que presentan la forma crónica pueden ser sobrevalorados debido a que son tratados por distintos

¹² La **epidemiología** es la disciplina científica que estudia la distribución, frecuencia, determinantes, relaciones, predicciones y control de los factores relacionados con la salud y enfermedad en poblaciones humanas. –Wikipedia, enciclopedia libre-.

¹³ es la proporción de individuos de un grupo o una población que presentan una característica o evento determinado.- –Wikipedia, enciclopedia libre-.

médicos en diferentes hospitales e incluso puede ser que varíen sus nombres al momento de registrarse. El trastorno en apariencia es mas frecuente en los varones.-

III.3. Rasgos Clínicos

El trastorno facticio debe distinguirse de la enfermedad física verdadera y del trastorno mental verdadero¹⁴. Las sospechas deben despertarse enseguida cuando se produzca cualquier combinación de los síntomas siguientes en una persona hospitalizada: un cuadro clínico dramático o atípico que no pertenece a una enfermedad física o mental identificable, síntomas o comportamientos que aparecen cuando el individuo es observado, seudología fantástica, comportamiento antisocial en la sala de hospitalización (falta de cumplimiento de reglas hospitalarias, discusión excesiva con enfermeras y médicos), conocimiento excesivo de la terminología médica, consumo encubierto de fármacos, múltiples intervenciones terapéuticas (cirugía, electroshock), poco o ningún visitante durante la hospitalización y curso clínico fluctuante con producción rápida de complicaciones o de nueva patología.

III.4. Curso

El curso de los trastornos facticios puede ser de uno o mas episodios, pero generalmente es crónico. El comienzo de la enfermedad tiene lugar en los primeros años de la vida adulta y a menudo coincide con una hospitalización por una enfermedad física identificable o algún trastorno mental. En la forma crónica del trastorno las sucesivas hospitalizaciones se transforman casi en un verdadero estilo de vida.

Es dable destacar que tanto el DSM-IV como los autores de referencia hacen mención a lo que se conoce como “Síndrome de Munchausen por poderes”, que en la actualidad es más fácil de identificar.

¹⁴ DSM-IV en titulo “Curso” pagina 485.-

IV.- ÁMBITO PENAL

IV.1. Delitología. Responsabilidad de cada patología. Art. 34 del CP

Con respecto a la delitología, puede decirse que quienes padecen el “Síndrome de Munchausen por poderes” son proclives a cometer delitos. Al respecto consideramos que los más importantes son el **homicidio y las lesiones**.

Homicidio

La vida es uno de los derechos más importantes para todos los hombres, tanto es así que está protegida no sólo en nuestra Constitución Nacional, sino también en los Tratados Internacionales de Derechos Humanos incluidos en ella, por ejemplo, el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos¹⁵ el cual establece en el punto 1 del artículo 6 de la parte III que “el derecho a la vida es inherente a la persona humana. Este derecho estará protegido por la ley. Nadie podrá ser privado de la vida arbitrariamente”.

Nuestra legislación, más precisamente, el Código Penal establece en los artículos 79 -homicidio simple- y 80 -homicidio agravado- las penas que serán aplicables a quien cometa ese delito.

El principal objetivo de estas normas es la protección de la vida humana, que se extiende desde el nacimiento hasta la muerte del sujeto, sin hacer distinción alguna de raza, sexo, edad o religión.

Ahora bien, el portador del Síndrome de Munchausen por poderes, que generalmente es la madre, le produce a su hijo, pudiéndose valer de sus conocimientos en medicina, enfermedades y padecimientos que pueden acarrear la muerte del niño.

En este caso, la conducta imputable a la madre no será la de homicidio simple, sino la de homicidio agravado por el vínculo, prevista en el inciso 1 del artículo 80 del Código Penal, el cual prevé pena de prisión o reclusión perpetua con más la posibilidad de serle aplicada como accesoria la reclusión por tiempo indeterminado (art. 52 C.P.).

¹⁵ Compendio de Derecho Internacional. Tratados, Convenciones, Cartas, Pactos y Documentos Internacionales. Editorial Estudio, 1999.

La principal razón de esta agravante es que su autor viola los deberes de cuidado y protección que emergen del vínculo de sangre, que se aplica tanto a sus ascendientes como descendientes -como es en este caso-.

Desde otro punto de vista, se podría sostener que el enfermo de Muchausen “by Proxy” cometería un homicidio culposo y no agravado como se dijo. Este tipo se configura cuando el sujeto actúa con imprudencia, negligencia o impericia en su arte o profesión o inobservancia de los reglamentos o de los deberes a su cargo, Ricardo C. Núñez¹⁶ sostiene que “para que un homicidio se pueda considerar cometido culposamente, es necesario que el autor no sólo no haya obrado con dolo respecto de la muerte que ha causado, sino que tampoco haya querido, directa, indirecta o eventualmente, lesionar a la víctima”.

