



Universidad Autónoma de Querétaro
Facultad de Psicología
Maestría en Psicología Clínica

Síndrome Munchausen por poder,
el cuerpo del menor como síntoma de la madre

TESIS

Que como parte de los requisitos para obtener el grado de

Maestra en Psicología Clínica

Presenta:

Laura Isabel González Inocencio

Dirigido por:

Dr. Carlos Gerardo Galindo Pérez

SINODALES

Dr. Carlos Gerardo Galindo Pérez
Presidente

Dra. María Laura Sandoval Aboytes
Secretario

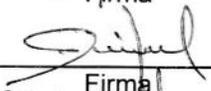
Mtro. Omar Vielma Luna
Vocal

Mtra. Sonia Sujell Velez Baez
Suplente

Mtra. Gabriela Ordaz Guzmán
Suplente

MDH. Jaime E. Rivas Medina
Nombre y Firma
Director de la Facultad

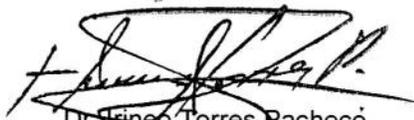

Firma


Firma


Firma


Firma


Firma


Dr. Jaime E. Rivas Medina
Nombre y Firma
Director de Investigación y
Posgrado

Universidad Autónoma de Querétaro
Querétaro, Qro.
Febrero 2012
México

RESUMEN

El presente trabajo se realizó con el objetivo de dar un entendimiento desde la lectura del psicoanálisis al Síndrome de Munchausen por poder, el saber que existen madres que enferman a sus hijos, y que no sólo se puede limitar a conductas que un sujeto realiza (madre). Desde un recorrido psicoanalítico se intenta dar otra perspectiva a este síndrome, donde con las conceptualizaciones psicoanalíticas como son la función paterna metáfora introducida por Lacan, el síntoma y su formación, la represión el inconsciente y la pulsión ayudan a establecer, que el enfermar a el hijo no sólo es una conducta que pone en juego la vida del menor, sino que son manifestaciones del inconsciente que están dando cuenta que hay algo en el vivenciar del sujeto (madre) que no fue tramitado por la vía adecuada. En el trabajo también se presentan dos casos a modo de ejemplo, que fueron diagnosticados en la Clínica de Atención Integral al Niño Maltratado, Instituto Nacional de Pediatría, que si bien no fueron casos en los que se tuvo contacto con la paciente (madre) ayudaron para saber la posición de la madre desde la perspectiva psicoanalítica. En la bibliografía revisada no se encontró un tratamiento que arrojará datos de madres que hayan pasado por este trastorno y que el tratamiento haya sido exitoso, esta es también la importancia de incluir dentro del tratamiento multidisciplinario la terapia psicológica con corriente psicoanalítica donde se le da importancia a la manifestación del inconsciente. El haber realizado esta investigación dará una visión diferente del Síndrome Munchausen por poder, donde no solamente se tome como un trastorno más en el DSM-IV manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, sino que hace la aportación desde las lecturas de las obras de Freud y algunos escritos de Lacan, para dar importancia al inconsciente manifiesto, dentro del espacio de la clínica ayudándole a la madre a posicionarse en otro lugar, en un lugar donde no atente contra la salud de su hijo.

(Palabras clave: Síndrome Munchausen por poder, metáfora paterna, síntoma, represión, pulsión)

SUMMARY

This document was made with the objective to understand, since the psychoanalysis of Munchausen syndrome by proxy, that there are some mothers which children get sick by them, and this is not limited as result of a person's behavior (mother). The psychoanalytic aspect try to give its own point of view for this syndrome, where the psychoanalytic conceptualizations as the paternal function by Lacan, the symptom and its formation, the repression, the unconscious and the pulsion, help to establish, that, sicken a child, is not just a manner that endangers the child's life, it is a way to show that, in the unconscious exist a particular mark of the mother's living style, which has not been processed in the correct way. Two cases were diagnosed at work by the Care Clinic of the abused child, National Institute of Pediatrics, which helped to know the mother's position since the psychoanalytic perspective, even without the mother's presence. We didn't find, in the literature, a treatment that shows information of mothers which have been involved in a success process like this before, this is another reason to include in a multidisciplinary treatment, a psychological therapy influenced by a psychoanalytic tendency where is very important the unconscious demonstration. This research will give a different perspective of Munchausen syndrome by proxy, where beside the disorder in the DMS-IV diagnostic manual and the mental disorder statistic, make a real reference of the Freud works and some Lacan's publications, to give unconscious a real importance in the clinic's real space, helping the mother an opportunity to set in another place, where does not damage the child's health.

Key words: Munchausen syndrome by proxy, paternal function, symptom, repression, pulsion)

AGRADECIMIENTOS

La vida me ha dado la oportunidad de rodearme y estar con gente con la que puedo contar de forma incondicional.

Agradezco de forma infinita a mi asesor de tesis Dr. Carlos Gerardo Galindo Pérez, por el apoyo para la realización de este trabajo, así como el compartir sus conocimientos conmigo.

Mi agradecimiento a la Psic. Martha Gómez Jimenéz y al Dr. Arturo Lóredo Abdalá, por las facilidades en la investigación realizada. Adscritos a la Clínica de Atención Integral al Niño Maltratado, Instituto Nacional de Pediatría.

A mis amigos que han estado al pendiente de mis logros a lo largo del trabajo en especial a Sujell Velez, Verónica Peña, Angelina Sánchez y Gaby Garibay.

Un agradecimiento de todo corazón a mi familia y hermanos que tanto quiero y que siempre están ahí, en apoyo incondicional a mis planes y metas principalmente a Ramón González, Rosa González, Eloísa González, Marisela González, José González, y a mi padre Miguel González Guerrero.

Y finalmente agradezco a quienes ya no están y dejaron parte de su persona en mí para seguir creciendo, a mi madre †Rosa Inocencio Servin y mi maestro y amigo †Carlos Javier Muñoz Aguilar.

ÍNDICE

	Página
RESUMEN	i
SUMMARY	ii
AGRADECIMIENTOS	iii
ÍNDICE	iv
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I	
1. Definición del Síndrome Munchausen por poder	4
1.2 Características del perpetrador	17
1.3 Tratamiento	22
1.4 Dos casos diagnosticados con síndrome de munchausen por poder	25
1.4.1 Primer caso “LOLA”	26
1.4.2 Segundo caso “Lulú”	28
CAPÍTULO II	
2. Funciones paternas	38
2.1 Funciones maternas-paternas	40
CAPÍTULO III	
3. El síntoma	60
3.1 ¿A qué se le llama síntoma?	62
3.2 Formación del síntoma	67
3.3 Síntoma y represión	71
3.4 El inconsciente y el síntoma	80
3.5 Propósito del síntoma	83
CAPÍTULO IV	
4. El cuerpo y la pulsión	85
4.1 La pulsión	89
CONCLUSIONES	98
BIBLIOGRAFÍA	101

INTRODUCCIÓN

A lo largo de la historia ha existido el abuso al menor, en sus diferentes formas, algunas explícitas otras enmascaradas y hasta poco conocidas, como la que en esta investigación se presenta. Esta investigación surgió a partir de saber que existen madres que pueden enfermar a sus hijos, una y otra vez, sin que las personas que están alrededor de este binomio (madre-hijo) o el médico que atiende al menor se dé cuenta de ello. Considerando que estas conductas no es lo que generalmente se espera de la persona que te da la vida, la madre. Más aun si consideramos lo que “representa” el hijo para la madre, el amor más grande o cuidado que puedan tener, culturalmente hablando. Es conocido por el personal de salud (médicos, enfermeras, trabajadoras sociales, psicólogos) licenciados en derechos y jurídico que existe el abuso hacia el menor, y generalmente se refiere de abuso físico donde se deja una huella visible (hematoma, cicatriz) o psicológico, porque él o los cuidadores del menor los golpean, les gritan, los queman, los humillan entre otros ejemplos, y que estas conductas las realizan el padre, la madre o algún otro. Hay abusos poco conocidos y que son difíciles de ver y reconocer, el que la madre enferme al hijo, eso es poco común, y al decir que lo enferma estamos hablando de una manera intencionada, directa. Al saber que puedan existir madres que realicen conductas en contra de la salud de su hijo, en una, dos, tres o más ocasiones, incluso llevándoles al borde de la muerte o la muerte, nos permite hacernos algunos cuestionamientos.

Toda conducta, desarrollo del cuerpo ó situación “anormal” en el ámbito de la medicina y psiquiatría, es necesario ponerle nombre y nomenclatura, en este caso las conductas de la madre no escaparon de ello, y la denominaron Síndrome de Munchausen por poder, antes de describir este trastorno ya había uno de nombre Munchausen, sólo que este se refiere al adulto, posteriormente se le agrega el termino “por poder” que es cuando una persona ejerce un poder sobre otra, en este caso la madre sobre el hijo, y es en este síndrome que se va a basar esta investigación.

Al saber que existe este síndrome nos surgen varios cuestionamientos respecto a ello, ¿De dónde parte el síndrome? ¿Qué impulsos llevan a la madre a cometer estos actos? ¿Qué función ejerce el deseo de muerte en la madre? ¿Por qué la madre hace uso del cuerpo del hijo, y no somete a su propio cuerpo a tales actos? Entre otras, y es aquí donde nos parece apropiado comenzar a apoyarnos en algunas conceptualizaciones psicoanalíticas para hablar del síndrome. En el desarrollo de nuestra investigación tenemos la dificultad de la poca bibliografía encontrada en el idioma español, agregándole a ello que no hacen referencia a conceptualizaciones psicoanalíticas, se basa en estudios y tratamientos multidisciplinarios (médico, químicos, licenciado en derecho, trabajo social, psiquiatra, enfermera, psicólogo) cabe señalar que son de gran ayuda los tratamientos multidisciplinarios, y es también en esta parte donde a través de un recorrido por la teoría psicoanalítica mostraremos la importancia de que en el tratamiento psíquico de la madre no sólo se considere una terapéutica basada en psicoterapia que se basa en esquemas, donde se establece una relación terapeuta paciente con el objetivo de eliminar, modificar o erradicar síntomas. Nuestra propuesta no va en ese sentido, ya que como se verá en el desarrollo de la investigación el discurso del paciente y la manifestación del inconsciente o lo que nos ayuda a saber de su existencia, estando la madre en un proceso de análisis, es lo que le permitirá posiblemente una posición diferente como sujeto a la madre y pueda acceder a otra cosa.

Las conceptualizaciones psicoanalíticas que nosotros tomaremos para nuestra investigación serán función paterna, síntoma, deseo, pulsión, inconsciente y represión.

En el primer capítulo exponemos lo que es el síndrome, los criterios de diagnóstico según DSM-IV, la historia del síndrome, el por qué su nombre, características que se han encontrado en las madres que han sido diagnosticadas con dicho síndrome, consideradas como el perpetrador. Las piedras angulares del síndrome son perpetrador (madre), hijo (víctima) y médico, (perpetrador sin saber que lo es), cabe referir que la investigación se limito a la relación madre e hijo, es decir, en el síndrome de Munchausen por Poder, el abuso a la salud del menor puede ser del

cuidador directo madre, padre, abuelo u otro, pero consideramos que ahí involucraría otros aspectos, por lo tanto nos limitamos a la relación madre e hijo consanguínea, y para una mejor visión o entendimiento de cómo se puede presentar en la clínica médica este síndrome se exponen dos casos que fueron diagnosticados en la Clínica de Atención Integral al Niño Maltratado (CAINM) del Instituto Nacional de Pediatría, cabe mencionar que en el capítulo IV, también se expone un caso sacado de una revista chilena de pediatría encontrada en la web.

Encontraremos en el capítulo II lo que es la función paterna, intentando dar cuenta desde esta perspectiva el posicionamiento del perpetrador ante el que es su pareja, haciendo la diferencia con la palabra rol que se refiere a conductas impuesta por la sociedad y los antecesores. El posicionamiento que puede tener el menor cuando es abusado en su salud, y ya teniendo el dominio de un lenguaje en edad escolar no decir nada de ello por la posición que juega ante la madre, donde el padre deja al menor a su suerte en las conductas de la madre, donde se juega un deseo.

En el capítulo III se expone un recorrido por el síntoma, concepto importante para el desarrollo del trastorno y el proceso analítico del sujeto, no restando importancia a los otros conceptos, la formación que tiene a lo largo del vivenciar del sujeto y su entretrejo que hace en la cotidianidad de éste, ayudándonos a llamarle síntoma a las conductas de la madre, intentando así mismo conocer el sentido de este síntoma de la madre a partir de dichas lecturas.

Finalmente en el capítulo IV exponemos lo referente al cuerpo a partir de la pulsión y los tres registros que Lacan introdujo, donde el actuar de la madre es importante para que el sujeto pueda acceder a esos registros, haciendo también referencia al “uso” o poder ejercido de la madre ante el cuerpo del menor, con las conductas repetitivas de la madre al enfermarlo, haciendo alusión a la compulsión a la repetición.

Y que en cada uno de los capítulos tomamos elementos para dar respuestas a nuestros cuestionamientos hechos antes o durante la investigación.

CAPÍTULO I

1. DEFINICIÓN DEL SÍNDROME MUNCHAUSEN POR PODER

En este primer capítulo intentaremos recabar la información que hay del síndrome¹ de Munchausen por poder, tomando en cuenta que los textos del idioma español son escasos y puede ser una limitante, sin embargo no por ello el interés en busca de casos o bibliografía, deja de cesar. El interés de recabar la información es para exponer su definición y resaltar algunas problemáticas que se pueden desprender de los casos que existen de este síndrome, así como los antecedentes del síndrome, haciendo un recorrido histórico de autores que han hablado de ello.

Además de exponer el síndrome se presentan características de la madre quien en la mayoría de los casos funge como el perpetrador, siendo piedra angular del trastorno junto con interrogantes que se despliegan en este capítulo.

A lo largo de la historia del ser humano ha existido el abuso físico y psicológico en los infantes, este abuso se ha presentado de diferentes formas, según su cultura y época, cabe mencionar que en su momento no eran vistos como abuso al infante, sino como forma de vida o subsistencia, sin embargo, esas formas de vida, en la actualidad se considera un abuso al menor, algunas formas de vida o ejemplos de ellos se ven plasmados en el libro, El segundo sexo.

Las hordas primitivas no se interesaban en lo absoluto en su prosperidad. Como no estaban adheridas a ningún territorio (...) los niños constituían para ellas una carga y no una riqueza; la prueba la da el hecho de que entre los pueblos nómadas siempre hubo cuantiosos infanticidios, y muchos recién nacidos a

¹ Síndrome: Med. Conjunto de signos y síntomas que constituyen un estado patológico y caracterizan el cuadro clínico de una enfermedad. Es importante referir que en otros textos como el DSM-V será referido como trastorno facticio por poderes. La palabra trastorno significa causar disturbios. Ó, molestia, problema o perturbación que altera la vida de una persona o su estado de ánimo. En el desarrollo de la investigación utilizaremos las dos palabras síndrome y trastorno, y nos estaremos refiriendo al mismo cuadro clínico.

quienes no mataban, morían faltos de higiene en la indiferencia total. (De Beauvoir, 1998: 89)

otro ejemplo de ello se puede encontrar en el libro *Maltrato en niños y adolescentes*, “A principios del siglo XIX se desarrollo la costumbre de lisiar y deformar a los niños para que causaran lástima y así poder pedir limosna en las calles de Londres tal como lo describe Charles Dickens en algunas de sus obras” (Abdalá. 2004: 3) situaciones o ejemplos podemos encontrar muchos, desde diferentes tiempos, y diferentes abusos, en la actualidad no es diferente, lo que ha cambiado es la forma de ver esta situación, ahora el niño tiene derechos, y es valorado como lo que es, persona completa, o mejor aun dicho, se le ha dado el valor de persona, solo que en algunos casos, quienes están alrededor de él, no le reconocen tal valor.

En los canales de televisión se presentan casos de niños recién nacidos abandonados a su suerte, en otros casos recién nacidos muertos por negligencia o muerte intencionada, niña de un año golpeada, niño de tres años muerto a golpes por el o los padres, y así podemos seguir citando ejemplos, aunque no sólo los golpes son abuso, el trabajo forzado a temprana edad, el abuso psicológico, abuso sexual y el abuso en la salud del menor, y es en este último, el abuso en la salud del menor donde será enfocada nuestra investigación.

El abuso que se presenta en el menor puede provenir de diferentes personas, un vecino, un tío, amigos de la familia, y en muchos casos de los mismos padres. En esta investigación me limitaré a plantear el maltrato físico y psicológico por el que pasan algunos niños, siendo estos abusados en cuanto a su salud por parte de los padres, generalmente la madre, específicamente, se intentará plantear la formación de la conducta de la madre.

Antes de continuar es importante especificar a qué nos referiremos cuando exponamos abuso de poder, “El abuso de poder es un comportamiento tipificado penalmente como aquella acción realizada por quien por razón de su cargo o posición dispone de poder del que hace uso abusando de las potestades o derechos que tiene.”

(Bascuñana, 2003)² Que en el entendido de nuestra investigación será el abuso de poder de la madre hacia el hijo, en otras palabras, una acción en la cual hace abuso de su poder sobre su hijo, la relación jerárquica que tiene la madre ante el hijo.

En los casos en los que existe un de abuso de poder, generalmente proviene de personas cercanas al menor, y un porcentaje alto es por parte de los padres, el abuso en los menores puede ser explícito, cuando el padre o la madre golpean al menor dejando secuelas físicas, manifestaciones visibles como edemas, quemaduras, cicatrices en la piel, equimosis, fracturas, entre otros ó puede ser enmascarado; donde el abuso no se ve, pero existe.