Este argumento puede ser esgrimido por un abogado defensor, intentando demostrar que la madre no tuvo voluntad o deseo de producir la muerte al niño, sino que, por el contrario su principal objeto era lograr la mejoría y recuperación del mismo, empleando para ello, sus conocimientos en medicina y colaborando con los médicos y enfermeras, si bien desde un argumento defensista esto podría funcionar, no hay que perder de vista que la madre con la actitud descripta logra su cometido, que es obtener la atención deseada, tanto por su entorno social como por los médicos, al ser vista como la “salvadora del niño”.-

Lesiones

Las lesiones son aquellos daños que se producen en el cuerpo o en la salud de una persona viva y de acuerdo con las consecuencias que produzcan, pueden ser clasificadas en leves, graves o gravísimas (arts. 89 a 94 del Código Penal).

El daño en el cuerpo, es una “alteración, por más leve que sea, de la contextura física de la persona de modo que afecte su conformación corporal”¹⁷.

¹⁶ Ricardo C. Núñez, Derecho Penal Parte Especial, Segunda Edición actualizada por Víctor Reinaldi, Editora Córdoba.

¹⁷ Id. ant.

Por su parte, el daño en la salud, es un deterioro funcional, físico o psíquico, del organismo de la persona, a saber: mareos, vómitos, sensación de dolor, etc.

Las lesiones leves conforme lo describe el código, son aquellas que producen un daño en el cuerpo o en la salud del sujeto, que no esté contemplada en otra norma legal o absorbida por otro tipo penal. Estas pueden producirse valiéndose de un medio violento o no.

Las lesiones graves, por su parte, tienen su fundamento en que este daño en el cuerpo o en la salud es de mayor entidad, representa un debilitamiento permanente -no perpetuo- de esas funciones respecto del estado anterior del que gozaba el sujeto, como ser: debilitamiento permanente de la salud, de un sentido u órgano, de un miembro, puesta en peligro la vida u ocasionarle una deformación permanente del rostro.

Por último, de las lesiones gravísimas son las que producen “una enfermedad mental o corporal, cierta o probablemente incurable, la inutilidad permanente para el trabajo, la pérdida de un sentido, de un órgano, de un miembro, del uso de un órgano o miembro, de la palabra o de la capacidad de engendrar o concebir”¹⁸. Estas implican la pérdida funcional de carácter definitivo.

Por otro lado, deben analizarse los medios empleados por el perpetrador quien puede incurrir en: falsificación de datos aportados al historial clínico, simulación de síntomas a través de falsificación de pruebas de sangre, orina, etc.

En los dos tipos de síndrome de Munchausen el médico o especialista tratante de la persona presuntamente enferma, en un caso muy extremo, podría incurrir en el delito previsto en la primera parte del art. 84 del Código Penal si por su imprudencia, negligencia, impericia o por inobservancia de los reglamentos o deberes a su cargo se produjera la muerte de alguien.

A su vez podría configurarse el delito de abandono de persona previsto en lo arts. 106 a 108 del Código Penal.

¹⁸ Ricardo C. Núñez, Derecho Penal Parte Especial, Segunda Edición actualizada por Víctor Reinaldi, Editora Córdoba.

En el caso del síndrome de Munchausen propiamente dicho, si quien padece el mismo recibiera ayuda de otra persona y el enfermo muere se le podría imputar al tercero la conducta típica prevista en el art. 83 del Código Penal según el cual resulta punible quien presta una ayuda a un suicida.

También en este caso si la mujer estaba embarazada y se causare el aborto cometería el delito previsto en el art. 88 del Código Penal.

En algunos casos las personas que padecen este síndrome ingieren o suministran a un tercero, según se trate del síndrome de Munchausen propiamente dicho o por poderes, determinados medicamentos, por los que se debe señalar el caso del farmacéutico que vende remedios sin la presentación y archivo de la receta de aquellos productos que según las reglamentaciones vigentes no puedan ser comercializados sin ese requisito (art. 204/204 quater).

A su vez quienes sufren este padecimiento en ocasiones requerirán prescripciones médicas para obtener remedios las cuales podrán ser totalmente falsas o adulterar recetas verdaderas, por lo que podrán incurrir en las conductas previstas en la primera parte del art. 292 CP, que establece que será penado el que hiciere en todo o en parte un documento falso o adulterare uno verdadero.

También los médicos deben tener cuidado al expedir certificados a las personas que padecen este síndrome en virtud de que el art. 295 CP prevé pena de prisión para los médicos que dieren por escrito un certificado falso concerniente a la existencia o inexistencia presente o pasada de alguna enfermedad o lesión cuando de ello resulte un perjuicio.

De otro lado, el art. 296 CP prevé pena para quien hiciere uso de un documento o certificado falso o adulterado.

Según la **ley 24.417 “Protección contra la violencia familiar”** toda persona que sufriese lesiones o maltratos físicos o psiquiátricos por parte de alguno de los integrantes del grupo familiar podrá denunciar estos hechos ante el juez con competencia en asuntos de familia y solicitar las medidas cautelares conexas. Cuando los damnificados fueren menores o incapaces, ancianos o discapacitados, lo hechos serán denunciados por

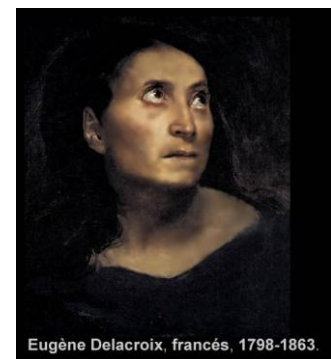
sus representantes legales y/o el ministerio público. También están obligados a denunciar los servicios asistenciales sociales o educativos, públicos o privados, los profesionales de la salud y todo funcionario público en razón de su labor.

El juez requerirá un diagnóstico de interacción familiar efectuado por peritos de diversas disciplinas para determinar los daños físicos y psíquicos sufridos por la víctima, la situación de peligro y el medio social y ambiental de la familia. Podrá adoptar, entre otras, las siguientes medidas cautelares: a) Exclusión del autor de la vivienda donde habita el núcleo familiar, b) Prohibir el acceso del autor al domicilio del damnificado como a los lugares de trabajo o estudio

Dentro de las 48 hs de adoptadas las medidas precautorias el juez convoca a las partes y al ministerio público a una audiencia de mediación instando a las mismas y a su grupo familiar a asistir a programas educativos o terapéuticos.

De la denuncia se deberá dar intervención al Consejo Nacional del Menor y la Familia a fin de atender la coordinación de los servicios públicos y privados que eviten y en su caso superen las causas del maltrato, abuso y todo tiempo de violencia.

IV.2. ¿Inimputabilidad del que padece el síndrome de Munchausen por poderes?



Mujer Loca, Eugène Ferdinand Delacroix (1798-1863)¹⁹

Ahora bien, en este estadio, es necesario preguntarse si al portador del Síndrome de Munchausen puede imputarse algún delito, o si, por el

¹⁹ Nació en Charenton Saint-Maurice, Francia. Pintor y dibujante del romanticismo europeo, movimiento intelectual de mediados del siglo 18 y el 19, que integra en la pintura motivos literarios, nacionalistas e históricos. Considerado el último pintor renacentista.

contrario, su conducta puede ser encuadrada en el supuesto previsto en el inciso 1 del artículo 34 del Código Penal.

Pero antes de eso se dará un breve esbozo de que se entiende por “imputabilidad”.

Al querer trasplantar al terreno de la ley la noción de imputabilidad, hay diferentes criterios:

- **Psiquiátrico Puro:** La imputabilidad depende exclusivamente del factor biológico, esto es, de la salud mental. La inimputabilidad surge directa y automáticamente, ante la presencia de un trastorno mental.

La *tesis alienalista* interpretaba bajo este espectro el art. 34, inc. 1º del C.P. Así, cuando una persona era catalogada como alienado mental, era considerado, automáticamente, inimputable. Por el contrario, cuando la enfermedad padecida por el agente carecía de un título de alineación, era considerado imputable.

La crítica que se le hace a este sistema es que no resulta insuficiente para abarcar la múltiple variedad de trastornos psíquicos capaces de crear situaciones de inimputabilidad.

Por otro lado, al recaer toda la prueba de la inimputabilidad sobre un diagnóstico médico, se minimiza la función del juez, tomando su lugar el psiquiatra.

- **Exclusivamente psicológico:** este sistema se atiene únicamente al funcionamiento de las operaciones psíquicas del sujeto y su rendimiento. Es inimputable quien no tiene conciencia de sus actos.

Lo objetable es que el análisis psicológico no contabiliza los antecedentes hereditarios, biográficos y sociales. Nunca se alcanzará a determinar la raíz morbosa del evento criminal, y se hace sumamente complejo convencer al juez de que nos encontramos en presencia de un verdadero enfermo mental.

- **Psiquiátrico – Psicológico - Jurídico:** Se trata de un sistema mixto. Para considerar inimputable a una persona, se requiere la presencia de una causalidad psiquiátrica, cuyas consecuencias psicológicas anulen la comprensión y la voluntabilidad.

Se rechaza que una afección psiquiátrica, o que un disturbio psicológico, acarreen por si mismos inimputabilidad.

Para la doctrina mayoritaria *“La fórmula de **inimputabilidad** prevista en nuestro Código Penal, adopta un sistema de valoración bio-psicológica-normativa-jurídica, por el cual sólo será considerado en tal situación aquel que, sufriendo los efectos de determinada psicopatología – insuficiencia de las facultades, alteración morbosa de las mismas o estado de inconsciencia-, no haya podido en el momento del hecho comprender el carácter criminal de su acto o dirigir el curso de sus acciones”*²⁰.