“Los padres que cometen abuso infantil pueden emplear castigos físicos severos e incluso dañar a sus hijos de manera permanente, o bien pueden emplear formas psicológicas de abuso que hacen que sus hijos se sientan personas malas que no merecen amor.” (Sarason,1996:464) Consideramos que sea cual sea la forma de abuso, es difícil separar los daños físicos de los psicológicos, pues el infante tiene sus propios procesos mentales, intelectuales y psicológicos que no pueden ser separables del individuo en ninguna etapa de su vida, considerando a la infancia como etapa de la vida. Dentro de este tema de abuso, existen diferentes organizaciones las cuales han dado su propia definición de maltrato en menores donde se pone de manifiesto el abuso al menor. Por ejemplo para la Organización de las Naciones Unidas, el maltrato al menor es.

Toda forma de violencia, perjuicio o abuso, físico y mental descuido y trato negligente, malos tratos o explotación, mientras que el niño se encuentre bajo la custodia de los padres, de un tutor o de cualquier persona que lo tenga a su cargo. (Loredo, 2004:19)

No sólo organizaciones se refieren a una definición de abuso al menor, el médico pediatra Loredo Abdalá³, expone como maltrato infantil lo siguiente.

² Las citas que se encuentren sin número de página, es porque no son de libro, son citas de páginas web, se podrá encontrar la referencia completa en la bibliografía.

³ Médico pediatra coordinador de la Clínica de Atención Integral al Niño Maltratado (CAINM), Instituto Nacional de Pediatría. De 1978 a 1995 desarrollo la subespecialidad de Medicina Interna Pediátrica como jefe del Departamento

Es la forma extrema y/o extraña de lesiones no accidentales, de cualquier forma de agresión sexual, privación emocional u otro proceso de agresión, ya sea aislada o combinada y ocasionadas intencionalmente por los padres, parientes cercanos y/o adultos estrechamente relacionados con la familia. (Ibídem: 20)

En esta definición encontramos que incluye las palabras “forma extrema y/o extraña” de lesiones, las cuales se pueden presentar en algunos maltratos a menores como se expondrá a lo largo del trabajo, ¿por qué extraña? Porque es una situación que no se espera de una madre.

Dentro de las formas de abuso infantil encontramos diferentes formas clínicas, las cuales se pueden clasificar en físicas, emocionales o mixtas:

FISICAS:

- Maltrato físico
- Síndrome del niño sacudido
- Abuso sexual
- Abuso fetal

EMOCIONAL:

- Munchausen
- Privación emocional
- Negligencia social
- Niños de la frontera
- Abuso sexual
- Maltrato étnico
- Niños de la guerra

MIXTO:

- Ritualismo
- Munchausen por poderes
- Maltrato físico
- Abuso sexual

En esta última forma de abuso infantil, mixto, encontramos, munchausen por poder, el cual su forma clínica es física y psicológica, pero cabe mencionar que si bien, es un abuso físico, no es explícito como una quemadura o un golpe, sino es enmascarado, es decir, un abuso físico que no se ve a simple vista, como cualquier otro, pero a la larga puede ser visto. No es algo que deje cicatriz de primera instancia, pero posteriormente si puede dejar cicatriz física y psicológica.

El síndrome de munchausen por poder es un síndrome, poco conocido por el personal médico hospitalario, esto puede ser porque es poco común y los casos referidos en México son aún menos, sin embargo existe y puede llegar a presentarse ante los ojos del personal y éste no darse cuenta de ello, por no tener conocimiento del síndrome.

El poco saber que se tiene, nos lleva a una interrogante ¿De dónde proviene el término de munchausen?, este término no es tan viejo como se pensaría, se dio en honor al famoso Karl Hieronymus Freiherr Von Münchhausen, conocido como: el Barón de las mentiras, quien nació en Hannover Alemania, en 1720. De familia aristocrática, sirvió como capitán de caballería para un regimiento ruso en dos guerras contra los turcos y era un conocido narrador de anécdotas sobre caserías, viajes y batallas, falleció en 1917. El médico británico Asher⁴ dedicó respetuosamente el síndrome al famoso Barón Von Munchausen. Así como las narraciones del Barón convencían a la gente, las narraciones de la persona con el síndrome, respecto a sus síntomas, que le refiere al médico son convincentes. La persona tiene la habilidad de envolver por así decirlo, al médico, en sus narraciones de los síntomas, de tal forma, que el médico se vuelve también piedra angular del síndrome.

Inicialmente el término Munchausen fue descrito por primera vez en 1951, por Richar Asher, en una publicación médica, en ella hacía referencia a pacientes que buscan atención médica con historias, síntomas y hallazgos por el examinador, que planteaban serias inconsistencias y que luego de un difícil y largo análisis médico se

⁴ Richard Alan John Asher, (1912-1969) fue un eminente endocrinólogo británico y Hematólogo, médico principal responsable de la unidad de observación mental en el Central Middlesex Hospital describió el denominado síndrome de Munchausen en un artículo de 1951 en la revista The Lancet.

demostraban que eran producidas por el mismo paciente. “Asher recalca la falta de sentido que tenía el producirse estas enfermedades pues el común denominador era la falta de ganancia secundaria.” (Reyes, 2002). Cabe mencionar que el término propuesto por Asher fue atribuido solo para adultos, es decir la persona adulta se produce signos⁵ y síntomas⁶ de una enfermedad, para ser asistida por personal médico.

El síndrome de Munchausen (adulto) es poco frecuente y se caracteriza por la continua demanda de tratamiento y hospitalización por una enfermedad aguda, sintomática pero imaginaria, es decir, en ocasiones los hallazgos de laboratorio no revelan enfermedad alguna, a menos que el resultado sea alterado por el mismo paciente. El paciente puede presentar la forma lógica y convincente de una enfermedad real.

En el libro DSM-IV Podemos encontrar características y criterios diagnósticos para el síndrome de munchausen (adultos) que se tiene clasificado dentro de los Trastornos facticios con el código F68.1* y el nombre de, Trastorno facticio [300.xx], página 483.

Características y criterios diagnósticos:

- Fingimiento o producción intencionada de signos y síntomas físicos o psicológicos.
- La sintomatología puede ser inventada, autoinflingida (inyectarse saliva para producir abscesos debajo de la piel) Puede ser una exageración o exacerbación de un trastorno físico preexistente, combinación o variación de las características anteriores.
- El paciente debe de asumir totalmente el papel del enfermo.

⁵ Hallazgo objetivo por un examinador como fiebre, erupción, hallazgos medibles y palpables a los ojos del examinador.

⁶ Indicación subjetiva de una enfermedad o de cambio en la enfermedad según percepción del paciente.

* Códigos que se utilizan en los manuales estadísticos DSM-IV y CIE-10, la codificación oficial utilizados en Estados Unidos es la clasificación internacional de enfermedades.

- No hay incentivos externos que justifiquen los síntomas. (Ganancia económica etc.)
- El paciente suele dejarse llevar por una tendencia a mentir intolerable y patológica.
- A menudo el paciente tiene un amplio conocimiento de la terminología médica de las rutinas hospitalarias.
- Son muy frecuentes las quejas de dolores y demandas de analgésicos.

Las personas con este trastorno logran envolver al personal médico en la explicación de sus síntomas, de tal forma que se le atiende a las demandas que expone, y por consiguiente hace partícipe al médico de su síndrome.

El psiquiatra Eisendrth en el libro de tratado de psiquiatría clínica, permite ver la distinción entre *simulación*, *síndrome de munchausen* e *histeria*, estableciendo la diferencia de cada una en cuanto a su producción y motivación de los síntomas.

	Producción de síntomas de la enfermedad	Motivación de la producción de síntomas
Simulación	Consciente	Consciente
Síndrome de Munchausen	Consciente	Inconsciente
Histeria	Inconsciente	Inconsciente

Se ha dicho que quienes tienen el síndrome son conscientes de que se están produciendo síntomas y además sienten estos síntomas. Pero no se encuentra la razón, ó las personas no tienen una razón clara del por qué lo hacen. Y es esto último lo que hace pensar al psiquiatra Eisendrath que la producción de síntomas es inconsciente.

Si como dice el psiquiatra Eisendrath, en los casos del síndrome de munchausen (adulto) la producción de síntomas es inconsciente, y la motivación para la producción es inconsciente, una interrogante a considerar es, ¿Cuál es la motivación inconsciente que mantiene esta conducta⁷?

Esta es una interrogante que se desea contestar, sin embargo en este trabajo nos interesa el conocer el denominado síndrome Munchausen por poder, aparentemente el mismo nombre, sólo que con otras variantes, en este existen tres personas y no dos, médico (persona utilizada, por así llamarlo), madre (perpetrador), e hijo (víctima).

Posteriormente el síndrome de munchausen (adulto) arrojó algo nuevo, Meadow⁸ en 1977 describe el síndrome de munchausen por poder, Meadow agregó el calificativo “por poder” a este síndrome, donde un adulto abusa del poder que se ejerce en el niño, causándole signos y/o síntomas de una enfermedad.

En la descripción de Meadow (1977,1982), todos los pacientes presentan una sorprendente colección de síntomas y signos que hacen pensar en una enfermedad multisistémica atípica; habían sido estudiados y tratados repetidas veces en diversos hospitales, durante un tiempo que oscilaba entre 4 meses y 7 años; y cada caso reunía un complejo historia médica común gran número de pruebas diagnósticas y de tratamientos innecesarios y potencialmente dañinos. (Figuerido, 2001)

En esta clasificación de Meadow, se expone una forma de maltrato infantil, hasta ese momento no conocido, o al menos no era descrita con ese nomenclatura, lo que es de llamar la atención, es, cómo es enmascarada por el amor que la madre dice tener a su hijo, es decir, no se sospecha que sea la madre quien esté afectando al menor en su salud. En la descripción de esta enfermedad, el sujeto denominado por los autores perpetrador,⁹ generalmente es la madre del menor, aunque también se ha encontrado que el perpetrador puede ser otra persona que cuida al menor y, no necesariamente

⁷ Forma en la que actúa una persona. Alguna o todas las actividades de una persona, incluyendo las actividades físicas que se pueden observar directamente y la actividad mental que es inferida e interpretada.

⁸ Profesor Sir Samuel Roy Meadow (nació en 1933) pediatra británico que saltó a la fama inicialmente de su trabajo académico, en 1977 en el ahora controvertido Síndrome de Munchausen por poderes (MSBP).

⁹ Se tomará como perpetrador a la persona que inflige poder sobre el menor, cabe mencionar que el 98% de los casos son las madres y el menor es su hijo biológico.

necesita tener un lazo consanguíneo. En esta investigación me limitaré al síndrome munchausen por poder donde interviene el lazo consanguíneo de madre e hijo.

En este síndrome uno de los padres (generalmente la madre) enferma físicamente al niño, como por ejemplo, el abuso de imipramina o sal para producir convulsiones, uso de heparina para producir hemorragias y edemas, jarabe de ipecacuana¹⁰ como inductor de vómito y diarreas prolongadas entre otros, de tal forma que es necesario internarlo y es difícil para el personal médico darse cuenta que esta frente a un caso de síndrome de munchausen por poder, pues aparentemente la madre se encuentra preocupada por la salud de su hijo, aunado a ello, nadie o nada hace dudar que la madre tiene un adecuado cuidado por la salud de su hijo.

La madre no presenta un signo o síntoma que se pueda observar, sea como síntoma psiquiátrico o neurótico, al menos hasta el momento en que aún no es descubierta. Es común que en estos casos la vida del menor corra peligro mientras la madre no es descubierta, puesto que el abuso de sustancias o infecciones inducidas puede ser letal en determinado momento causándole la muerte sin que el personal médico alcance a realizar maniobras para salvarle.

De la información antes expuesta se pueden desprender algunas interrogantes que son importantes considerar, ¿De dónde parte el síndrome? Como se dijo anteriormente generalmente la madre quien es el perpetrador, puede llegar a matar con este tipo de actos a su hijo y posteriormente continuar con otro hijo y otro si no es descubierta a tiempo. ¿Qué impulsos llevan a la madre a cometer estos actos? ¿Qué función ejerce el deseo de muerte en la madre? ¿Podemos valernos de ciertas conceptualizaciones de la teoría psicoanalítica que nos permitan acercarnos a la explicación de este problema? Estas son algunas interrogantes que se pretenden contestar.

En la recopilación de textos y artículos que hemos obtenido hasta el momento, encontramos datos importantes sobre trabajos que se han realizado, si bien es un

¹⁰ Planta rubiácea de América, Mérida, cuya raíz tiene propiedades eméticas, tónicas, purgantes y sudoríficas.

síndrome poco común, no por ello escapa a la realización de datos estadísticos de investigación. Por ejemplo en uno de los trabajos se resalta lo siguiente

En la bibliografía psiquiátrica española, en una revisión que realizamos en los trabajos publicados entre 1980 y 1995, hemos encontrado 25 casos de síndrome de munchausen, 5 casos eran munchausen, mientras los 20 restantes eran munchausen por poderes. (Ibídem: 2001)

Como se observa en la cita existe una diferencia estadística entre el síndrome munchausen (llamado así en el adulto) y munchausen por poder (ejercido del padre o tutor al menor) con una diferencia de 4 a 1, al considerar esta estadística en la actualidad, es muy posible que haya aumentado. Consideremos que en México es importante que exista una estadística de tales casos para conocer más sobre el trastorno y posibles tratamientos a considerar en el perpetrador y el menor. De las pocas referencias que se tienen de México, se encuentran en el libro; Maltrato a niños y adolescentes, del Dr. Arturo Loredó Abdalá, hace referencia de 13 casos que se detectaron en la Clínica de Atención al Niño Maltratado, Instituto Nacional de Pediatría-UNAM.

Comencemos a establecer de forma más específica lo que es el síndrome munchausen por poder, podemos decir que “Es una forma de abuso infantil en la que uno de los padres induce síntomas reales o aparentes de una enfermedad.” (Kaneshiro, 2009)

Continuando con la definición del síndrome munchausen por poder,

Un padre simula enfermedades persistentes en el niño con la finalidad de estar en contacto con hospitales y médicos. El niño puede tener que soportar docenas de cirugías y hospitalizaciones por enfermedad inducida por alguno de los padres; como consecuencia muere aproximadamente el 9% de los niños (...) el niño sirve como objeto de manipulación. (Mosby. 2003:1466)

Se pueden encontrar diferentes definiciones del síndrome y en general se refiere a lo mismo, sólo con algunas variaciones respecto a las características diagnósticas que se pueden tomar en cuenta para su diagnóstico, por ejemplo en el DSM-IV Página, 741 se denomina como Trastorno ficticio *por poderes* donde encontramos las siguientes características diagnósticas:

- La producción o simulación de forma liberada de signos o síntomas físicos o psicológicos en otra persona que se halla a cargo del individuo.
- Típicamente suele ser un niño pequeño la víctima y el perpetrador su madre.
- La motivación que define al perpetrador es el deseo de asumir el papel de paciente a través de otra persona.
- No hay incentivo externo que justifique el comportamiento. (p. ej., ganancia económica).
- El perpetrador induce o simula en la víctima un proceso patológico y luego acompaña a ésta al médico negando todo conocimiento sobre la etiología del proceso.
- La mayor parte de las enfermedades inducidas o simuladas conciernen al aparato digestivo, genitourinario y sistema nervioso central.
- La víctima suele ser un niño de edad preescolar, aunque también pueden emplearse recién nacidos, adolescentes o adultos.

Para la realización del diagnóstico por parte del personal médico, respecto a las lecturas que se han revisado, existe una coincidencia, esta es que, no es fácil emitir y/o demostrar el diagnóstico, ya que las pruebas tienen que ser explícitas, si bien se cuenta con una serie de características que ayudan a emitir un diagnóstico, la adquisición de una prueba tangible es difícil porque sólo con ello se podrá confrontar a la madre, ya que una madre por sí sola no aceptará la realización de sus actos. Dentro de las evidencias que se pueden realizar están las cintas de video, las cuales son la alternativa más adecuada en la actualidad si se tiene sospecha del trastorno de munchausen por poder, otra puede ser que, una persona cuide a la madre para sorprenderla infraganti, es decir, cuando altera exámenes de gabinete, hace comer al niño sustancias o inyecte al niño medicamento innecesario por poner ejemplos. Es importante demostrar que es la madre quien altera muestras de orina con su propia

sangre, para diagnosticar un munchausen por poder, ya que si sólo se tiene la prueba de orina alterada, la madre puede referir que ella es ajena a esa situación y hasta ponerse en el papel de ofendida y sacar al menor de los cuidados hospitalarios, como generalmente suele ocurrir al sentirse que puede ser descubierta.

El personal que trabaja en el tratamiento físico del niño es muy importante para el diagnóstico del síndrome, el pediatra Arturo Loredó también expone criterios clínicos diagnósticos que ayudan al personal médico a saber cuando están frente a un caso de síndrome munchausen por poder, los criterios son los siguientes.

- Enfermedades aparentemente persistentes o recurrentes.
- Discrepancia entre los datos clínicos aportados y la historia médica completa.
- Cuadro convulsivo que no corresponde al tratamiento habitual.
- Signos y síntomas preocupantes que no pueden ser explicados por un médico experimentado quien señala “jamás he visto un caso semejante.”
- Signos y síntomas desaparecen en ausencia de la madre o el agresor.
- Antecedentes de los hijos fallecidos sin causa explicable o por aparente “síndrome de muerte súbita”.
- Madre especialmente aprensiva, al pendiente del hijo y no acepta su separación.
- La madre muestra menos preocupación por la salud de su hijo que lo médicos y en general el personal de la salud, con ellos mantiene una buena relación y suele alabar el interés mostrado en la atención al menor.
- Madres inteligentes y con conocimientos de medicina.
- Los padres no están de acuerdo con el tratamiento del hijo.

Es importante al mismo tiempo especificar que dentro del síndrome de munchausen por poder la tendencia actual es emplear la denominación incluidas sus variantes, como puede ser enfermedad inducida, ficticia, facticia y la fabricada por poder.