Sin perjuicio de ello, debe resaltarse la postura de Eugenio R. Zaffaroni, para quien el artículo mentado adopta un criterio conocido como **Psicológico – Jurídico**. También se trata de un criterio mixto, pero a diferencia del anterior, no tiene en cuenta la enfermedad o patología padecida por el agente, sino tan solo le interesa las consecuencias psicológicas producidas por aquella en éste.

En efecto, como bien explican Zaffaroni, Alagia y Slokar, *“interpretando la fórmula argentina conforme a su contenido semántico puro, puede sostenerse que es más correcto calificarla como psicológico jurídica. El código argentino no habla de alienación mental sino de insuficiencia de las facultades y de alteración morbosa de las mismas, que en definitiva, no son más que efectos psicológicos que se requieren para que haya inimputabilidad, pero siempre que estas circunstancias hayan impedido comprender la criminalidad del acto o dirigir las acciones... la fórmula legal responde a un criterio psicológico jurídico, puesto que carece de referencias psiquiátricas y biológicas... el Código no divide a los seres en locos de competencia médica y cuerdos de competencia judicial, sino en personas en las que en el momento del hecho puede exigírsele o no el comportamiento conforme al derecho”*²¹.

²⁰ VALOTTA Agustín M. *“La fórmula del artículo 34, inciso 1º del Código Penal: ¿Catálogo abierto o cerrado?”*, publicado en La Ley del 26 de febrero de 2002.

²¹ ZAFFARONI, ALAGIA, SLOKAR, op. cit., p. 697.

IV.3. Las tres categorías de inimputables: artículo 34 inciso 1 Código Penal

Ser imputable implica ser mentalmente sano y se supone que todos lo somos hasta que se demuestre lo contrario; es por ello que la ley contiene las causas de la imputabilidad, como la minoría de edad y las enfermedades mentales.

Por otra parte, **se encuentra la incapacidad de culpabilidad derivada de enfermedades mentales, la cual esta prevista en el inciso 1° del art. 34 del Código Penal, cuando establece “El que no haya podido al momento del hecho, ya sea por insuficiencia de sus facultades, por alteraciones morbosas de las mismas o por su estado de inconsciencia, error o ignorancia de hecho no imputable, comprender la criminalidad del acto o dirigir sus acciones”**. En consecuencia, las enfermedades mentales a las que se refiere dicho artículo son:

Insuficiencia de las facultades: que comprende los casos patológicos en los que media falta de inteligencia congénita o producida, en supuestos de detención del desarrollo (bajo coeficiente intelectual). Así, la oligofrenia, que, según el grado de alcance, se distingue entre idocia, imbecilidad y debilidad mental.

Alteración de las facultades: dentro de las enfermedades mentales se incluyen en primer lugar las psicosis que puede ser, ***endógenas*** (como la esquizofrenia o la locura maniático depresiva) o ***exógenas*** (cuando el origen es una causa externa y pueden ser consecuencia de enfermedades orgánicas del cerebro como la epilepsia; de traumatismos (como los casos de parálisis progresivas); o ser tóxicas (como la drogadicción o la embriaguez).

En cuanto a las psicopatías, existía un criterio negativo en virtud de que carecen comprobación convincente, por la existencia de base patológica corporal, pero en la actualidad se admite que un psicópata padece de una perturbación que le produce una reacción que puede ser causa de incapacidad, La inimputabilidad de las personalidades psicopáticas depende de que el sujeto no pueda comprender la antijuricidad del acto o

dirigir sus acciones, es decir cuando los efectos son asimilables a los de un psicótico.

Inconsciencia: el estado de inconsciencia equivale a procesos transitorios de disgregación con automatismo psíquico y motor y pérdida momentánea de la personalidad psíquica superior y con amnesia constitutiva que abarca el tiempo de duración del acceso. Los estados de inconsciencia son situaciones que no reconocen necesariamente origen patológico, como los estados crepusculares, el sueño, la fiebre, los desmayos o la sugestión hipnótica

Tal es así que comprobada las causas de inimputabilidad, el sujeto no será considerado delincuente.

Ahora bien, la capacidad de culpabilidad debe ser relevada para cada injusto en particular, puesto que conforme sean las características o intensidad de la patología que afecte al agente, este puede ser hábil para la comprensión de la criminalidad de un determinado acto pero inhábil respecto de otros, acaso por el diferente nivel de pensamiento abstracto que requiera la perpetración de cada conducta delictiva (vgr. Homicidio o delitos económicos)²².

El cuadro expuesto responde a la tradicional inteligencia que se ha dado en la doctrina nacional al precepto normativo tratado y que se inspira en la rígida psiquiatría de corte positivista que consideraba al enfermo mental como una “máquina descompuesta”, donde el concepto de enfermedad mental –y *por ende de inimputable*- se circunscribía únicamente a la noción de “alienados”.

Ahora bien, a esta hermética categorización se le opone la hermenéutica que postula el Dr. ZAFFARONI²³, quien descarta que nuestro código penal deba ser interpretado con ese alcance y le asigna una inteligencia más abarcadora que gira sobre la semántica pura que presenta el artículo en su redacción. De allí entonces que la laxitud de los términos “*insuficiencia de las facultades*” y “*alteración morbosa de las mismas*” permite embutir en la categoría de inimputables a todo aquel sujeto que a

²² ZAFFARONI, ALAGIA, SLOKAR, op. cit., pág. 690.

²³ Id. ant., págs. 697/702.

resultas de la acción de cualesquiera de ambas circunstancias no haya podido actuar conforme a derecho; sin perjuicio de que esos factores encuadren o no en una etiqueta formal de enfermedad mental.

Se trata, como lo afirmamos en el punto precedente, de la postulación de lo que el autor citado denomina “criterio psicológico jurídico”, puesto que todo análisis de la cuestión impone necesariamente una valoración jurídica posterior, tal es determinar en concreto si la “insuficiencia” o “alteración” ha nublado la posibilidad de comprender y dirigir en lo que a criminalidad respecta.

Y a modo de refuerzo de la *bifrontalidad* aludida, expresa: “*el código no clasifica a los seres humanos en locos de competencia médica y cuerdos de competencia judicial, sino en personas a las que en el momento del hecho puede exigírsele o no el comportamiento conforme al derecho... queda claro que la imputabilidad penal es un concepto jurídico, cuya valoración corresponde únicamente al juez, al que el perito solo ilustra con su saber*”²⁴.-

En suma, esta postura reconoce como fuente de inimputabilidad a toda “perturbación de la conciencia” entendiendo a esta desde su aspecto clínico como comprensiva de la llamada conciencia lúcida (aquella que permite percibir adecuadamente y ubicar a la persona en tiempo y espacio) y la conciencia discriminatoria (que permite internalizar pautas y valores y discriminar conforme esa internalización).

Es que, en el caso de “insuficiencia” la conciencia resulta perturbada por que las facultades no alcanzan el nivel exigido para que para que esta realice su función sintetizadora, mientras que la “alteración morbosa”, puede considerarse una especie particular de insuficiencia puesto que toda alteración de las facultades psíquicas se traduce de inmediato en un insuficiente o disminuido funcionamiento del psiquismo en su conjunto.

Resulta dable destacar la utilidad del último esquema descrito, puesto que su orientación jurídica y su laxitud conceptual ensanchan la posibilidad de aplicar criterios de inimputabilidad por fuera de exigencias meramente biológicas o psiquiátricas, dejando que sea el juez quien decida en último término si al sujeto a quien se le achaca un

²⁴ Ibidem.

accionar delictivo pudo al momento de la comisión del acto, comprender el matiz criminoso de su conducta y además dirigir su actuar en el mundo en base a esa comprensión.

Para determinar, entonces, si el sujeto es imputable o no se requiere establecer si pudo o no comprender el hecho.

Ahora bien, en este estadio, es necesario preguntarse si al portador del Síndrome de Munchausen se le puede imputar algún delito, o si, por el contrario, su conducta debe ser encuadrada en el supuesto previsto en el inciso 1 del artículo 34 del Código Penal.

La norma legal referida establece que no es punible “el que no haya podido al momento del hecho...comprender la criminalidad del acto...”.

Para determinar, entonces, si el sujeto es imputable o no se requiere establecer si pudo o no comprender el hecho.

Comprender ha sido definido por la Real Academia²⁵ como “entender, alcanzar, penetrar. Encontrar justificados o naturales los actos o sentimientos de otro”.

De ello se desprende que para que un sujeto comprenda debe realizar un esfuerzo que le permita no sólo interpretar, sino también realizar un análisis de la situación, esto es, una valoración. Al respecto, los Doctores Jorge Alberto Riú y Guillermina Tavella de Riú²⁶ dijeron que “comprender significa todo un proceso de elaboración, por el cual el individuo establece una valoración de hechos, circunstancias y situaciones, proceso que sólo podrá realizar mediante el goce de la capacidad. Jamás un incapaz se hallará en condiciones de comprender, ya que en última instancia comprender es valorar, y por consiguiente, un incapaz lo máximo que podrá aspirar es a ”entender”, pero no le será nunca posible “comprender”. Asimismo, y a título de ejemplo refirieron lo siguiente: “...un perrito convenientemente enseñado puede entender que no debe realizar sus necesidades fisiológicas en el interior de los ambientes de la casa, y a dicho deber condicionará su conducta, aunque

²⁵ Diccionario de la Lengua Española, Real Academia Española, tomo 3, reimpresión para Grupo Editorial Planeta, 2001.