- a) **Inducido:** suceso habitualmente agudo que es propiciado por un familiar y que puede observarse cuando el adulto emplea una o varias sustancias que provocan alteración o en el estado de salud del niño (ej., una intoxicación).
- b) **Facticio:** Estado de enfermedad artificialmente provocado por un adulto mediante la administración intencionada de un producto que el menor no necesita y que le acusa alguna manifestación clínica (p.ej., un laxante).
- c) **Ficticio:** Corresponde a un evento real o imaginario por la madre que la lleve inclusive a alterar muestras para exámenes de laboratorio o falsificar sus resultados. El progenitor elabora una historia clínica (falsa) del menor que no se puede documentar (ej., contaminación de la orina con sangre de la madre).
- d) **Fabricado:** El perpetrador plantea y ejecuta a largo plazo algún proceso que daña al menor, probablemente es una forma de SMP más frecuente y grave (ej., un niño con desnutrición grave adquirida paulatinamente sin causa orgánica que la justifique). (Loredo, 2004:171)

Como se puede apreciar en el inciso b y c se puede distinguir que la palabra *facticio* se refiere a “enfermedad provocada” y la palabra *ficticio* se refiere a una historia clínica falsa. Al parecer la distinción de entre una y otra es la conducta de enfermar físicamente, mientras que ficticio solo se puede referir a una historia donde se puede o no fantasear, la siguiente cita nos ayuda a entender la diferencia entre uno y otro término.

“Hay dos tipos de munchausen por poderes. Uno en el que se fabrican síntomas y signos facticios en la víctima. Y un segundo subtipo, en el que simplemente se finge la posibilidad de que los tenga (Woollcoot, 1982)”. (Figuerido, 2001) Pero pueden existir casos en los que se encuentren las dos variantes facticio y ficticio.

Es preciso referir que sea cual sea la forma de abuso, la finalidad de la investigación no es en cuanto a nomenclaturas, sino, a la relación de la madre con su hijo, de tal forma que existe un uso por así llamarle, del cuerpo del menor, de lo cual se desprende una cuestión, ¿Por qué la madre hace uso del cuerpo de su hijo, y no somete a su propio cuerpo a tales actos? La variante del síndrome munchausen (adulto) a un síndrome munchausen por poder es muy significativa, ya que entra en juego el uso de un cuerpo, un cuerpo que no es el del perpetrador, sino el cuerpo del menor (del hijo del perpetrador).

En el síndrome munchausen por poder, los problemas de salud que se presentan con mayor frecuencia son los signos y síntomas genitourinarios (dolor, sangrados, infecciones), digestivos (dolor, vómito, diarrea, sangrados, síndrome de mala absorción). Infecciones respiratorias aguda o crónicas que no responden a tratamientos, apnea por ahogo manual, crisis de hipoxia, cuadros febriles, intoxicación por diversos productos. En algunos casos se ha demostrado en muestras de sangre o fluidos del menor un producto químico, o fármaco no prescrito por médico, es decir fueron alterados, y que finalmente estos hallazgos explican el cuadro clínico presentado por el menor.

1. 2 CARACTERISTICAS DEL PERPETRADOR (MADRE)

Es importante considerar que dentro de los casos que se han diagnosticado se han encontrado algunas características semejantes o habituales entre las madres.

- 1.- Una exagerada preocupación por el problema de salud del niño.
- 2.- Insistencia constante de que el menor padece una enfermedad grave.
- 3.- Necesidad de ser reconocidas como madres ejemplares.
- 4.- Son madres aprehensivas que no aceptan la separación de su hijo.
- 5.- Presentan rasgos depresivos y con poca tolerancia a la frustración.
- 6.- Tienden a ser madres sobreprotectoras que desplazan la responsabilidad o culpa de las consecuencias de sus actos agresivos encubiertos a otras personas. (Loredo. 2004:179)

De primera instancia no se sospecharía de una madre que protege a su hijo, más si tiene un historial de hospitalizaciones, generalmente se les considera madres “fuertes”, por las situaciones que han pasado con sus hijos, las madres sobreprotectoras refieren que son así porque los tienen que cuidar ya que sus hijos se enferman mucho y algunos médicos aceptan esa respuesta.

Las madres que alteran los estudios de gabinete o hacen algún acto para hacer pasar a sus hijos por enfermos tienen

Un inusual interés en detalles y terminología médica, que contrasta a veces con una legítima preocupación “maternal” por el pronóstico incierto de la condición que presenta el niño, la cual no se ha podido diagnosticar ni tratar a pesar de varios esfuerzos diagnósticos y terapéuticos. Hay un gran contraste en una madre con dominio de temas de salud, del funcionamiento hospitalario, y de jerga médica, pero con esa escasa preocupación por la gravedad y falta de diagnóstico. (Sell, 2002)

No hay que confundirnos, el que parezca una madre sobreprotectora no quiere decir que el diagnóstico le preocupe, en el sentido de saber qué es lo que su hijo tiene, estas madres aparentan sobreprotección hacia hijo, frente al personal que atiende al hijo.

Dos puntos importantes respecto a estas madres, según a nuestro parecer, esta en el DSM-IV pág. 743, donde se exponen criterios de investigación para el trastorno facticio por poderes, en el inciso C, refiere que no existen incentivos externos que justifiquen este comportamiento, es decir, si la madre, hace algo en contra de la salud del menor, para que el padre del menor, le de dinero o regrese con ella por que se están separando, en estos casos, no se puede diagnosticar munchausen por poder, ya que existiendo la ganancia cesaría la conducta, y este trastorno especifica que no hay incentivos externos.

En el inciso D, refiere que; el comportamiento no se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental, es decir, puede o no existir una enfermedad psiquiátrica, aunque existen características de un perfil psicológico donde la madre puede presentar, baja autoestima, poca tolerancia a la frustración, rasgos depresivos, distorsión en la percepción hacia sí mismos y a los demás familiares, rasgos obsesivos

compulsivos, comportamiento psicótico. Estos rasgos mencionados anteriormente no los tiene que tener todos necesariamente.

Dentro de estas características que se mencionan de una madre con dicho síndrome considero necesario exponer desde mi experiencia de trabajo, algunas actitudes que he observado en las madres con hijos enfermos.

En mi trabajo diario dentro del hospital, he observado que al ingresar un niño a pediatría, o a observación menores, generalmente la madre tiene constantes preguntas hacia los médicos y enfermeras de, cómo va la salud de su hijo, saber de su diagnóstico, tratamiento, si pasará tiempo en responder a su tratamiento, o cuánto tiempo estará en el hospital, entre otras dudas de las madres. Las preguntas que realizan las madres varían de acuerdo a escolaridad, nivel socioeconómico, relación médico paciente, edad de la madre del menor, entre otros. Cuando el médico o pediatra le da la noticia de un diagnóstico incierto, a una madre, sobre su hijo, es desgastante emocional, económica, y físicamente, pues la madre no sabe qué pasará respecto a la salud de su hijo, estas actitudes se pueden observar cuando es una madre que no atenta contra la salud de su hijo.

También es común ver que en cuanto el menor es sometido a una serie de estudios para encontrar un diagnóstico, o bien a tratamientos con medicamentos agresivos para el organismo, la madre suele ponerse renuente con el personal médico, de laboratorio o enfermería, pues puede considerar una agresión física* contra su hijo. Estas actitudes son las que se observan generalmente en las madres que no atentan contra la salud de su hijo, estas observaciones desde mi experiencia laboral dentro de un hospital.

Basada en la observación dentro del hospital y lo que he investigado del síndrome, existe una diferencia entre las madres que atentan contra la salud de sus hijos y las que no lo hacen, esta diferencia se basa en la actitud de cómo toman la

* Agresión física en el sentido que: para la toma de muestras para el laboratorio el niño tiene que ser picado para extraer muestras de sangre, en otros casos se toman muestras de tejidos según cada estudio, lo cual parece invasor porque a la falta de diagnóstico o inexistencia de mejoría suelen ser recurrentes los estudios.

noticia del diagnóstico y tratamiento de su hijo. Mientras que la madre que realiza una conducta contra la salud de su hijo se muestra cooperadora y despreocupada por lo incierto que pueda ser el diagnóstico, la madre que no realiza una conducta contra la salud de su hijo, puede en un momento pedir que ya no le realicen más estudios a su hijo por lo invasivo que algunos estudios pueden ser, o lo riesgoso, además que en el rostro de estas madres se puede observar su preocupación real.

Las madres que realizan conductas en contra de la salud de su hijo, presentan una gran destreza para manipular al personal, médico, enfermeras, trabajadoras sociales entre otros. Y a veces sale a relucir una historia de abusos físicos o sexuales en la madre, trastornos somatomorfos o de la personalidad, existiendo también la posibilidad de que haya padecido un trastorno de munchausen por poder.

Al enfrentar y cuestionar a la madre por las inconsistencias de la historia clínica con resultados reveladores por los estudios, en algunos casos y no quedándole alternativa a la madre, acepta lo ocurrido o su responsabilidad, se enfrenta a las consecuencias de su comportamiento, puede observarse la aparición de cuadros depresivos e ideas de suicidio, en otros casos y lo más común, es que la madre demande el alta voluntaria del menor, del hospital en que se encuentra.

El perpetrador logra vender la imagen de madre abnegada, muchas veces convirtiendo a los médicos denunciadores en injustos y “verdugos”, perseguidores de una pobre madre que además de cargar con la terrible y rara enfermedad de su hijo, con pruebas de gran dedicación de su parte, es acusada de ser responsable. (Sell. 2002)

Cuando el personal que atiende al menor comienza a cuestionar inconsistencias en estudios e historial médico, la madre se siente perseguida, amenazada, optando por llevarse a su hijo con algún otro quien responda su demanda.

Cabe mencionar que para hacer un diagnóstico de síndrome de munchausen por poder, se tarda hasta seis meses, ya que la madre es ambulante de hospitales con el menor, o con médicos en consultas y al menor cuestionamiento por parte del médico referente a inconsistencias dentro de la historia clínica que narra, pide el alta voluntaria del menor o ya no regresa con el médico cuando se trata de paciente ambulante.

Una pregunta que aquí nos podemos plantear es, ¿Por qué utilizar otro cuerpo para sentirse paciente? Es decir, la utilización que hace la madre del cuerpo del hijo, enfermarlo o simularlo enfermo, solicitando ayuda de un personal calificado (medico), colocándose la madre como paciente ya que es atendida en sus demandas que realiza al médico, claro partiendo de que esta sea la finalidad de la madre, el colocarse ella como paciente, sin embargo considero que va más allá de colocarse como paciente. Ya que si observamos, la atención que el médico dirige, es al menor, aunque escuche la sintomatología que expone la madre, por lo tanto considero sería una atención recibida y compartida de hijo y madre, este punto es necesario investigarlo más y considero darle las líneas necesarias más adelante.

“La característica más llamativa de este síndrome es su aparente falta de propósito.” (Ibídem. 2002) Si bien el propósito no está visible ante los ojos de los demás, tiene que tener una finalidad para el perpetrador, que a mi parecer sería el síntoma de la madre, expresado a través del cuerpo del hijo, y que al mismo tiempo es un cuerpo que está sometido a los actos de la madre. Ese permitir y provocar sufrimiento físico a su hijo, sometiéndole a múltiples exámenes médicos, para no encontrar enfermedad biológica, puesto que son producidas por la misma madre, no es lo que culturalmente se espera de una madre.

Es importante exponer que la madre no sólo utiliza al hijo, siendo este el afectado en este síndrome, sino que utiliza también al cuerpo médico para hacer daño al cuerpo del hijo, es significativo saber que la madre necesita del cuerpo médico, para sentirse escuchada en la sintomatología que refiere de su hijo y así hacer uso por así decirlo, del cuerpo del menor. Donde al médico se le puede llamar testigo, y al mismo tiempo, es un testigo con ciertas características que para la madre son importantes. ¿Por qué digo esto? Llama la atención que la madre, no enferma al hijo y lo alivia con recetas caseras o automedicación, en el propio hogar, necesita de ese testigo de bata blanca, que le ayude a fungir como perpetrador secundario y que es precisamente a partir de ese testigo del que se conoce el síndrome, por lo tanto podemos pensar que la madre busca ser escuchada, escuchada por el médico.

Es como si hubiera una necesidad de la madre de ser escuchada, escuchada a través del cuerpo del hijo, es ahí donde surge una pregunta, ¿Acaso la madre considera al hijo como extensión de su cuerpo, y no como persona aparte y completa? Y que si fuera así, la relación en la percepción de la madre sería ella y el personal médico.

Hasta aquí se ha descrito lo que es el síndrome y como se presenta, dejando preguntas abiertas las cuales a lo largo de la investigación se intentará contestar de acuerdo a conceptualizaciones psicoanalíticas. A continuación se expondrá posible tratamiento para el perpetrador y víctima según el Dr. Arturo Abdalá, aunque no se tiene información de casos donde se haya llevado un tratamiento y el resultado de ello.

1. 3 TRATAMIENTO

Hacer hincapié que los pacientes con este trastorno deben ser atendidos por un grupo multidisciplinario, así mismo se debe enfocar en los siguientes puntos:

- Definir el tipo de trastorno de la personalidad que presente el agresor. Esta acción es de suma importancia, ya que se podrá conocer si el agresor esta o no en condiciones de recibir tratamiento psiquiátrico. De ser posible el tratamiento deberá ser vigilado y apoyado por un familiar.
- Evaluar daño o afección psicológica o neurológica en el menor. Si su edad lo permite, deberá evaluarse la esfera mental para determinar la magnitud del daño, ya que posiblemente en un futuro pueda generar un cuadro de síndrome de maltrato.
- Precisar el estado mental y emocional de la pareja, así como en los demás integrantes de la familia. El tipo de personalidad de la pareja (actitud pasiva, baja autoestima, muy distante, etc.) con frecuencia favorece que el perpetrador ejerza control sobre la víctima. Por otro lado si la familia muestra poco interés en el caso, el pronóstico del niño se ensombrece.
- Puntualizar la labor de servicio de Trabajo Social en el seguimiento de cada caso es fundamental, pues ello brindará un mejor control y protección de estos niños. (Loredo, 2004:182)

Dentro de estos puntos de tratamiento yo consideraría la posibilidad de separar a la madre del menor, colocando al infante en una posición de seguridad para

interrumpir el abuso, esto en un espacio de tiempo y mientras el menor es evaluado de manera psicológica y emocionalmente así mismo se recupera físicamente. Y de acuerdo a resultados de evaluación de la madre determinar la custodia del menor, es decir, si la madre ocupe de apoyo para el cuidado del menor.

Como se refiere en los puntos anteriores la importancia psiquiátrica es importante, considerando que la madre tiene una compulsión a realizar estas conductas, la ansiedad manifiesta de estas personas pudiera poner en peligro su vida o la del menor. La medicación para bajar la ansiedad sin permitir que se llegue a un entecimiento no solo de pensamiento en la madre sino hasta de actividades, es decir, el tomar el medicamento sin callar el síntoma. Ya que es a través de la palabra donde se puede llegar a entender el síntoma, la confrontación con la perpetradora es de suma importancia por lo tanto se debe de intentar establecer una empatía con ella de tal forma que se acepte los hechos como conductas propias, sin abandonar el hospital, por el hecho de sentirse agredida por el personal del hospital. En el libro de trastornos facticios de pediatría consideran según su experiencia que es una patología psiquiátrica de adicción a los hospitales, “En nuestra experiencia, la confrontación de la perpetradora debe intentar que asuma su patología psiquiátrica de adicción a los hospitales, y no buscar solamente su aceptación a los hechos” (López y Jiménez 2005:140) Pero como se vera más adelante no solo se puede tratar y considerar como una adicción a los hospitales, es algo que va más allá de la voluntad de la persona y que escapa por la vía que el inconciente considera.

En el segundo punto de evaluar al menor en lo cognoscitivo y lo emocional, consideramos que lo cognoscitivo tendría la finalidad de determinar si existe algún retraso mental, y en lo emocional para determinar las consecuencias que ha acarreado el ser hospitalizado constantemente, la forma de socializar con adultos y con pares, la posición que juega el infante para la madre como para el padre, el ¿cómo se ubica ante ellos? Lo cual será de gran ayuda para el tratamiento que se le pueda dar a la víctima y al perpetrador.

En el tercer punto que se refiere a evaluar el estado mental y emocional de la pareja, si existe algún trastorno psiquiátrico y los rasgos o tipo de personalidad que tenga ya que ello puede favorecer a que el perpetrador realice tales conductas, el rol y/o función que realiza como pareja del perpetrador, partiendo que desde la lactancia hay situaciones insatisfechas o carencias afectivas que arrastramos y cuando se es adulto se busca quien pueda responder a nuestra carencia, y cuando se cree encontrarlo se queda ahí, aunque posteriormente se dé uno cuenta que no es lo que se estaba buscando. A los otros miembros de la familia (hijos), en caso de que los hubiera, es también importante que se evalúe el estado mental y emocional, ya que en ocasiones el perpetrador ya ha realizado estos actos con otros hijos mayores o menores además de la víctima y considerando un sistema la familia, llevar el tratamiento de la víctima, el perpetrador y trabajar también con la familia. Quienes están alrededor de la pareja o la familia deberán mostrar interés en ayudar de lo contrario se verá sombrío el pronóstico, estableciendo la gravedad de cada caso, se puede o no considerar la custodia del menor a otro familiar. En este trabajo de diagnóstico y terapéutico se considera un trabajo multidisciplinario, donde entran un psicólogo, psiquiatra, trabajador social, pediatra, enfermera, abogado, estas disciplinas como básicas ya considerando las consecuencias físicas se recurre a un nutriólogo, rehabilitador físico por mencionar unos ejemplos. Y considerando el último punto donde se hace hincapié en el trabajo de trabajo social, ya que los licenciados en esta disciplina serán quienes nos aporten los datos de seguimiento en las áreas donde se desenvuelve la víctima, el perpetrador y la familia a la hora del diagnóstico, tratamiento y seguimiento del caso.

Del mismo modo dentro del tratamiento psicológico para el perpetrador (madre), proponemos que sean sesiones con una orientación psicoanalítica, donde en el manifiesto del discurso de la madre se pueda cuestionar el deseo de ser madre, deseo de muerte, la función del cuerpo ó algún quiebre en el discurso de la madre que pueda ayudar al acceso a una cura. “El carácter inconsciente de ciertos procesos anímicos, son la causa inmediata de los síntomas patológicos.” (Freud. 2003, VII:255) Considerando que las conductas del perpetrador (Madre) es el síntoma que se

presenta en el trastorno, y que los procesos inconscientes encontraron o tomaron esta vía para hacerse presente y dar cuenta de que existe algo de lo cual el sujeto o perpetrador no da cuenta consciente de ello. El mayor desafío consideramos es lograr que el perpetrador deposite en el analista la confianza por así llamarle y se ponga en juego la transferencia en el proceso analítico de tal forma que se comienza un retorno de sentimientos a personas importantes del pasado, imagos paternas generalmente, esta transferencia trae consigo sentimientos de ambivalencia donde el analista procura que no se alcance una altura máxima de hostilidad o enamoramiento, al lograr esta parte se habrá despojado al paciente de su resistencia y se logra mudar peligros en ganancias, no solo la transferencia se juega en el proceso analítico sino también la resistencia y la represión, el trabajo con estos procesos inconscientes es lo que nos puede llevar a una cura.

Para finalizar el capítulo, se presentan dos ejemplos de casos con la finalidad de un mejor entendimiento de cómo se puede mostrar el síndrome.

1. 4 DOS CASOS DIAGNOSTICADOS CON SÍNDROME DE MUNCHAUSEN POR PODER

A continuación se presentan dos ejemplos de casos diagnosticados en la Clínica de Atención Integral al Niño Maltratado en el Instituto Nacional de Pediatría. Cabe señalar que los datos obtenidos fueron del expediente, no estaban en orden de fecha, se intentó realizar un orden y fueron de diferentes notas las principales de trabajo social, lo que se presenta entre comilla es lo que las madres refieren. Aunque no se precisa mucho de los casos lo rescatable es el discurso de las madres al pedir la atención médica para sus hijas, como se puede apreciar en los dos casos el padre está poco presente.

1. 4. 1 Primer caso “LOLA”

Ejemplo uno, caso con diagnóstico de síndrome de munchausen por poder, su nombre anónimo será LOLA.

Femenina de 10 años 7 meses de edad, de nombre LOLA, cursa el tercer año de primaria, reprobándolo por ausencia debido a las constantes hospitalizaciones.

Padecimiento actual: Problemas de conducta, vómitos, disminución en apetito y peso.

A la historia clínica la madre refirió que alimentó a la paciente identificada con seno materno hasta los tres meses de edad, fue la gesta 2, a los 6 años disminuye su apetito, su padecimiento comenzó a los 6 años de edad con vómito, existió atención médica por diferentes médicos particulares con tratamiento para infección de amibas.

En mayo del 2002 se le realizan diversos estudios diagnosticándole infección de vías urinarias, todo un caso raro por el vómito constante. Posteriormente presenta manchas rojas en la piel, mareos, dolor en el estómago y vómitos, físicamente se araña los brazos. Se operó una vez a la paciente identificada, no se precisa fecha ni motivo.

Al ingresar al infantil de México se le realiza ultrasonido, serie esofagogastrico, endoscopia, biopsias y diversos estudios de laboratorio.

La paciente identificada fue canalizada al psicólogo con diagnóstico de anorexia y bulimia, no cumple con los criterios de diagnóstico. Tiene diversos diagnósticos como, depresión mayor, esquizofrenia, trastorno bipolar y psicosis maniaco depresiva. (Diagnósticos de otros hospitales o médicos particulares)

La madre con 32 años de edad, estudio la preparatoria, antecedentes de un aborto, fue drogadicta en su juventud de los 15 a los 18 años, fuma dos cigarros al día desde los 17 años, el padre fuma 5 cigarros al día aparentemente sano. El padre refiere, “El se dedica a trabajar y conseguir lo necesario para la familia” “Su esposa que se encargue del cuidado de los niños”

En junio del 2003 ingreso por primera vez al Instituto Nacional de pediatría, IMAN (Institución Mexicana de Asistencia a la Niñez) con síndrome de demencia. Se descarta síndrome demencial y de Russel en el IMAN.

La madre conoce bien los diagnósticos de la menor, indica que leyó libros como el DSM-IV y que cubre con los requisitos para anorexia y bulimia, refiriendo “Estoy leyendo un libro especializado en neurología el cual me ha permitido verificar cómo funciona el cerebro, como viajan los neurotransmisores” “pienso que hace falta una imagen de resonancia magnética” pues sospecha que su hija tiene un problema eléctrico, “provocando daño en las sustancias de serotonina” “Deseo con toda mi alma que un médico me diga, este estudio salió mal, para tener una expectativa de saber en dónde estamos”.

Las características que se perciben en la madre es obsesión en cuanto a las bitácoras que llevaba del número de crisis convulsivas de la paciente, sobreprotectora, compulsiva. Refiere que desearía que se encuentre algún problema en los estudios de laboratorio para que se sienta tranquila de encontrar algún problema de salud. Sugiere con precisión los estudios que se deben realizar.

Se cuenta con datos que refieren notas de otros hospitales (fueron entre 6 hospitales, psiquiatras particulares y neurólogos y fue canalizada al Instituto Nacional de Pediatría) supuesto miedo a subir de peso por parte de la paciente identificada referido por la madre, orinarse en bolsas y guardarlas en un ropero referido por madre.

La madre maneja constantemente términos médicos, trayendo consigo un folder de papeles. A la entrevista domiciliaria de trabajo social, la persona que ayuda con los quehaceres de la casa refiere de la madre atención con su hija, considerándola buena madre. La madre pidió el alta por estar su hija en el servicio de gastroenterología y no en neurología, ella sabe que su hija tiene algo neurológico.

Los diagnósticos de la paciente identificada fueron: Dolor abdominal, vómito crónico, desnutrición grado III, probable síndrome de Russel, probable síndrome de

munchausen. En el hospital Infantil de México se Diagnosticó como: trastorno depresivo mayor, trastorno bipolar.

Los estudios realizados a la pacientes fueron, examen general de orina, tomografía axial computarizada, endoscopia, biopsia de esófago, ultrasonido, estudios dermatológicos, estudios alérgicos, antígenos contra *Helicobacter pylori*, antígenos contra *Giardia*, sangre oculta en heces, entre otros.

Los diagnósticos en el Instituto Nacional de Pediatría fueron:

- Desnutrición grado III, marasmática.
- Probable síndrome demencial.
- Descartar problema metabólico.
- Probable síndrome de Russel.
- Síndrome munchausen por poder.
- Vómito crónico y dolor abdominal intermitente.
- Crisis parciales automáticas.
- Epilepsia parcial.
- Probable polineuropatía por dopamina.

1.4. 2. Segundo caso “Lulú”

Femenina de 3 años, llamada Lulú (nombre ficticio), nació el 19 de septiembre del 2000, fue la gesta II, cesárea de 8 meses, nació morada y se mantuvo 4 días hospitalizada.

Desde la primera semana de vida padeció diarrea recurrente, la leche de soya produjo mejoría parcial

La madre refirió que el esposo la golpeaba, estudio nivel técnico, fue la mayor de 8 hermanos haciéndose responsable de ellos, la madre refirió que los problemas empezaron cuando nació Lulú, “Empezaron los problemas desde que nació Lulú”. La

valoración de la madre arrojó, poca capacidad de juicio, inestabilidad, inmadurez, conducta antisocial, agresividad, tendencia a la perfección, pesimista y preocupada en exceso.

En una de las ocasiones que internaron a Lulú, la madre refirió, “Es que a mi parecer Lulú, va a iniciar con los sangrados, por que cuando pierde peso y no quiere comer, son síntomas de sangrado” esto lo refirió por que los doctores dan de alta a Lulú, la madre seguía refiriendo que la dejaran “aunque sea dos días” pues “yo conozco a mi hija”. Para el 09 de agosto del 2001, la paciente fue internada 6 veces en 7 meses.

25 julio del 2001, la madre estuvo inconforme por que dudaban de ella, que no cuidaba bien a su hija y refiere “He decidido guardar las latas vacías de la fórmula para cuando digan que no la cuido, traerlas”. La madre, al ser cuestionada sobre cómo observa a su hija, refiere notarla irritable y que eso no es normal porque generalmente es una pequeña alegre, refiere que ha disminuido su apetito y que está muy chillona, comentario que dista de lo que refiere la enfermera al cuidado de Lulú, refiriéndola como paciente tranquila y cooperadora, que no es chillona ni berrinchuda. La madre estaba dispuesta a realizarle cualquier estudio que sea necesario en el laboratorio particular “Con tal de que mi hija se alivie” y refiere “No me llevare a mi hija hasta que me digan que tiene, porque aquí me la entregan estable y en casa se enferma y dicen que es por mi falta de cuidado” esto porque refirió que escucho a algunos médicos decir “Ya nos vamos a quedar con Lulú aquí porque usted no la cuida bien”.

31 de julio del 2001 en entrevista con trabajadora social la madre, hace notar que tiene un amplio vocabulario médico y de conocimientos sobre estudios, mencionando que siempre le ha gustado preguntarle a los médicos sobre los términos y los estudios, ya que le preocupa el estado de salud de su hija.

01 de agosto del 2001 es dada de alta pues medicamente esta estable, la madre se dispone a conseguir dinero para el alta, el 02 de agosto, se encuentra a la madre hablando con un médico quien le refiere a la madre que la menor se encontraba bien, “Que tiene que llevársela de alta” y la madre le refiere “Es que a mi parecer Lulú, va a

iniciar con los sangrados, por que cuando pierde peso y no quiere comer, son síntomas de sangrado”

Septiembre 2001 hospitalizada.

05 de septiembre en entrevista con trabajo social la madre refiere que la menor continua “mal” porque no ha querido comer y “Los médicos me han informado que esta baja de bicarbonato” lo cual me preocupa además no se ve mejoría, “Siento que sigue bajando de peso”, al ser revisado el expediente por la trabajadora social se refiere en éste, que Lulú está bien de salud y que tolera la nueva leche.

10 de septiembre del 2001, por consulta externa la madre refiere que la Dra., le ha comentado que se observo en la endoscopia un poco de sangrado del tubo digestivo, pero que puede ser causado por el mismo medicamento. Dice sentirse más tranquila porque la niña se ha recuperado.

4 de octubre del 2001 ingresada por diagnóstico de sangrado de tubo digestivo. La madre tranquila refiere “Ya he aceptado la enfermedad de mi hija y sé que siempre estará hospitalizada” agradeciéndolo a Dios por que le ha dado tranquilidad. La madre continúa hablando en términos médicos, los cuales son indicados por su médico tratante de base. Para el 11 de octubre la menor ya está adaptada al ambiente hospitalario de este internamiento

22 de octubre del 2001 Lulú, continua con sangrados la madre refiere, “Afortunadamente fue dentro del hospital”, los médicos optan por un colón por enema, ya que el primero fue negativo, estando en espera de su resultado. Solo la madre daba de comer a la paciente.

24 de octubre del 2001, la madre sugiere una laparotomía exploratoria para el diagnostico de su hija, ya que el colon por enema fue negativo, refiere que una enfermera le comento.

25 de octubre del 2001, la madre refiere, “A mí me dolería, es mi hija pero si no hay solución, que los médicos hagan su trabajo” para la laparotomía. La madre refiere,

“Los médicos hicieron lo que tenían que hacer” “Si exigirle a los médicos que hagan su trabajo”.

26 de octubre del 2001 la madre refiere sangrado en heces y vómito, no se comprueba en algunas ocasiones este sangrado

29 de octubre del 2001 el esposo considera a la madre como “Exagerada” en cuanto a la atención de su hija, la casa siempre esta aseada, limpiando el último rincón de ésta, no permite que nadie le dé de comer a su hija.

12 de noviembre del 2001, la madre refirió que su hija, Zila (hermana mayor de Lulú), hace comentarios como “Mamá si yo enfermo me llevas a ver a Lulú”. La trabajadora social le comenta la posibilidad de que madres voluntarias cuiden a Lulú, para que la madre tenga la oportunidad de descanso, a lo cual refiere que lo confirmará después.

27 de noviembre del 2001 40 días hospitalizada es dada de alta, con diagnóstico final de desnutrición de II grado, acidosis tubular renal así como alergia a las proteínas de leche de vaca.

13 de enero del 2002 es vuelta a internar. 30 de enero, la madre refiere que como problema que tiene en su familia es el padecimiento de su hija, ya que “Empezaron los problemas desde que nació Lulú”

17 de enero del 2002, el personal de hospitalización refiere de la madre que llega tarde y que “no atiende adecuadamente a su hija”

Febrero, se realizan entrevistas colaterales las cuales refieren que la madre de Lulú, es una persona cuidadosa con su hija, que no permite que nadie alimente a la paciente, con el fin de no contagiarla y de llevar a cabo su tratamiento. El padre de la menor trabaja fuera de la ciudad y cuando éste se va, la madre refiere a su familia sentirse triste diciendo, “Ella daría lo que fuera por que su esposo se quede” “No quiere que P se valla” ya que “Se siente sola”.

La madre refiere a los médicos y trabajador social sobre la anorexia de Lulú, y por fuente colateral se refiere que esa situación no se maneja en casa, la persona M, quien

está al pendiente de la atención de la menor refiere que Lulú come adecuadamente, quedándose incluso con hambre en algunas situaciones.

18 de febrero del 2002, se incorporan más alimentos a la dieta de la paciente, informándole a la madre que probablemente se de de alta en el transcurso de la semana, refiriendo ella a los médicos que ha encontrado sangrados en la menor, los cuales no han sido corroborados.

Se refiere por parte del personal una actitud conmovedora y de angustia (de la madre), por lo cual muchos médicos le dan información médica de más en cuanto a los signos de alarma, lo que le ayudará a la madre para un discurso posterior.

20 de febrero del 2002 se refiere que se corrobora ganancia secundaria de la madre al estar la paciente hospitalizada, la presencia de su pareja, ya que desde el noviazgo la pareja trabaja fuera. Sin embargo en diversas notas de trabajos social se refiere que la pareja trabaja fuera para sustentar a la familia y el tratamiento de la menor, es decir, el padre al enterarse que su hija está internada no se regresa, sino hasta que puede y la menor no mejoraba durante las estancias del padre o no se observó una diferencia de ello, por las notas investigadas. Por lo tanto la ganancia que se refiere, a nuestro criterio quedaría en tela de juicio.

27 de marzo del 2002 la paciente se encuentra hospitalizada, se le observa irritable, la madre refiere que ha presentado fiebres y no quiere comer, encontrándose preocupada porque sigue presentando la paciente sangre en el excremento presentando un pañal con materia fecal, pero sin que se observe sangre.

05 de abril del 2002, en visita domiciliaria el padre se encuentra en casa, refiere que acaba de terminar el trabajo, refiriendo la madre “Verdad señorita que se debe de quedar aquí” ya que según la madre, Lulú, se encuentra muy triste por su ausencia, y cuando él viene la niña se recupera mucho.

12 de abril del 2002 La madre acude a trabajo social refiriendo que se encuentra triste, expresando sentirse derrotada por la enfermedad de la menor, porque no ha podido

estabilizarla, a pesar del interés que ella pone en la paciente. Cabe mencionar que el padre se encuentra en la ciudad.

15 de abril del 2002 fue hospitalizada, se sospecha que la ganancia de que Lulú este enferma, es que el padre este ahí. La madre refiere datos de temperaturas altas y sangre en heces, esto sin ser corroborado por médicos.

17 de abril del 2002 En valoración de terapia familiar, el padre refiere que la relación de pareja es distante, ya que no es como antes, y la madre maneja como punto de conflicto el que él esté trabajando fuera de la ciudad, ya que se siente sola.

02 de mayo del 2002, la paciente se encuentra hospitalizada, el padre se encuentra en la ciudad, realizando trabajo, por lo cual le es imposible acudir a la cita de trabajo social.

07 de mayo del 2002, en hospitalización la paciente, acompañada de su madre, la paciente se encontraba irritable, enojada, al parecer por el calor, sin embargo se observa que la paciente no tolera la presencia de la madre, ya que le aventaba el biberón y no quería que la tocara. El personal refiere que la madre, reúne a los padres de los niños hospitalizados, con el propósito de exigir mejor atención.

27 de mayo del 2002, se refiere de la madre que tiene manipulada a su familia, ya que su familia sabe que Zila (hermana mayor de Lulú), sigue enferma, situación que no es así. Lulú se encuentra estable y en espera de ser dada de alta y se refiere que la madre cada vez que la menor es programada para alta, manifiesta que no tiene dinero y acude a su casa en busca de éste. La menor comienza a presentar diarreas y vómitos, lo cual alarga la estancia hospitalaria. (Cuando la menor es dada de alta y se le refiere a la madre, la menor presenta vómitos y diarreas)

03 de junio del 2002 se propone hablar con la madre sobre el síndrome munchausen por poder. Se observa que cada vez que se le plantea el alta a la madre, la menor presenta fiebre o diarrea súbitamente, refiriendo la madre de no podérsela llevar si no está en buenas condiciones, poniendo de pretexto no contar con el saldo total de la

cuenta, sospechando por parte de los médicos que ella le da de tomar algo a la paciente, lo cual le provoca la diarrea.

10 de junio del 2002, La paciente Lulú es dada de alta, los médicos se manejan con cautela para que la madre no se entere con tiempo y la paciente no se quede internada otros días y así presente un problema de salud. Cabe señalar que a pesar de la angustia y preocupación de la madre por su hija, se acaba de teñir y cortar el cabello.

15 de agosto del 2002 la madre se presenta con sus dos hijas, detectando la trabajadora social más arreglo aliñada y maquillada, sólo que en exceso, boca muy roja y mal aliñada al igual que los ojos. Cambio de domicilio sin saberlo correctamente y no darlo. En cuestión de salud refiere estar “Muy preocupada” pues le han reportado que el bicarbonato esta bajo.

18 de septiembre del 2002, se presenta la madre a trabajo social y refiere “Ya batieron record” pues la niña lleva cinco meses de no estar hospitalizada. (Cabe señalar que hay un error de tiempo, la última hospitalización fue en junio).