²⁶ Psiquiatría Forense, aspectos penal, civil y laboral. Segunda Edición, Ediciones Héctor A. Macchi, segunda edición, 1994.

nunca comprenderá el porqué ya que comprender es valorar, y valorar es un exclusivo privilegio de la especie humana...”. En la misma línea de pensamiento Vicente Cabello²⁷ sostuvo: “...Comprender no se reduce sólo a una operación intelectual, sino que emana de la esfera afectiva, desde que la captamos y sentimos el mundo de los valores. En psicología penal, comprender es valorar; se comprende lo que se siente, el no sentirlo es índice de falta de comprensión...”.

Lo siguiente que debe analizarse ahora es si el que padece el “síndrome de Munchausen por poderes” puede comprender y, como consecuencia, se le puede achacar desde el punto de vista penal su conducta.

Desde ya, creemos que el análisis respecto de la imputabilidad o no debe realizarse en cada caso en concreto.

No obstante ello, podemos afirmar que los portadores de este síndrome tienen una personalidad frágil, con baja autoestima, con una imagen negativa de sí mismos, se sienten fracasados; en algunos casos, de niños fueron abusados o violados por integrantes de su grupo familiar primario; y otros, por ejemplo desarrollaron gran parte de su infancia en hospitales y centros de salud debido a la enfermedad que padecía algún familiar. Esta situación le produjo esa “necesidad” de llamar la atención no sólo de la familia sino también de médicos y enfermeras utilizando la enfermedad, tanto propia como de otras personas –“by Proxy”-; o también como refieren autores como Kaplan y Sadock “utilizan al médico como sustituto de la figura del padre y como objeto de la transferencia con el padre”.

Por ello, es que sostenemos que entiende pero no comprende y su inimputabilidad, en ese caso, no dejaría margen de duda alguno.

Desde un punto de vista acusatorio, el representante del Ministerio Público Fiscal podría sostener lo contrario, es decir, que estas personas a pesar de padecer algunos trastornos en su personalidad son perfectamente imputables. Ello teniendo en consideración que al momento de cometer cada uno de los delitos puede no sólo comprender sino también entender las consecuencias de sus acciones.

²⁷ Vicente P. Cabello, *Psiquiatría Forense en el Derecho Penal*, tomo I, Editorial Hammurabi, 2005.

V.- SÍNDROME DE MUNCHAUSEN EN EL CINE

El cine ha tratado en innumerables oportunidades cuestiones relativas enfermedades tanto físicas como psíquicas y a sus complicaciones y, sin perjuicio de que el impacto del Síndrome de Munchausen en el cine es escaso, no es la excepción.

En un trabajo realizado por María Lucila Merino Marcos, perteneciente al Departamento de Pediatría del Hospital Universitario de Salamanca (España)²⁸ la autora analiza tres películas en las cuales considera que se habla del síndrome de Munchausen ya sea como parte central de la trama o haciendo una pequeña referencia.

La película en la cual se retrata más acabadamente el síndrome es en “A Child’s Cry for Help” o como ha sido traducida al español “Un niño solicita ayuda” o “Cuidados Intensivos”. Este film, basado en casos clínicos actuales, es de origen estadounidense, data del año 1994, producida por Hallmark Entertainment, Sandor Stern es su director, interpretan la misma Verónica Hamel, Pam Dawber, Daniel Hugh Kelly, Lisa Jakub, entre otros. A continuación se relata la trama principal de la película que se centra en el caso de un niño que ingresa por urgencias junto a su madre, quien reclama asistencia rápida para su hijo.

- El niño refería padecer fuertes dolores abdominales y fiebre. El cirujano examina al niño diagnosticándole una apendicitis aguda por la que es intervenido.
- La directora del hospital se percató de que la madre poseía un verdadero archivo médico de su hijo, quien informó que su hijo ha padecido paperas, sarampión, varicela, escarlatina y rubéola, que ella era hija de un médico.
- Los resultados de la laparotomía demuestran que el apéndice era normal sólo padecía una gran inflamación intestinal con vasos obstruidos.
- La madre intentó intimar con la médica, la halagó, le hizo pequeños regalos, quiso ganarse su confianza.