24 de octubre del 2002 internada por pérdida de peso y descompensación de carbohidratos.

20 de mayo del 2003 vuelta a ingresar por evacuaciones con sangre.

23 de mayo del 2003, los resultados de coprocultivo son negativos, se refiere que no hay motivo para que presentara diarreas, la madre refiere “siempre es lo mismo”, insiste en que solo hasta que “le den un diagnóstico preciso ella quedara conforme”, “Esta segura que su hija tiene algo grave” y que “No importa que le hagan más estudios o que se quede más tiempo hospitalizada” pero que va a esperar a que le digan “que es lo que tiene”

Los estudios realizados a Lulú, fueron; coprológico, examen general de orina, gasometría, colonoscopia con toma de biopsia, biopsia de duodeno, sangre oculta en heces dieron positivas algunas otras negativas, endoscopia con toma de biopsia, ultrasonido renal, electrolitos, química sanguínea, biometría hemática.

12 de junio del 2003, en nota de seguimiento, una de las madres de otro menor refirió, un comentario de la madre de Lulú, “Lulú está muy enferma y que la llevó a otro médico, diciéndole que estaba muy enferma del riñón y que posiblemente la tendrían que operar”.

22 de julio del 2003, en visita domiciliaria, se observa que la estancia del padre es mayor en casa y trabaja por las noches como vigilante, a los cuestionamientos el padre es difícil que conteste que se le hacen directamente, ya que en momentos esquivo las preguntas y en otras ocasiones la madre proporciona las respuestas. Se observó a la menor con mejoría física considerable, dándose por terminada la visita domiciliaria.

Dentro de los diagnósticos dados a Lulú, en las diferentes estancias en el hospital fueron: sepsis por *Staphylococcus hominis*, intolerancia a la proteína de leche, diarrea crónica, gastritis erosiva superficial, gastroenteritis probablemente infecciosa, desnutrición grado II marasmática, sangrado de tubo digestivo alto, sangrado de tubo digestivo bajo, probable síndrome de munchausen (gastroenterología), otitis media no superada, desnutrición grado I, síndrome de munchausen (Clínica de Atención Integral al Niño Maltratado). Los diagnósticos no están en orden de cómo se presentaron.

Como se puede observar dentro del discurso de cada madre hay una certeza de que la hija tiene una enfermedad, la insistencia de las madres para la intervención en cuanto a estudios o tratamientos para sus hijas, cuando habitualmente la madre lo que quiere es que se le lastime lo menos a su hijo física y emocionalmente, otro punto significativo es que sólo la madre es la que aparece con la hija y el padre está aparentemente ausente o su intervención en cuanto al cuidado de la menor es prácticamente nula.

En el segundo caso se observa que se tiene la certeza por parte del personal que la ganancia de la madre es que el padre este en casa, lo cual a nuestro criterio no es así, ya que como es descrito el caso, cumple con los criterios de diagnóstico para un munchausen por poder, estuviera o no el padre la menor era internada. “El trastorno facticio por poderes requiere que no exista ninguna ganancia secundaria externa que justifique, primariamente, la fabricación de la enfermedad en la víctima” (López y

Jiménez. 2005:103) la obtención de ayudas o cualquier otro tipo debe de ser secundario a la búsqueda de un ambiente hospitalario.

Otro de los puntos de llamar la atención en la madre del segundo caso es que en el test proyectivo de frases incompletas¹¹, refiere las siguientes respuestas:

-Yo creo que la mayoría de las madres R= Daríamos la vida por una hija.

-Sé que es tonto pero tengo miedo de R= La enfermedad

-Yo podría ser perfectamente feliz si R= No estuviera Lulú enferma

-La mayoría de mis amigos no sabe que tengo miedo de R= la enfermedad

-Antes de que tuviera 12años R= fui muy estricta conmigo misma

-Mi error más grande fue R= Haber tenido relaciones sexuales fuera del matrimonio

-Lo que más deseo en la vida R= Es que Lulú se mejore pronto.

-Creo que mi padre es R= Buen padre, y amigo.

-Cuando yo era niño R= Era muy feliz.

-Mi vida sexual R= Es regular.

-Quiero a mi madre, pero R= También a mi padre.

-Lo que menos me gusta de las mujeres R= La infidelidad y la desobediencia.

Cuando sea más grande R= Quiero ser la mejor madre del mundo.

Cabe mencionar que por la naturaleza de test, sólo se sustrajo, las respuestas que llamaban la atención por el contenido para la investigación.

¹¹ Es un test descriptivo de 60 preguntas que mide la tendencia dominante de la personalidad en cuatro áreas: familia, sexo, relaciones interpersonales y concepto del sí mismo. Puede reflejar pensamientos y sentimientos conscientes e inconscientes. La consigna es: "A continuación encontrará 60 frases incompletas, lea cada una de ellas y complételas escribiendo lo primero que se lo ocurra. No hay respuestas correctas o incorrectas, lo importante es que sea lo más sincero posible. Trabaje lo más rápido que pueda. Si no puede completar un ítem, encierre el número en un círculo y vuelva a él más tarde"

En el test Machover su historia gira también en torno de la enfermedad de su hija, refiriendo la siguiente historia, “Madre de familia dedicada al hogar tiene dos hijas, las quiere mucho, ella es alegre, optimista, sociable pero la enfermedad de Lulú, a veces la entristece mucho, pero tiene fe en dios porque es cristiana en que algún día la darán de alta como a su hermana”, en la figura masculina, su historia también va encaminada a cubrir necesidades como la enfermedad, “Es un padre amoroso, buen esposo y compañero trabaja de empleado en una empresa de mi papá como ayudante de herrería y mantenimiento y a veces se tiene que ir a trabajar fuera por un tiempo largo para darnos lo que necesitamos: alimentación atención médica para Lulú y otras pequeñas necesidades de la escuela, vestidos, calzado.

En los siguientes capítulos intentaremos dar respuesta a nuestros cuestionamientos expuestos tomando estos casos como ejemplos además de bibliografía investigada.

CAPÍTULO II

2. FUNCIONES PATERNAS

Durante el desarrollo del individuo, éste está sujeto a un círculo de relaciones, círculo en el que se encuentran las personas más significativas, son las dos personas más importantes para él, porque a partir de la relación que establece con ellas en el contexto de la demanda, de aquello que se le pide o desea a otro y la respuesta que se ofrece, se constituirá en sujeto, en un sujeto deseante. Para que el niño se constituya como sujeto se espera que alguna de estas personas ocupe el lugar de auxiliador y propicie una relación que permita proveerlo de aquellos objetos que sean necesarios para su sobrevivencia y constitución psíquica. Así, desde un inicio, al colocarse como un niño desvalido, que por sí mismo no logra acercarse los objetos que requiere, da pauta para que los padres se coloquen en el lugar de auxiliadores. En estas posiciones, tanto el padre como la madre, cuidaran del estado del niño. Que desde un inicio se posicionará en una relación con otro, con un semejante con quien busque la satisfacción de sus demandas, y propiciando un lazo con el otro, que lo determinará en su vida, constituyéndose a partir de ese o esos semejantes. Al ocupar la posición de desvalido ante las contingencias del hambre y los demás estímulos, el otro buscará la manera de satisfacer las necesidades y cuidar ante las eventualidades que el niño enfrenta, no sin fin alguno, el satisfacer también sus carencias o intentar satisfacer un deseo insaciable.

El hecho de destacar la importancia de ese vínculo, así como los roles y funciones que suscitan entre el niño y sus padres, proviene tanto de la clínica como del abordaje que hace el psicoanálisis de las posiciones que se juegan en esta relación. Así como aquello que da forma al orden de lo social y que culturalmente nos han heredado nuestros padres, abuelos, bisabuelos etc. Dentro de esta educación y la incidencia cultural que se transmite de generación en generación, encontramos conductas determinadas o preestablecidas llamadas rol de género moldeados por la

influencia *biológica, cognoscitiva y ambiental*¹², estas tres influencias se conjugan de tal forma que llevan al infante a colocarse dentro de un rol en el que adquiere las conductas desde las que se educa a cada sexo. En este proceso, en el que el infante queda inmerso en redes de interacción y comunicación, la madre es punto crucial para que esto pueda llevarse a cabo. “Al parecer, en el pensamiento de la madre se encuentran incorporados fisiológicamente supuestos al respecto, y la llevan a comportarse con cada niño de acuerdo con su sexo (Lloyd, 1987).” extraída del texto de (Craig, 1997:276) Esta postura nos señala la manera en que la madre se ha permeado por la herencia de sus antecesoras y pareciera que fisiológicamente hubiera algo en el cual se eduque o se trate de diferente manera al niño que a la niña. Cuando, desde el punto de vista psicoanalítico se indica que hay procesos que no, forzosamente, guardan relación con lo fisiológico, en el entendido de que el inconsciente, sus formaciones, no tienen cara, nombre o apellido y que sin embargo es fuerza que mueve al sujeto, un deseo, que al mismo tiempo esta permeado por antecesores.

Dentro de esta introducción al rol de género, a los varones se les enseña a que jueguen con carros, el vestir de azul, no llorar, aprender a trabajar fuera de casa, ser fuertes y cuando crecen ser protectores de familia, poner reglas en casa y proveedores de lo económico. Aspectos que se agruparían en el rol de padre, mientras que a la mujer vestir de color rosa, el usar vestido, ser cariñosa, expresar sentimientos, barrer, planchar, cocinar, y cuando se es adulta tener hijos, cuidar y educar a los niños, quedarse en casa, ser pasiva entre otros, es lo que entraría en el rol materno. Estos son de los roles que se esperan de cada sujeto llámese mujer u hombre desarrolle durante su edad adulta, cabe señalar que estas posiciones de un rol y otro están cambiando, o mejor a un dicho, está cambiando la forma radical de ver las actividades femeninas o masculinas, es decir, en cuanto a actividades o actitudes esperadas por

¹² Influencia biológica se refiere a la combinación cromosómica es el factor inicial que controla el desarrollo del genero, XX ó XY. “La teoría cognoscitiva, sugiere que la identidad con el rol sexual se origina en el género asignado cognoscitivamente al niño desde el nacimiento y subsecuentemente aceptado por él (o ella) conforme va creciendo.” (Rice, 1997:308-309).

La influencia ambiental refiere que desde el inicio, niños y niñas son socializados de manera diferente, observación e imitación de los demás, dar a los niños juguetes específicos del género.

un hombre o una mujer están siendo compartidas, como por ejemplo los quehaceres de casa.

Hasta aquí se ha descrito a lo que se refiere a rol de género, intentando hacer referencia a que el infante está sujeto a una cadena de significantes del lenguaje y puede quedar o no en el orden simbólico en general. Es importante hacer la diferenciación de un rol de género, término introducido en 1955, por el psicólogo, sexólogo, John Money, aunque ya existía literatura donde se señalaba las diferencias de género como las de Simone De Beauvoir. En el término rol de género puede considerarse que son conductas o respuestas observables, a diferencia de las funciones paternas descritas en psicoanálisis que no son en forma paralela, lo mismo o similar a los roles, las funciones paternas son una manifestación inconsciente que va en función de una relación triangular entre madre-hijo (a)- padre y así mismo se simbolice en su discurso cotidiano donde cada uno sea nombrado y ubicado en un lugar dentro de la familia.

2.1 FUNCIONES MATERNAS-PATERNAS

El primer contacto social del infante es la madre, al proveerle de alimento, seguridad, protección, está creando con el menor una alianza llamada, apego, ese vínculo emocional que puede existir entre madre e hijo, el deseo de mantenerse en contacto por medio de la cercanía física, tocarse, mirarse, sonreírse, escucharse, y hablarse, todo ser humano necesita de este apego para sentirse seguro en el mundo que se encuentra, este apego de alguna manera indica el carácter de la relación entre madre e hijo y se puede considerar un predictor en la conducta futura del infante, hablando de sentirse seguro en los diferentes ambientes en los que pueda interactuar el menor, el infante puede proyectar seguridad o inseguridad, irritabilidad, angustia por separación, sociabilidad entre otros ejemplos. El apego no sólo se limita al semejante madre sino también puede existir esa relación con el padre, en estos renglones nos limitaremos a hablar del apego materno, como primer contacto de infante.

El proceso de apego, es un sistema mutuo, la conducta del bebé impulsa al cuidador en este caso la madre, a actuar de cierta forma, que a su vez excitan al bebé a responder a la relación, es decir, un intercambio mutuo de llamado y respuesta, donde no se limita a conductas sino que entra en juego el deseo de la madre y el deseo de ser madre. Comencemos hablando primero de, el deseo de ser madre, el cual esta permeado, influenciado y hasta contaminado por la sociedad, no solo por la futura y/o posible abuela.

El deseo de ser madre, está también influenciado por la educación que se recibe por parte de la familia, la sociedad y la trascendencia histórica dentro del rol que se le estipula por así decirlo. Por lo general, a la mujer se le posiciona en el rol de ser madre. Así, las madres educan a las hijas a ser madres, aunque no sea de una forma explícita como por ejemplo, enseñar a la hija a cambiar pañales o dar alimento a un bebé, sino en el deseo permeado de la madre a la hija, deseo de ser madre, el ponerse en falta o la necesidad de completud, colocando a un hijo como falo. “Es grande la dicha cuando ese deseo del hijo halla más tarde su cumplimiento en la realidad, y muy especialmente cuando el hijo es un varoncito, que trae consigo el pene anhelado” (Freud. 2001, XXII:119) ¿Por qué la madre toma a este hijo? Porque algo no encontró en el padre y supone que su hijo se lo puede dar, como puede ser el sentido de sentirse completa, clara muestra de un deseo insatisfecho, situación que la coloca en sujeto deseante.

Las manifestaciones, al respecto del deseo de ser madre, podemos observarlos tanto en el orden de las relaciones que se fincan socialmente como dentro de los fenómenos propios de la clínica. Existen madres, cuyo amor hacia el hijo varón está por encima en comparación al amor que le tiene a una hija, y de ese tipo de amor por parte de la madre, es de donde se desprenden en algunos casos, las singulares relaciones de roces con la pareja de su hijo, pues la madre parte del supuesto que la pareja de su hijo, la priva del amor con el cual podría corresponderle por ser su madre, pues la deja desprovista de su hijo, su objeto con el que pretende colmar su deseo. Esta relación: Madre –hijo, es una función que no obstante el registro del padre, se consolida en una demanda de correspondencia amorosa sin dar pie a un tercero que pueda privarla del

amor a su hijo y de su hijo. Hecho que nos lleva a destacar el papel del tercero, el papel del padre, que limitado por el deseo de la madre, lo coloca en una posición desde la cual falla reiteradamente en la función de impedir ese tipo de relación.

Desde esta perspectiva del deseo de ser madre es un elemento presente en el síndrome de Munchausen por poder, esta consideración en base a que en algunos casos la madre puede tener varios hijos, pero la pregunta es ¿Para qué ser madre? Ya que no comienzan a hacerle daño al hijo desde el vientre, o al menos en la bibliografía investigada no se ha referido de trastorno de munchausen durante el embarazo, dirigido al menor. La agresión a la salud del infante comienza cuando se es de meses o años cumplidos, es decir, fuera del cuerpo de la madre.

Un ejemplo donde se puede ver que si se desea tener hijos es un caso encontrado en la revista chilena de pediatría (Maida:1999): Infante nacida en 1998, de 28 días de vida es ingresada al hospital presentando un cuadro respiratorio obstructivo y sangramiento de la boca y fosas nasales, teniendo antecedentes de cuatro hermanos muertos, con síntomas similares. El ejemplo será referido en el capítulo cuatro de una manera más explícita, aquí es para dar una muestra que hay madres que tienen varios hijos sometiéndolos a un mismo destino, la madre de este caso fue diagnosticada con síndrome de Munchausen por poder.

A partir de este ejemplo podemos retomar la interrogante ¿Para qué ser madre?, dentro de esta interrogante podemos tomar en cuenta la influencia biológica, es decir, “La reproducción es una función biológica cuya finalidad es la continuidad de la especie (...) es importante señalar que, en nuestra especie, cada individuo tiene un mayor margen de decisión, de manera que la reproducción también puede constituir una opción individual.” (Oceano, 1999:2124) Si bien podemos inferir que existe un instinto de conservación de la especie, también existe un deseo de completud en la madre, que va más allá de algo biológico y que sólo es satisfecho en el orden de ser madre, el cual quedó arraigado en la infancia, sin embargo puede existir algo que no quedó ligado en la relación con la madre, una ligazón “sana” por así llamarlo, en el sentido de no agredir la salud del infante, “Las alteraciones en el vínculo materno-filial están presentes en

todas las madres perpetradoras respecto a de sus propias madres, produciendo la deprivación afectiva temprana que está en el origen de todo trastorno facticio.” (López y Jiménez, 2005:50) La posible respuesta de ¿Para qué ser madre? es el deseo de completud, sin embargo hay una falla en la relación filial madre e hijo (a), lo cual trae como consecuencias conductas inadecuadas en el cuidado del menor.

Regresando un poco a la influencia de los diferentes ambientes que rodea a la mujer, encontramos unas líneas que ayudan al entendimiento del “peso” o deseo que “tiene” que tener una mujer de ser madre, “Su desgracia es haber sido consagrada biológicamente a repetir la Vida, cuando a sus mismos ojos la Vida no lleva en sí sus razones de ser y esas razones son más importantes que la vida misma.” (De Veauvoir, 1998:91). Para algunas mujeres hoy en día, la concepción o el deseo de ser madre no es una finalidad, su falta se dirige o apuntala a otro lado, la cual puede ser llenada o sublimada por un trabajo, una relación, una mascota, un deporte, entre otros, pero como lo dice la filósofa De Veauvoir, su desgracia es haber sido consagrada a repetir la vida, pero esto se pensaría en un momento en que se tiene una decisión de no tener hijos y se le presiona de alguna manera a la mujer para concebir. Sin embargo, en un momento de la vida la mujer se concibió como madre, en su momento Freud expuso la situación de la mujer en su fase fálica no perturbada.