²⁸ “El síndrome de Munchausen por poderes en el cine. De *El sexto sentido/The Sixth Sense* (1999) a *A Child’s Cry for Help* (1994)” publicado en la página http://campus.usal.es/~revistamedicinacine/Volumen_2_1/n1/esp_1_pdf/munchausen.pdf

- Una vez que el niño abandona la unidad de reanimación fue trasladado a una habitación común donde comienza a sufrir extraños e inexplicables episodios de infecciones bacterianas. Tras manipular la madre el gotero del niño, el mismo comienza a sentir un cuadro febril aislándose de los hemocultivos dos tipos de microorganismos.
- El laboratorio descarta que los gérmenes sean de origen abdominal, ya que normalmente los mismos se presentan en saliva.
- La médica se sorprende al ver que la madre manipulaba la bomba de perfusión intravenosa. El niño que se encontraba en la misma habitación que el niño en cuestión comienza a sentir los mismos síntomas y se aíslan de su sangre los mismos microorganismos.
- La directora del hospital comienza a sospechar que son infecciones provocadas y para evitarlas ordena que se impida a todas las personas ajenas a los pacientes que entren en su habitación y el niño queda solo.
- A pesar de haber tomado esta medida, recibe la noticia que el niño ha tenido una nueva recaída. En esta oportunidad se aísla una bacteria de origen fecal y ya no se tienen dudas de que las infecciones son provocadas, pues los microorganismos son distintos.
- Las enfermeras resaltan que la madre del niño es una madre excelente, que no deja a su hijo solo ni un momento, que ni siquiera va a cambiarse de ropa a casa.
- La sospecha se transforma casi en evidencia, la directora ordena que se vigile al niño cada quince minutos, consulta a un psiquiatra, tras lo cual y al sospechar que la madre pueda padecer el síndrome de Munchausen por poder, ordena que el niño sea sometido a aislamiento. Interviene el departamento de servicios sociales del hospital y se da intervención judicial.
- Al indagar acerca del pasado de la madre se descubre que no había vivido en los lugares que ella había referido. La justicia al ver que el niño mejoraba desde que había sido apartado de la madre, da la razón a los servicios sociales del hospital, y aprueba la separación total de madre e hijo.

- Una noche, la madre disfrazada de enfermera logra ingresar a la habitación del niño en el hospital y al día siguiente el niño presenta una recaída con fiebre y convulsiones. Luego por la declaración de una niña la directora toma conocimiento que la madre del niño había ingresado a su habitación.
- Se descubre a través de dibujos del niño que habían vivido en otro estado de Estados Unidos en donde el niño había tenido veintiséis ingresos por dolores abdominales inexplicables en distintos nosocomios y cuyo diagnóstico definitivo fue que eran consecuencia de la ingesta de laxantes. En esa ciudad los médicos sugirieron a la madre que realizara tratamiento psiquiátrico, pero ella lo abandono un mes antes de esta última internación del niño. La madre del niño no era viuda como ella refería sino que estaba divorciada. A su vez se pudo determinar que doce años atrás su primer hijo había muerto a los nueve meses de vida por una perforación intestinal originada por abuso de laxantes.

El argumento de esta película se desarrolla en la búsqueda de la directora del hospital de un diagnóstico de la causa de la enfermedad de este niño y de su extraña evolución. Como lo sostiene María Lucila Merino Marcos en su artículo, a lo largo del film se recoge una multitud de características del síndrome de Munchausen por poder entre las que podemos mencionar la existencia de una aparente enfermedad con síntomas atípicos; que no hay mejora sino por el contrario se complica el cuadro del niño por reiteradas infecciones de diferente etiología; la personalidad amable, convincente, seductora del agresor que busca la amistad del personal hospitalario, personalidad que genera en los demás la sensación de que es una buena madre, abnegada y esclava de su hijo; que la madre lleva un registro, casi una historia clínica de los padecimientos médicos de su hijo. Los dolores abdominales producidos a su hijo los provocaba suministrándole laxantes, luego las infecciones las originaba inoculando saliva y materia fecal en la vía venosa del niño. La capacidad de hacer daño de la madre se debe a sus conocimientos médicos obtenida de su padre que era un profesional de la salud. Es una mentirosa compulsiva, esto se observa en el hecho de mentir u ocultar datos personales. No obtiene ningún beneficio de su accionar, salvo el psicológico de estar en contacto con personal sanitario. Su condición de

maltratadora se encuentra motivada por un trastorno ficticio por poderes. De chica simulaba enfermedades para que su padre le prestara atención. La directora del hospital llega a la conclusión de que la madre del niño internado padecía el Síndrome de Munchausen por poderes debido a su exhaustiva observación del caso y de las actitudes de la misma, y confirma su diagnóstico a través de la “prueba de la separación”.

El artículo de referencia comenta otras dos películas en las que se haría una referencia a posibles casos de Síndrome de Munchausen por poderes. En dichos films la referencia es muy vaga, indirecta y en realidad se infiere que se trataría de esta enfermedad sin mencionarlo expresamente, por lo que las mencionaremos brevemente.