El sentido de su juego con muñecas. Pero ese juego no era apropiadamente la expresión de su feminidad; servía a la identificación-madre en el propósito de sustituir la pasividad por actividad. Jugaba a la madre, y la muñeca era ella misma; entonces podía hacer con el hijo todo lo que la madre solía hacer con ella. Solo con aquel punto de arribo del deseo del pene, el hijo-muñeca deviene un hijo del padre y, desde ese momento, la más intensa meta de deseo femenina. (Freud. 2001, XXII:119)

Consagrada por desgracia a repetir la vida o no, podemos inferir que toda mujer, en la infancia por el juego simbólico de la muñeca sublima el deseo de ser madre, madre de un hijo con el padre, en la identificación-madre, en el complejo preedípico y toma a la madre como arquetipo, posterior a ello querrá eliminar a la madre derivado ya de un complejo de Edipo, que inicia con el descubrimiento de sentirse castrada, incompleta, colocándola en el sentido de falta. Más tarde en la estructura psíquica de la mujer, el nacimiento de un hijo con su pareja, sustituirá el deseo del pene anhelado, es decir,

halla su cumplimiento del deseo en la realidad, el sentirse completa y el complejo de castración es destruido, podemos inferir entonces que dentro de las tres orientaciones a las que pueda llevar el complejo de castración, el cual fue punto de viraje, esta sería la feminidad normal, por así llamarle, ya que posterior al nacimiento del hijo y la relación que lleve con la madre, vendrá otra castración y esta no será en un sentido de falta de órgano o su representación, sino de relación madre hijo.

Sin embargo no ha quedado expuesto aun el por qué de las mujeres que no quieren ser madres, retomando lo anterior; tuvo que existir una no ligazón con la madre de tal forma que, si no existió fase preedípica, no se siguió con un complejo de Edipo como se expuso anteriormente. Esta puede ser una respuesta que nos ayuda a saber que las madres con trastorno de munchausen quieren reproducir la vida, pero no quieren ser madres, (Llámesese que sea madre de rol o madre de función) ya en líneas anteriores se dijo que, se debe de cumplir con el deseo de querer serlo y nutrir en lo posible lo físico, psicológico y emocional al infante. Otro camino puede ser que; existió la identificación con la madre, pero en una identificación donde la misma madre no estaba dispuesta a colocarse como tal, es decir, no había un deseo de ser madre, sin embargo las circunstancias de la vida la llevaron o la colocaron en esa posición, y el deseo de la mujer que no quiere tener hijos esta permeado por el deseo de su madre, el de no ser madre. Un ejemplo de no querer ser madre lo encontramos en el ejercicio clínico, cuando en la entrevista la madre refiere, yo no quería tener hijos, pero mi esposo insistió, siendo el motivo de consulta que el infante no obedece a la madre o que tiene mala relación con ella.

La actitud de la madre sucede como si el gesto materno se dirigiera más a "calmar" al lactante que a satisfacerlo (....) el gesto materno simplemente hace frente al síntoma; no está sustentado por un deseo y no busca encontrarse con el deseo del lactante. La madre físicamente presente está psicológicamente ausente. (Ruíz, 2001:41)

Este deseo no sustentado no es algo que se instauro en la mujer por sí solo es algo que trae de sus antecesores. La madre puede estar físicamente presente, pero no sólo se requiere lo físico para sustentar un deseo.

Los sentimientos de una mujer por su hijo constituyen, en su esencia, un modo de *lenguaje* que informa todos los gestos y todas las palabras que la madre dirige a su hijo (...) como producto, ese lenguaje, el sentimiento materno es enseñado inconscientemente y se constituye en la infancia, al contacto y con el ejemplo de las mujeres de sus dos ascendencias (materna y paterna) de la niñita,(...)Todas esas mujeres tutelares, olvidadas por la niña ya adulta, marcaron con fijaciones sucesivas sus emociones femeninas durante la evolución y las estructuraron, no sólo en los gestos sino también y sobre todo en un modo de ser y de sentir” (Dolto, 2006:242)

El deseo de ser o no madre esta permeado por el lenguaje, el trato y las relaciones de la niñita que tuvo durante su periodo de lactancia y su primera infancia, con la mujer que se posicionó como su madre o en su defecto por otras mujeres que estuvieron a su alrededor. Si esta madre en su lenguaje con la niñita externaba un desagrado al cuidarla, desagrado olfativo al cambiarle el pañal, repulsión a la leche o demandas de la infante, finalmente existió esa identificación de la hija con la madre, el no querer tener hijos en cuanto a deseo.

Situación diferente se presenta si se refiere un deseo de querer se madre, nos encontramos que en la relación de la madre con el bebé, se desarrolla como se mencionó anteriormente el apego, ese intercambio mutuo de un llamado y una respuesta entre madre e hijo. No nos debemos confundir entre el apego y el acto de alimentar o saciar sólo las necesidades físicas del infante. El infante, puede ser alimentado pero si no hay respuesta social por parte de la madre como encontrar la mirada del bebé, acariciarle, hablarle, el bebé no tendrá forma de crear un vínculo emocional con la madre, del mismo modo no tendrá cavidad en el mundo de la madre, ya que ésta sólo se limita a ser alimentadora en lo físico. Y si el deseo consciente de tener un hijo, y deseo inconsciente de completud van en la misma dirección el hijo responderá como objeto de deseo de la madre.

Los intercambios entre la madre y el lactante están inmersos, en ese lenguaje pre verbal entre la madre, signo indeleble de los valores de lo bueno y de lo malo para el cuerpo... Los sonidos y fenómenos que acompañan tales encuentros, y que permanecen en los oídos del niño más allá de la saciedad y del bienestar corporal, constituyen las franjas de la presencia tutelar. (Ibidem:238)

Al mismo tiempo que el niño entra en el registro simbólico, en ese lenguaje pre verbal que si bien no hay palabra, hay un lenguaje entre madre e hijo (un lenguaje de

respuesta en mirada, tocar o balbuceo el cual puede ser correspondido en forma de lenguaje desde los dos meses de edad), un lenguaje diádico que permite una introducción en el mundo simbólico, colocando al hijo en un lugar para la madre,

¿Por qué para la madre? Porque partimos del deseo de ser madre y de su deseo, claro está el deseo no tiene rostro, pero es a donde ha apuntado.

La etapa crucial se sitúa justo antes del Edipo, (...) la de la frustración primitiva, y el Edipo. En esta etapa, el niño se introduce en la dialéctica intersubjetiva del señuelo (35). Para satisfacer lo que no puede ser satisfecho, a saber, el deseo de la madre, que en su fundamento es insaciable, el niño, por la vía que sea, toma el camino de hacerse el mismo objeto falaz. Este deseo que no puede ser saciado, es cuestión de engañarlo. Precisamente porque el niño le muestra a la madre algo que él no es, se construye toda la progresión en la que el yo (moi) adquiere su estabilidad (Lacan, 2011, Seminario 4:71)

El infante se acomoda en el espacio que le da la madre, en ese agujero o carácter de ausencia, una ausencia de algo que nunca tuvo, en el varón el miedo a ser castrado por el padre, y en la mujer en la ausencia de algo que no se tuvo, y al mismo tiempo intenta colmar el deseo, lo colma engañándolo, pues no habrá nada que lo sacie, es donde el infante comienza a replegarse en el falo, a identificarse con él, para así engañar el deseo del otro, acomodándose a como le marcan el camino hasta cierto punto, es decir, si el niño requiere de ser un enfermo para seguir siendo deseo del otro, será un enfermo, o de lo contrario no calmará la falta de la madre y estará fuera de lo simbólico, más aun fuera de un orden simbólico, porque aunque sea el padre quien coloca al infante en el orden simbólico es la madre quien funge como mediadora.

La relación con la madre es significativa para el infante sin embargo no es solo esa relación la que le va a ayudar a colocarse de sujeto deseado a sujeto deseante y entrar en ese orden simbólico, por que de ser así, el infante no escaparía al deseo de la madre donde quede inmerso a una relación incestuosa y traiga consigo angustia manifestada en una fobia por ejemplo.

Las primeras relaciones de realidad se dibujan entre la madre y el niño. Es ahí que el niño va a experimentar las primeras realidades de su contacto con el medio viviente, el triángulo, en tanto que él tiene esta realidad por el sólo hecho de que hagamos entrar, para comenzar a delinear objetivamente la situación, que hagamos entrar allí al padre. El padre no ha entrado todavía para el niño. (Ibídem:79)

Si bien la relación del infante con la madre es dual, existe otro lugar, el que le corresponde a un tercero, al padre. Introducir al padre no es en el sentido de que no estaba, sino que es la manera de colocarlo respecto al deseo. Aspecto importante para hablar de la manera en que establece la relación madre-hijo-padre. Relación que vendrá acompañada de un cuarto elemento: el falo. El falo que la madre desea y busca en el hijo o en el padre de su hijo, esa falta que ella busca llenar. Por la falta que tiene la madre el infante pasa a ser objeto deseado, es el principio de que posteriormente puede pasar a ser sujeto deseante, situación que sólo el padre le podrá permitir, en función de realizar la castración, castración a la madre, aunado a ello el deseo de la madre por el mismo padre, solo el padre puede arrancarlo de la madre.

En el síndrome Munchausen por poder, el padre puede estar físicamente presente pero carente de función paterna, "El padre, habitualmente está alejado del conflicto, pero cuando está presente carece de autoridad, o es indiferente a la suerte del niño y los peligros que se ciernen sobre este". (Espinoza, B. 2000) Pareciera como si el padre no pudiera arrancar al hijo de la madre, se encuentra anulado, barrado por la madre, ya que no lo toma en cuenta para las decisiones tomadas en los tratamientos del infante.

En renglones anteriores se ha expuesto que el padre del menor esta ajeno a su salud y a su tratamiento, saliendo del triangulo de la relacion madre, padre hijo, aceptando de alguna manera ese quedar fuera.

El aislamiento y depresión que sufren estas madres, que además tienen maridos ausentes y no disponibles, se ve compensado en el entorno del hospital (Meadow, 1982) El padre no-perpetrador en la familia de un caso de síndrome de munchausen por poderes se suele ver como poco involucrado en la dinámica familiar. Suele aparecer como emocional y físicamente distante, quizás muy implicado en su profesión o realizando un trabajo que requiere grandes distancias fuera del hogar. (López y Jiménez, 2005:48)

En el segundo caso expuesto en el primer capítulo se muestra claramente como el padre cumple con estas características antes mencionadas, sin embargo no se posiciona o no hace la función de padre, ante la menor y ante su esposa, no arranca a la infante del deseo de la madre, función que tampoco realizó con la hija mayor, sin embargo, quien sustituyo el lugar de falo para la madre fue la hija menor, la paciente identificada, cabe señalar que la hermana de la paciente identificada también había tenido problemas de salud, pero a la llegada de Lulu, la madre se vuelca ahora sobre ella, permaneciendo tiempo de su desarrollo en el hospital.

Con lo que se ha expuesto hasta el momento, de ejemplos de la literatura y los ejemplos expuestos en el primer capítulo, cabe la pregunta ¿hacia dónde apunta el deseo de la madre? ya que, no le es de importancia la salud física ni psicológica de su hijo, al padre no lo toma en cuenta, y al parecer su demanda gira en estar cerca de personas que prestan servicios a la salud, a la atención médica específicamente. Esta situación de barrar al padre es crucial pues al existir esta anulación no se permitirá un acceso al complejo de Edipo.

El pivote del Edipo es la castración, a partir de que el infante varón se ve en desventaja o disimetría con el padre o que se da cuenta que las niñas no tienen pene, donde se juega el dudar, de si ¿perdieron el pene por los deseos incestuosos? Considerando que es la madre quien sexualiza el cuerpo del menor y por ser la que cumple todo deseo o satisfacción es a quien el infante varón desea, estando el infante

identificado con el falo y al mismo tiempo teniendo un cuerpo erotizado y en su narcisismo, se juega la ambivalencia donde el infante quiere a la madre y el esta acomodado en ese agujero pero teme al padre, teme a quedar como las niñas sin la parte de su cuerpo con mayor valor, por lo tanto ante esa amenaza, prefiere renunciar al deseo por el miedo a la castración y renuncia a ese objeto de deseo que es la madre.

En el caso de la mujer, la castración es el sentirse en falta de algo que nunca tuvo, ese algo anhelado por su madre y tan cuidado por el padre, donde entra el juego de una ilusión que tal vez le crezca después, considerándose completud de la madre, acomodándose en ese hueco de la madre, y darse cuenta que en realidad también está incompleta y que el padre es quien le puede dar ese algo anhelado, el falo.

El padre es para ella de entrada objeto de su amor—es decir, objeto del sentimiento dirigido al elemento de falta en el objeto, porque a través de esta falta es como se ha visto conducida hasta ese objeto que es el padre. Este objeto de amor se convierte luego en dador del objeto de satisfacción, el objeto de la relación natural del alumbramiento. Luego, sólo se requiere un poco de paciencia para que el padre sea sustituido al fin por alguien que desempeñará exactamente el mismo papel, el papel de un padre, dándole efectivamente un hijo. (Lacan, 2011, Seminario 4:74)

La mujer terminará en la fantasía de tener un hijo del padre, el cual le dará el falo y más aun si ese hijo es un varón, porque él portará el falo tan deseado. Sea el hijo una niña o un varón entran en el complejo de castración, pivote del complejo de Edipo, el cual es esencial en una función de normalización y sólo un accidente de éste provocará la neurosis, la función de normalización en el sentido que la función del Edipo son la virilización o la feminización, quedando la castración en lo simbólico. Aunque parece ser una castración de genitales va en otro orden, va dirigido en castrar a la madre de la relación con el hijo. La castración simbólica la cual le corresponde al padre por la posición que juega en la relación edípica.

El prohíbe a la madre, ante todo. Ese es el fundamento, el principio del complejo de Edipo, es ahí que el padre está ligado a la ley primordial, ley de prohibición del incesto. Es el padre, se nos recuerda, quien está encargado de representar esta interdicción. (Ibídem:75)

El padre es quien prohíbe el incesto en la familia, al mismo tiempo que es objeto deseado por la madre para llenar un agujero, la falta, esta interdicción en la madre y el infante no es solamente en cuanto a realizar un rol en la familia sino que va más allá, es por toda su presencia, por los efectos en el inconsciente, haciéndose preferir ante la madre, en tanto que el niño tiene necesidad de ella y el padre interviniendo con su derecho sobre la madre.

Lo que hace que funcione el padre es la madre, se requiere del deseo de la madre por el padre, lo que hace que se constituya la función paterna. La angustia que aparece en la infancia es un indicador que está pasando algo con el registro del padre, en el caso Juanito lo podemos visualizar.

Así, cierta vez hizo esta pregunta a su madre:

Hans: Mamá, ¿tú también tienes un hace pipí?

Mamá: Desde luego. ¿Por qué?

Hans: Por nada; se me ocurrió. (Freud, 2003. X:8)

Donde Hans, comienza a ver las diferencias de anatomía en cuanto a lo sexual, sin embargo sus referentes a la mano son mamá y papá. Al cuestionarle a la madre si tiene un hace pipí, en su mente tiene un hace pipí, que se ve a sí mismo, y se pregunta, ¿Dónde está el de mamá que yo no lo veo? Podemos ahí inferir que ya se comienza a instaurar el complejo de castración, no ve un hace pipí en la madre, sin embargo la madre se coloca como que si lo tiene, Hans busca en la madre un hace pipí como el del padre y el de él.

Desde la perspectiva de Lacan la madre se posiciona como fálica, donde ella y Hans pertenecen al mismo deseo y que se ve plasmado cuando Hans, busca la cama de los padres al amanecer y la madre lo acoge, "Hans siempre acude temprano a nosotros, y mi esposa no puede dejar de tomarlo por algunos minutos consigo en el lecho." (Ibidem, p.34). Esta postura de la madre donde se regocija con el hijo en el lecho de marido y mujer, donde Hans no puede escapar a los cuidados de atención de su madre, a la seducción de ésta, quitando de en medio al padre. La madre castrando

al padre en cuanto a su función de marido y de padre y no permitiendo la castación en cuanto a la relación con Hans. La madre no permite una entrada al padre en la relación, recordando que es la madre quien hace los cumplidos en Hans y que Hans se mueve en función del deseo, en la medida en que es deseado y demandado. El que Hans se regocije con la madre no quiere decir que no exista una ambivalencia en él, un sentimiento donde siga deseando a la madre y no querer dejar de ser objeto deseado y otro donde pida auxilio (angustia que experimenta Hans, su fobia) al padre para que este se posicione ante la madre como falo y le permita a él esa liberación de recargamiento hacía el falo ante la madre.

El falo imaginario es el eje de toda una serie de hechos que exigen postularlo. Hay que estudiar ese laberinto en el que habitualmente el sujeto se pierde y puede acabar siendo devorado. El hilo para salir de ahí es que a la madre le falta el falo, que precisamente porque le falta, desea, y que sólo puede estar satisfecha en la medida en que algo se lo proporciona. (Lacan, 2011, Seminario 4:70)

La pregunta es ¿Quién va a proporcionarle lo que desea? El hijo o el padre en ese engaño al deseo, pero que es más factible que el hijo sea el que quede inmerso en el intento de acomodarse de muchas formas, de tal modo que responde en reciprocidad al deseo de la madre.

La madre de Hans se posiciona ante él como fálica, y delante de el padre también se posiciona como tal, dejando a Hans, con una duda, ¿Quién funje como padre?, si el único que colma a mi madre soy yo, y ante eso, el miedo a ser castrado por parte del padre, pero castrado no en el miembro anatómico sino en lo que para él simboliza el hacer pipí, en su representación psíquica, y que también puede seguir una duda en cuanto a el miedo a ser castrado por la madre, es decir, si hemos externado que a partir del deseo de la madre se mueve el hijo, Hans no quiere ser anulado o barrado por la madre como lo ha hecho con el padre, ya que no le permite la entrada al padre en Hans, entonces, prefiere moverse al deseo de la madre antes de ser barrado como el padre, pero al mismo tiempo tiene miedo de quedar inmerso en ese deseo de la madre “El deseo reprimido de que yo viaje {fabren} a la estación, pues así él queda

solo con la madre (...) deviene luego angustia ante el partir de viaje los caballos.” (Freud, 2003, X:39) La pregunta que puede surgir en Hans es, ¿Qué voy a hacer con esta mujer a la cual no se tiene satisfecha? Y de ahí deviene la angustia de que el padre parta por unos días.

Juanito en su orden

Hans, a los 3 $\frac{3}{4}$ años: Papá, ¿tú también tienes un hace pipí?

Padre: Si naturalmente.

Hans: Pero si nunca te lo he visto cuando te desvestías. Otra vez tenso, ve cómo su madre se desviste para meterse a la cama. Ella pregunta: ¿por qué me miras así?

Hans: Sólo para ver si tú también tienes un hace pipí.

Mamá: Naturalmente. ¿No lo sabías?

Hans: No, pensé que como eres tan grande tendrías un hace pipí como el del caballo. (Ibidem, pág.10).

La ambivalencia que se juega en el infante, respecto a la castración o el deseo de la madre, es un aspecto relevante y Hans no escapa de ello, por un lado quiere colocarse dentro de un orden simbólico a partir de una castración por parte del padre en la relación madre e hijo, y por otro el teme dejar la identificación con el falo dejando de ser el objeto de completud de la madre, una de estas dos vertientes le causará menos angustia por lo tanto se inclinará a ella, intentando ignorar la angustia mayor, aunque posteriormente esta angustia busque una salida.

En los menores que son abusados por su madre, es decir, con trastorno munchausen por poder, cuando los niños se dan cuenta de que los agreden y no dicen nada, ¿es acaso que temen dejar la posición fálica?, esto en relación a que hay niños que ya tienen un lenguaje y una edad suficiente para decir quién los agrede, un ejemplo de ello lo podemos ver en la película de sexto sentido, donde se ve plasmado un trastorno de munchausen por poder, y la menor no dice nada a su padre del daño que le causa su madre, y solo enfrenta su suerte y con ello la muerte. En la película de sexto sentido de género drama e intriga, la trama no es el síndrome trastorno de munchausen, sino de un psiquiatra infantil (Bruce Willis) que ayuda a un niño de 8 años llamado Cole (Haley Joel Osment) a enfrentar o lidiar la situación de ver a gente muerta, y es en una subtrama de la película donde aparece una niña llamada Kyra, la cual después de muerta le pide a Cole que le entregue a su padre la cinta donde

aparece su madre poniendo una sustancia toxica a la comida. La escena del funeral aparece en el minuto 79, con el siguiente dialogo por parte de unos acompañantes al funeral: “No puedo imaginarme a una niña en una cama durante dos años” ¿Cuántos doctores? Creo que fueron seis, ¿Seis doctores diferentes? Eso creo sí. En otro lado del funeral otro acompañante refiere; “Acabo de oír que la pequeña está enferma también” “Dios los ayude”. Posterior a ello el padre recibe de manos de Cole la cinta la cual pone durante el funeral observando que la hija juega en su cuarto, haciendo una grabación de cámara con unos títeres, al escuchar que la madre entrará a su habitación, se retira dejando sus títeres y se mete a su cama haciéndose la dormida y deja la cinta grabando. En la cinta se ve como la madre pone una sustancia toxica en la comida de Kyra, remueve la sopa, toma la bandeja del desayuno arrimándola donde Kyra esta acostada, refiriendo el siguiente dialogo entre ellas.

Madre: es hora de almorzar Kyra

Kyra: Ya me siento mucho mejor

Madre: Que bien, cariño. Es hora de que comas

Kyra: ¿puedo salir si me como esto?

Madre: No sé. Ya sabes que enferma te sientes por las tardes, ya veremos. No digas que sabe raro. Sabes que no me gusta oír eso¹³.

Kyra se pone a comer sus alimentos y la madre sale de su habitación, en eso termina la cinta. El padre al ver la grabación se levanta con tranquilidad y busca a la madre entre la gente que los acompaña, la madre, con traje rojo y un arreglo personal significativo, está arreglando una rosas del florero, y no se observa sentimiento de dolor en el rostro, el padre le refiere, “Tú la mantenías enferma” y la madre no muestra cambio significativo alguno en cuanto a sentimientos.

En la subtrama de la película no se refiere que la niña murió a consecuencia de un abuso por la madre, pero la subtrama cuenta con datos significativos para suponer el trastorno de munchausen, una enfermedad sin diagnóstico, diferentes médicos, el tiempo de duración sin diagnóstico y la enfermedad, la seguridad de la madre que la hija estaría enferma por las tardes, el que las comidas le saben raro a la niña, una

¹³Shyamalan, M. N. (Dirección). (1999). *El sexto sentido* [Película].

indiferencia de sentimientos en la madre después de la pérdida de un hijo, el padre no fue mencionado, el verter en la comida solo una cantidad de sustancia toxica para mantener a la hija enferma, es decir, no vertió todo el contenido desde la primera vez, lo medía con la tapadera, y a consecuencia de un largo tiempo de esta sustancia en el cuerpo, la muerte de la menor. Hemos llegado al punto donde nos podemos preguntar, ¿Cómo es que Kyra, se colocaba como enferma para la madre? Este contacto le permitía una relación con la madre, ya que solo entra al cuarto a dejarle la comida, se permitió mantener esta postura, la postura de enferma, la postura de falo, antes que delatar a su madre en vida, dejándose a su suerte, la muerte. Al parecer no existió un padre en función de intromisión como ley ante la madre y ante las hijas, arrancando a estas del deseo de la madre, posicionándose como jefe de la horda por así decirlo. El ejemplo de la película se tomo como posicionamiento o identificación del infante con el falo, no es fácil dejar esa posición porque causa angustia.

Los ejemplos de cómo se posiciona el hijo como falo en el trastorno de munchausen por poder además de verse en una subtrama de película se ve en la vida real, en el libro trastornos facticios en pediatría, hay un ejemplo de un paciente víctima de trastorno de munchausen por poder, donde realiza un dibujo temático sobre “La enfermedad” realizado por Ramón un niño de 11 años, refiriendo del dibujo la siguiente historia.

Una vez un hombre en donde se entera que el apéndice era muy peligroso y que había matado a 1.000.000 de personas. Cuando llego a su casa y se encontró mal. Su mujer llamo a la ambulancia y le llevaron a Urgencias y le dijeron que le tenían que extirpar el apéndice y lo llevaron al quirófano pero a la ½ h. murió. (López y Jiménez, 2005:126)

Posterior al tratamiento psicoterapéutico, en otro dibujo temático con el mismo nombre “La enfermedad” la historia fue esta.

Oscar un niño que tiene 8 y se le estaban cayendo todos los dientes. No comía fruta. Ellos no sabían qué enfermedad era. Fueron a urgencias. El médico dijo que era escorbuto. El médico le mando vitamina C y poco a poco se fue recuperando del Escorbuto. FIN. (Ibidem: 129)

Lo que es de llamar la atención que en la primera historia, es de una pareja, es la mujer y un hombre, posterior al tratamiento ya es una historia de un niño de 8 años, lo cual es significativo porque corrobora que el niño estaba en una posición fálica.

En la relación madre, hijo, padre y falo, el tercer elemento que es el padre es el que permitirá la salida de la relación dual o hasta expulsará a su hijo de esa relación, insertándolo en el orden generacional, mostrándole que es en relación a una ley, la cual es inquebrantable y mucho menos pensar que sea por incesto. La ley que inserta al sujeto en la cultura en la cadena generacional, colocándolo en un orden simbólico, donde la ley la inserta el padre, situándose como guardián de la horda, en ocasiones hasta peligroso, reconociendo a sus hijos y hasta siendo benévolo con ellos, instaurando en el o los hijos dos leyes fundamentales del totemismo “No matar al animal totémico y evitar el comercio sexual con los miembros de sexo contrario del clan totémico.” (Freud, 2003. XIII:39) Donde al considerar al padre como el tótem, como ese significante que no puede ser agredido pone al menor en una posición de indefenso y hasta inválidez por así llamarlo, pero que esta postura le ayudará al menor para una significación del nombre del padre. Al menor deseo incestuoso por la madre, el menor experimenta un miedo del cual puede quedar preso manifestándolo con angustia como en el caso Hans, o mostrar una sumisión por miedo al castigo al que puede ser sometido, donde se juega la fantasía del aniquilamiento.

La función del tótem queda inscrita en el orden simbólico de generación en generación, sin embargo se necesita de la madre para ayudar a mantener este orden, la madre como mediadora, o mejor a un dicho como punto central de la inserción del padre en el hijo.

¿Por qué considerar a la madre punto central de la función paterna? Porque es la madre quien se siente incompleta y necesita de el falo deseado para llenar ese hueco, ese sentimiento de inferioridad o la disimetría ante el hombre, “El sexo femenino tiene un carácter de ausencia, de vacío, de agujero, que hace que se presente como menos deseable que el sexo masculino en lo que este tiene de provocador, y que una disimetría esencial aparezca” (Lacan J. Seminario 3, 1998:252) Ante esa disimetría

frente al padre, la mujer se queda en un vacío, con un agujero el cual solo puede ser llenado por ese deseo anhelado, el anhelo de sentirse plena o mejor aun dicho completa, donde el ser que fue eyectado por la madre se coloca en ese agujero, sin embargo en algún momento la madre tiene que haber llenado ese agujero con el padre del ser que engendro, es decir, en ese anhelo de sentirse completa, va impregnado de vivencias y mosiones de la imago paterna vividas en la infancia con su propio padre, (Recordemos en la relación edípica la hija quería engendrar un hijo con el padre), situación que le lleva a buscar, una pareja según el modelo paterno, al nacer el hijo vuelca su sentido de completud con el hijo, pero para una introyección del padre en esa relación diadica, la madre tiene que volver los ojos a su pareja, volver su mirada acompañada de un deseo hacia su pareja.

El deseo de la madre por el padre es, lo que va a introducir al padre en su función paterna, y aquí instauramos la pregunta ¿Qué es un padre? El padre es una metáfora, se pensaría que un padre solo se constituye por el simple hecho de estar presente, sin embargo por las demandas que se escuchan en la clínica y los escritos de Lacan, se fundamenta que va más allá de algo físico, es una metáfora inconsciente, situación que escapa a nuestras decisiones diarias.

Una metáfora, ya se los he explicado, es un significante que viene en lugar de otro significante (...) La función del padre en el complejo de Edipo es ser un significante sustituido al significante, es decir, al primer significante introducido en la simbolización, el significante maternal. (Lacan, 2011, Seminario 5:77)

El significante del padre sustituye el significante de la madre, castrando la relación diádica madre e hijo e instaurándose ante la madre como ley, esta castración no se realiza con la presencia física del padre o que se instaure por sí solo, necesita de la intervención de la madre, una madre mediadora y en ocasiones esta madre

mediadora suele no aparecer, es decir, orienta su sexualidad al papel de la madre, dejando de lado la relación con el marido, por lo tanto, no será mediadora en el triangulo, ya que no permite la entrada de ese tercero.

El sentimiento materno experimenta una regresión para gran peligro del trío – y sobre todo del futuro ser humano social que se convierte en el amo incondicional y en el juguete preferido de su madre. En este caso – y sobre todo si la madre, frígida antes del embarazo o aún solamente clitoridiana, no ha podido volverse adulta y vaginal después del parto revelador del poder femenino, como suele ser afortunadamente el caso-, la mujer descuida a la vez al padre del hijo y a su propia persona para orientar su sexualidad exclusivamente al papel de sirvienta. Sierva de su hijo y de su casa, valoriza un papel masoquista, fuente de degradación femenina, y su maternidad desempeña entonces un papel desorganizador con respecto a la pareja. (Dolto, 2006:251)

La madre en su anhelo de sentirse completa y en su etapa clitoriana, no dará lugar al padre ni existirá deseo por él, existió un enamoramiento por su pareja quedando solamente en el enamoramiento pero no en un deseo de completud, ese lo busca en el hijo, ese hijo que le da sentido a su vida misma, acomodándose hasta cierto punto el hijo como amo y la madre como esclava, que en algunos momentos, estas posiciones se cambiaran, y entraran en ese juego de engañar el deseo del otro, acomodándose a como creen que es el deseo insaciable, y el hijo, reclinado hacia el falo logrando la identificación, identificación que posteriormente le causará angustia al estar sometido al deseo insatisfecho e irreconocible, ahogado por la insatisfacción de la madre, gritará al padre ayuda, una ayuda a gritos ensordecedores, reflejados en una fobia, conducta o hasta enfermedad, sin embargo como el padre no tuvo en su momento cavidad en la diada, le es más fácil voltear a otro lado y dejar al hijo a su suerte inmerso en el deseo de la madre. El padre cuyo hijo ha sido abusado en su salud, como es el caso que se presento en el capitulo uno, ¿No ha dejado a su hijo en el deseo de la madre? Donde para él ha sido menos complicado estar fuera de la relación madre e hijo, que hacer una intervención en acto o palabra de tal forma que le ayude a colocarse ante la madre como padre con una ley castradora.

El padre interviene sobre varios planos. El prohíbe a la madre, ante todo. Ese es el fundamento, el principio del complejo de Edipo, es ahí que el padre está ligado a la ley primordial, ley de prohibición del incesto. Es el padre, se nos recuerda,

quien está encargado de representar esta interdicción. Algunas veces él tiene que manifestarla de una manera directa, el niño se deja llevar en sus expansiones, en sus manifestaciones, en sus inclinaciones. Pero es más allá que él ejerce este rol, es por toda su presencia, por los efectos en el inconsciente, que él ejerce esta interdicción de la madre. (Lacan, 2011. Seminario 5:75)

El padre es quien tiene el falo, es el portador del falo, el falo como ordenador del mundo, como estructura que ayuda a entrar un mundo simbólico, cuando lo porta el padre, no cuando el hijo se recarga en él. Para que el deseo entre la madre y el hijo tenga eficacia debe de ser prohibido por esa ley y la castración vendrá a marcarles que no hay objeto que pueda satisfacer el deseo.

La meta del Edipo es una situación adecuada del sujeto con respecto a la función del padre, donde el mismo hijo o hija, puedan acceder en su momento a ser padre o madre, en esa posición problemática y paradójica, siendo padre, castrando la relación de la diada y siendo madre, permitiendo la introducción del padre en la relación con su hijo, recordando que son procesos inconscientes y permeados por antecesores.

El fin del complejo de Edipo es correlativo de la instauración de la ley como reprimida en el inconsciente, pero permanente. Sólo así hay algo que responde en lo simbólico. La ley no es simplemente, en efecto, aquello en lo que está incluida e implicada la comunidad de los hombres —y después de todo, nos preguntamos por qué. Se basa también en lo real, bajo la forma de ese núcleo que queda tras el complejo de Edipo, núcleo llamado superyó. (Lacan, 2011, Seminario 4:79)

Al quedar el padre como instaurador de un orden, en el infante queda impresa una ley la que le marca que con la esposa del padre y sus hermanas no se debe de involucrar, si no será castigado, pero más allá de ello queda un superyó, proceso inconsciente que es el que le someterá ahora a lo que es moral o amoral.

“Pero el niño pequeño es notoriamente amoral, no posee inhibiciones internas contra sus impulsos que quieren alcanzar el placer. El papel que luego adopta el superyó es desempeñado primero por un poder externo, la autoridad parental”. (Freud, 2001, XXII:57) Los progenitores madre y padre dan al hijo muestras de amor y al mismo tiempo le dan muestras con castigos, que atestiguan una pérdida de amor o una amenaza de la pérdida de una parte del cuerpo muy amada por el niño, esto cuando el infante hace algo no tolerado o no deseado por los padres. El primer contacto del

menor es la madre y el ser atendido en sus diferentes necesidades por ella misma, el cuerpo del infante es erotizado, erotizado por la misma madre, aunado a que no se posee inhibiciones internas contra los impulsos que buscan un placer, es la madre quien en primera instancia coloca al hijo en situación displacentera, primero colocándose como mujer deseada por el infante, y respondiendo cada uno al deseo del otro, posterior a ello la entrada del padre, posicionándolo en una situación de inhibición de sus impulsos, claro esta, bajo amenaza, que los dirija a otro lado a otra mujer y en la niña anhelando el falo tan deseado, tendrá que volver sus impulsos incestuosos también hacia otro lado, esperando conseguir el falo por otro hombre, su pareja.

Como se menciona anteriormente la meta del edipo es que el sujeto pueda en un momento situarse como madre o como padre en cuanto a función, esa función inconciente a la que todos estamos sujetos querramos o no, la cuestión en este capítulo es como la madre con síndrome de munchausen por poder deja del lado al padre, situándose ella como madre fálica, por qué nos atrevemos a decir esto, por que el padre sólo aparece como algo físico, pero no tiene nada que ver en el tratamiento del infante, deja al infante a su suerte con la madre, donde la madre al parecer prefiere o se inclina más a un rol y una función psíquica de madre abnegada y sufrida o hasta esclava de la posición de madre, quedando instaurada en una etapa preedípica y al mismo tiempo busca un reconocimiento de ese otro, o busca lo que el otro tiene, ó lo que ella cree que tiene, que se quiere decir, en la función paterna se va a encontrar cuatro elementos, madre, hijo (a), padre, y falo, y cualquiera de estos elementos es piedra angular de la función, si sustituimos al padre por un medico, quedará; madre, hijo (a), médico y falo, ¿por qué se sustituye al padre?, por que generalmente esta ausente, cabe mencionar que la madre no busca un medico de sexo masculino, el sexo del medico es indiferente o no se a encontrado ninguna tendencia, sin embargo tampoco el médico logra romper esa relación de la madre hacia el hijo, ya que cuando el personal de salud, comienza a dudar de la madre, esta pide alta voluntaria, entonces ¿Hacia dónde dirige su deseo?, si bien el deseo no tiene cara, o apellido, apuntala hacia algo, aquí la única dirección es la relación con el médico, el asunto es que necesita un cuerpo, la madre no se enferma a sí misma, necesita del hijo, es acaso que considera

que los niños causan ternura y será más rápida la atención, o como se mencionó anteriormente, al no considerar a su pareja como su objeto de deseo, se volcó en el papel de madre, abnegada y sufrida, sumergiendo al hijo en su deseo probocando en ocasiones hasta la muerte.