La película “The Sixth Sense” o como ha sido traducida al español “Sexto Sentido”, es de origen estadounidense, data del año 1999, producida por Hollywood Pictures, Spyglass Entertainment, M. N Shyamalan es su director, interpretan el mismo Bruce Willis, Haley Joel Osment, Toni Collette, Mischa Barton, entre otros. Hay una sólo secuencia en la podría hacerse una referencia al Síndrome de Munchausen por poder. Tras el entierro de una joven, Kyra (Mischa Barton), Cole (Haley Joel Osment) va a su cuarto, allí se le aparece la niña y le pide que le lleve una cinta de video al padre de la joven. En el video se observa como la madre de la niña enferma añade una sustancia tóxica en la comida de la misma. Hay que presuponer que este abuso pertenece al síndrome ya que no se puede asegurar el mismo pues sólo se ve esta única actuación de la madre.

La otra película que se menciona es “Chakushin Ari” o como ha sido traducida en español e inglés “Llamada Perdida” o “One Miss Call”. Esta película es de origen japonés, dirigida por Takashi Miike, y data del año 2003. Los malos tratos están presentes a lo largo de toda la trama. En una parte de la película, en una actividad universitaria se menciona una frase muy interesante, a saber que “los malos tratos generan malos tratos”, ya que en la realidad se puede ver que muchos abusadores o maltratadores han sufrido abusos de distinta índole en su infancia. El film no da cuenta claramente de que se trate de un caso de Munchausen por poder, incluso es forzada la interpretación que da el artículo español

a la referencia a este síndrome, por lo que consideramos que su tratamiento no es relevante.

VI.- CONCLUSIÓN

En el presente trabajo, hemos intentado establecer qué es el síndrome de Munchausen, qué características presentan sus portadores y las consecuencias de ello, no sólo desde el punto de vista médico, sino también desde el derecho.

Ahora bien, desde el punto de vista del derecho penal, creemos un poco apresurado sostener que todos los portadores del síndrome son imputables, o, por el contrario, inimputables; ello, debería ser analizado en cada caso en particular y teniendo en cuenta, no sólo las consecuencias físicas, sino también psicológicas, los exámenes médicos efectuados -tanto físicos, como psíquicos-, y, lo más importante, si la persona comprendía en ese momento. Esa tarea, por cierto, nada sencilla, estará a cargo, en un principio de un médico forense, y, de acuerdo a en que lugar estemos -fiscal, defensa, querrela- veremos si nos es útil o no.

Asimismo, nos referimos al síndrome por poderes, y creemos que sobre este habría que poner mayor énfasis no sólo desde el ámbito de la justicia -Poder Judicial-, sino también desde los hospitales, escuelas y porque no desde nosotros mismos como sociedad. Creemos eso, ya que al comenzar a investigar advertimos que este síndrome es más común y frecuente de lo que suponemos, y que con una mayor difusión se puede evitar que las potenciales víctimas -generalmente niños- sufran consecuencias que, posiblemente, acarreen durante toda su vida.

VII.- BIBLIOGRAFÍA Y FUENTES DE CONSULTA

- Código Penal de la Nación Argentina comentado y anotado, Andres Jose D´Alessio, Parte General artículos 1 a 78bis, Ed. La Ley 2005.
- Compendio de Derecho Internacional, Editorial Estudio, 1999.
- Compendio de Psiquiatría. 2 Edición. Salvat. Harold I.Kaplan. Benjamín J.Sadock
- Diccionario de la Lengua Española Real Academia Española, vigésima segunda edición, 2001, editorial Espasa

- DSM-IV- *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales-*
- GARROTE, Noberto, INDART DE ARZA, Javier, PUENTES, Ana *et al.* **Síndrome de Munchausen por poder y manifestaciones de supuesto evento de aparente amenaza a la vida.** *Arch. Argent. Pediatr.* [online]. ene./feb. 2008, vol.106, no.1 [citado 08 Noviembre 2009], p.47-53. Disponible en la World Wide Web: <http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0325-00752008000100011&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0325-0075.
- http://campus.usal.es/~revistamedicinacine/Volumen_2_1/n1/esp_1_pdf/munchausen.pdf
- <http://www.pintoresfamosos.juegofanatico.cl>
- Manual de Derecho Penal, Parte General, Ricardo Núñez, segunda edición actualizada por Víctor Reinaldi, editora Córdoba.
- Medline Plus- Servicio de Salud para Usted. Biblioteca Nacional de Medicina de EEUU y los Institutos Nacionales de Salud. Última actualización 03-14-2009.-
- Psiquiatría Forense en el Derecho Penal, Vicente P. Cabello, reimpresión de la edición original, refundida, corregida y puesta al día, editorial Hammurabi, 2005.
- Psiquiatría Forense, Jorge Alberto Riú y Guillermina Tavella de Riú, editorial Héctor Macchi, 1984.
- [www.google.com/imagen\homepage.ntlworld.com/.../munch/baron31a.gif](http://www.google.com/imagen/homepage.ntlworld.com/.../munch/baron31a.gif)