CAPÍTULO III

3. EL SÍNTOMA

Exponer la noción de síntoma no es tarea fácil, sin embargo, en nuestra investigación es de suma importancia, por lo cual daremos un recorrido por la teoría psicoanalítica exponiendo lo que Freud a lo largo de sus obras escribió sobre el tema en cuestión.

Durante sus estudios y el trabajo con los pacientes Freud intento dar una explicación de, ¿Cómo el síntoma queda inserto en la persona?, Así como la función que tiene el síntoma en el desarrollo de la neurosis: histeria, obsesiones y fobias.

Es necesario puntualizar que el psicoanálisis parte del contenido del síntoma. También se puede decir que mantiene la postura de que el síntoma tiene *sentido*,¹⁴ si bien este sentido no es explícito, o no está bajo el entendimiento de cualquier persona, no quiere decir que no se intente capturar lo que para el paciente significa. Esto es una de de las cosas que se pretenden en la intervención analítica, pues el psicoanálisis hace énfasis en la importancia que adquiere la palabra del paciente. No hay que perder de vista que el síntoma se entrama con el vivenciar del paciente, por ello la importancia de la palabra del paciente durante las sesiones.

Antes de iniciar el recorrido por los trabajos de Freud, expongamos un poco de la *palabra*¹⁵ ya que esta es esencial en el análisis y para que el paciente exponga su síntoma.

Comencemos hablando de una forma figurativa del lenguaje, es decir, tomaremos el discurso como el cuerpo que se explora, siendo la palabra unidad del lenguaje, del discurso, buscando en ese cuerpo, una fractura, un lapsus, y hasta un silencio, el psicoanalista no explora un cuerpo físico, sino que escucha aquello que

¹⁴ Definición del diccionario OCÉANO: Modo particular de entender una cosa, razón de ser, finalidad. En el sentido del síntoma conjugamos dos cosas: su <desde dónde> y <hacia donde>. (Freud. 2004, XVI: 260)

¹⁵ Representación gráfica de sonidos.

incomoda, que duele (aunque a veces la dolencia es física), e interviene con la intención de dar cuenta de la dolencia, del sentido que ésta expresa para el paciente, a diferencia del médico quien trabaja sobre un cuerpo físico haciendo una exploración a la anatomía del paciente. Podríamos decir que si se hablara de algún cuerpo, el cuerpo de trabajo del psicoanalista es el discurso.

El analista observa, escucha el discurso del paciente, da cabida al encuentro con el lapsus, la falla, el quiebre de voz, el silencio y a partir de ello seguir los hilos del tejido del discurso, el entramado inconsciente. Ambos, médico y analista intentan dar un alivio o una cura a su paciente, en el médico hay un conocimiento del cuerpo del paciente, en el analista, del cuerpo del discurso, un cuerpo que también se puede manifestar. Cabe mencionar que si bien, se habló figurativamente del lenguaje, no se deja de lado el cuerpo físico del ser humano, ya que en ocasiones el síntoma va en relación a éste.

Así como un médico estudia e intenta curar una fractura del cuerpo físico, un analista procura escuchar la falla de la palabra unidad del discurso, para develar un decir inconsciente. En el entendido de que la fractura expuesta por la palabra, la encontramos en el hablar y decir del paciente, en ese discurso que se manifiesta en el espacio de la clínica, donde el sujeto puede quedar expuesto a su propio inconsciente.

3.1 ¿A QUÉ SE LE LLAMA SÍNTOMA?

¿Qué es el síntoma? Considero que la pregunta correcta es, ¿a qué le llamamos síntoma? Algunas disciplinas se caracterizan por mostrar una amplia gama de diagnósticos que penden de un largo listado de síntomas, en el psicoanálisis las cosas son de otra manera, para empezar se considera un síntoma hasta que alguien puede dar cuenta de su existencia, pueda nombrarlo y asumirlo como propio, momento

en el cual el síntoma puede comenzar a tomar su forma para contestar su ¿Desde dónde? y ¿Hacia dónde?

En nuestro recorrido intentaremos dar respuesta a la pregunta ¿Qué es el síntoma? Para así tener la visión psicoanalítica del síntoma e intentar entender de dónde proviene la conducta de enfermar a los hijos o internarlos en hospitales.

Comencemos un recorrido de lo expuesto por Freud sobre el síntoma, en El Manuscrito N 1897, donde sus anotaciones van en relación a un recordar, un recordar que puede ser expresado por medio de la palabra. Nos es necesario no olvidar que el ser humano tiene la capacidad de recordar un sueño y narrarlo, aunque ese recordar no sea totalmente fiel o confiable a su memoria. “Recordar nunca es motivo, sino sólo un camino, un modo. El motivo primero de la formación del síntoma, en el orden del tiempo, es la libido. Entonces, el síntoma, como el sueño, es un cumplimiento de deseo” (Freud, 2001, I: 298). Si partimos de que el síntoma es cumplimiento de deseo, querría decir que el deseo está satisfecho y eso no es posible, el deseo no se satisface, es un cumplimiento donde se juega. Además, tanto en el síntoma como en el sueño, el deseo no es un elemento reconocible para la conciencia, en todo caso es irreconocible, es inconsciente, y lo que Freud propone es develar su contenido, su impulso que se manifiesta en la insistencia del síntoma.

En la cita anterior, Freud expone la propuesta de que los sueños y síntomas son análogos, sin embargo vemos que son diferentes, en algunos casos el paciente puede expresar un sueño repetitivo o angustioso como síntoma pero el síntoma se desarrolla de manera diferente a un sueño. El sueño se limita a ser cumplimiento de deseo del pensamiento reprimido, sólo del pensamiento, no de una realidad objetiva, aunque en la realidad objetiva tampoco hay cumplimiento de deseo. A diferencia del síntoma que es cumplimiento de deseo del pensamiento represor. “Respecto del sueño, basta que sea el cumplimiento de deseo del pensamiento reprimido; es que está alejado de la realidad objetiva. En cambio el síntoma, en medio de la vida, tiene que ser además otra cosa: el cumplimiento de deseo del pensamiento represor” (Freud, 2001, I:320) Un síntoma se genera donde el pensamiento represor y el reprimido pueden conjugarse en

un cumplimiento de deseo, un cumplimiento de deseo para el mismo pensamiento por que como ya se dijo el cumplimiento de deseo en la realidad objetiva parece no darse, y no se dará, porque no es consciente, suponemos que existe por el contenido que se manifiesta, pero no sabemos más de ello puesto que es inconsciente.

Ya en 1899 Agrega que no sólo el sueño es cumplimiento de deseo sino también el síntoma “No sólo el sueño es un cumplimiento de deseo; también lo es el ataque histérico. El síntoma histérico lo es, y probablemente lo sea todo resultado neurótico (.....) Realidad objetiva – cumplimiento de deseo: de estos dos opuestos brota nuestra vida psíquica.” (Ibídem:320) Freud comienza a sostener con más certeza lo que ha observado del síntoma en sus pacientes, considerando ahora al síntoma como cumplimiento de deseo, pero cumplimiento de deseo del pensamiento represor, porque en la realidad objetiva no existe cumplimiento de deseo. Lo que muestra que existe un deseo insatisfecho es el síntoma, su contenido, la idea, la fantasía, sin embargo, hay un goce, una satisfacción del pensamiento represor, cuando el inconsciente intenta dar cuenta de algo, aparece el pensamiento represor, haciendo de ese saber su presa y permitiéndose un goce. Ese placer que va más allá de un placer de órgano que si bien, en el goce de la madre en cuestión puede ir en relación a un goce de niña, que ahora de forma inconsciente tiene un goce que ni la persona misma sabe de él. Donde el goce está marcado por el agujero que no le deja otra salida más que la del goce fálico, el goce no en cuanto a órgano.

Por ello el síntoma no es del todo desagradable y generalmente parece ser que el síntoma tiene la función de mantener una estabilidad psíquica en el individuo, puesto que en algunos casos el síntoma es el sostén del sujeto, sostén de un saber que sólo el sujeto tiene.

Al hablar de estabilidad psíquica hablaremos en función de que existe una ley del principio de placer, y que se refiere a la homeostasis, si hablamos de que el síntoma depende de manera íntima con el vivenciar del sujeto, pudo haber existido en éste, una situación vivida con un enorme exceso de intensidad de estímulo, la cual hizo imposible su procesamiento, alterando la homeostasis de gasto económico. Debido a

esta exposición de estímulo, su tramitación por la vía habitual fracasa, resultando trastornos en la economía psíquica, llamado trauma, este trauma vivido por el sujeto en su infancia y por qué no pensarlo, cuando fue lactante, ese saber no consciente, es el que intenta dar cuenta de algo, claro está, quedando a merced del pensamiento represor que al conjugarse con el pensamiento reprimido, se genera el síntoma, naciendo en la persona una necesidad de escucha.

Partiendo de lo anterior, en el ejemplo de madres con trastorno de Munchausen por poder tal como lo hemos expuesto en el primer capítulo de esta tesis, la madre del segundo caso, donde se cuenta con respuestas del test frases incompletas, llama la atención, que la madre refiere como *Mi error más grande fue: Haber tenido relaciones sexuales fuera del matrimonio* si partimos de ello, este pudo haber sido un acontecimiento lleno de un incremento de energía la cual, no pudo ser procesada por la vía habitual y que ahora deviene por otra vía, llamada síntoma, sin embargo, no podemos quedarnos solo ahí, ya que puede venir de más atrás, durante la infancia, reactivando imagos paternas o algún otro acontecimiento.

Si de las relaciones sexuales surgen los embarazo, porqué no pensar que la madre tiene asociado las relaciones sexuales fuera del matrimonio, con el hecho de que sus hijas sean parte de su vida. Hay que recordar que la menor del segundo caso, Lulú, fue la segunda hija, sin embargo la primera hija, también había estado enferma durante algún tiempo, y la madre en una entrevista refirió que los problemas comenzaron cuando Lulú nació.

De alguna manera ese “no tener relaciones sexuales fuera del matrimonio”, es una regla que anteriormente se tenía en los hogares, o al menos de una manera más arraigada, es como una ley establecida en la familia de origen, reafirmada por el padre generalmente, ya que, el que una hija de familia tuviera relaciones sexuales antes del matrimonio, era deshonra para la familia y como el padre es la representación por así llamarlo de respeto y ley en el hogar.

Entendemos por él (por el tabú), según corresponde al sentido general de la palabra, toda prohibición cristalizada en los usos y costumbres, o en leyes

formuladas de manera expresa, de tocar un objeto, usufructuarlo, o emplear ciertas palabras prohibidas....; así, no existiría pueblo alguno, ni estadio cultural, que no estuviera afligido por el tabú. (Freud, 2003, XIII:31).

El hecho de tener establecido no poder tener relaciones sexuales antes del matrimonio de alguna manera es sentido como tabú, y el romper con esta regla moralmente establecida, se corre el riesgo de tener a un superyó latigando al yo por tal hecho, la predisposición a un autocastigo es considerable, intentando callar la angustia del superyó, en el caso de la madre en cuestión, cometiendo actos que van dirigidos hacia las personas que más quiere (partiendo que las madres aman a sus hijos), colocándose la madre, como una madre abnegada a ese “castigo” merecido. “Se puede hablar de conciencia moral del tabú y, tras su violación, de una conciencia de culpa {Schuldbewusstsein} del tabú” (Ibidem:73) La culpa va acompañada de un castigo, pues es ese castigo lo que calma la angustia, el inconsciente intenta dar cuenta de algo, un deseo, un trauma, un saber y la única vía que encuentra es la angustia, el sueño, el lapsus, la madre de nuestro segundo caso cometió una violación a ese tabú, “No se debe tener relaciones sexuales fuera del matrimonio”, al tener las relaciones fuera del matrimonio, sin el permiso moral del padre (el estar casada), queda presa de una culpa que hay que calmar, no solamente se juega lo que la madre registro en su psique a partir de la relacion sexual fuera del matrimonio, sino imagos paternas infantiles,(La madre considera el error más grande porque, puede existir un deseo incestuoso inconsciente, al tener relaciones con otro hombre, hay un engaño hacia el padre) que también habrían hecho su aportación a una tramitación por otra vía. Por lo tanto en el segundo caso expuesto en el primer capítulo, podríamos estarnos acercando a una posibilidad de dónde viene el síntoma, de una posible culpa. Consideramos importante anexar que el esposo de la madre en cuestión, trabajaba con su suegro, es decir, con el padre de la mamá de Lulú, que finalmente de alguna manera el proveedor económico, era el padre de la madre, es decir, el abuelo de Lulú. Existiendo así un lazo incestuoso e inconciente de marido y mujer.

Al continuar por esta línea podríamos estar suponiendo: la madre considera que debería existir un castigo para sí, sin embargo es ella quien se lo inflinge, no de una manera vista a los ojos de todos, sino de una forma enmascarada, un castigo que le es

dado por la vida, por el destino, por Dios ó algún otro, ese Otro puede ser el médico, quien es piedra angular del trastorno, el médico sin saber funge como perpetrador del menor, en el momento que realiza los estudios o hasta las operaciones innecesarias, el médico será el testigo ante la sociedad que la madre sufre por la salud de su hija, pero también le servirá a la madre como persona que castiga, ya que es quien directamente ausculta al menor, pide estudios, y lo opera. Ante la sociedad el médico tiene una postura del que sabe y por lo tanto, se le tiene que hacer caso en lo que diga, entonces funciona muy bien como portador de una verdad que ella quiere aparentar, el decir, que su hija está enferma, él sin saberlo será testigo de cómo la madre sufre por una enfermedad de la menor, (para atestiguar que hay un castigo hacia la madre), al médico le cree varia gente, lo que diga el médico será escuchado por muchos, *la menor está enferma dirá el médico*. En esta postura, de tomar al médico como perpetrador, testigo, y portador de una verdad de enfermedad, ayuda para corroborar que para la madre no le es importante el sexo del médico, es decir, solo buscan a la persona de bata blanca con el saber de la medicina.

3.2 FORMACIÓN DEL SINTOMA

El síntoma no es “algo” que llegue y se situé o acomode en el sujeto, hace su formación de acuerdo a lo vivenciado por el sujeto. Las líneas siguientes nos ayudaran a situar de dónde proviene el síntoma. ¿Cómo puede darse o cómo ocurre la formación de un síntoma?

En la formación de un síntoma tienen que haber ocurrido algo que ahora podemos reconstruir por las experiencias que hacemos en su solución. Ya desde la observación de Breuer lo sabemos: la existencia del síntoma tienen por premisa que algún proceso anímico no fue llevado hasta el final normalmente, vale decir, de manera que pudiera devenir consciente. El síntoma es un sustituto de lo que se interceptó. Y bien; conocemos el lugar donde es preciso situar la así conjeturada acción. Debe de haberse producido una violenta renuncia a que el proceso anímico cuestionado penetrase hasta la conciencia; por eso permaneció inconsciente. Y en cuanto inconsciente tuvo el poder de formar un síntoma. Esa misma renuncia se opone durante la cura analítica al esfuerzo por volver lo inconsciente a lo consciente. Esto es lo que sentimos como resistencia.

El proceso patógeno que la resistencia nos revela ha de recibir el nombre de represión. (Freud, 2004, XVI:268)

El síntoma es una sustitución de aquello que es del orden de lo reprimido. Por tanto, la represión es anterior al síntoma. Y como resultado del retorno de lo reprimido, el síntoma también será una formación que tiende a dar salida a contenidos inconscientes, como si fuera un intento de curación, pero que lleva en sí el fracaso de ese intento. Al provenir de lo reprimido, se considera parte del sujeto, parte de sus deseos, lo cual no quiere decir que sea una formación agradable, aunque se indica que es de menor intensidad que aquello de lo que proviene, de lo reprimido.

El síntoma repite de algún modo aquella modalidad de satisfacción de su temprana infancia, desfigurada de la censura que nace del conflicto, por regla general volcada a una sensación de sufrimiento y mezclada con elementos que provienen de la ocasión que llevó a contraer la enfermedad. (Ibidem: 333).

Tal vez de manera inconsciente el síntoma repita la modalidad de satisfacción, o reprima lo inaceptable, sin embargo de manera consciente aqueja la vida del sujeto, impide su desarrollo en alguno de los ámbitos que se desenvuelve por el empobrecimiento en cuanto a energía anímica disponible.

Como ya lo hemos expresado, podemos considerar, también, al síntoma como un sustituto de lo reprimido, la emergencia del fracaso de la satisfacción del deseo y la insistencia de la repetición. De la repetición de sucesos de la infancia que fueron investidos por mociones pulsionales y que ahora retornan en un intento por encontrar un objeto a través del cual alcancen la satisfacción. Ante estas condiciones, no es sencillo que un paciente deje un síntoma, pues la repetición de suceso de historia estarán presentes en cada manifestación sintomática, digamos una repetición de vivencias y estadios anteriores. “La modalidad de satisfacción que el síntoma aporta tiene en sí mucho de extraño. Prescindamos de que es irreconocible para la persona, que siente la presunta satisfacción más bien como un sufrimiento y como tal se queja de ella.” (Ibidem: 333).

El síntoma está desde que se presentó la existencia de un conflicto psíquico, ocasionado por la oposición que hay, de parte del yo, a las mociones pulsionales, así

como aquellas mociones de deseos inconscientes que no obstante la represión, siguen en la búsqueda de la satisfacción. En las madres con trastorno con munchausen por poder, ¿podremos considerar esta conducta como un síntoma? Es decir, ¿Existe satisfacción al enfermar al hijo? Partiendo de que es extraño e irreconocible, tiene que existir una ganancia psicológica para la madre al estar cerca de personal médico. Si consideramos las dos vertientes de un síntoma, una de satisfacción y otra de aquejar al sujeto, la situación de satisfacción en el sentido de llamar la atención con un cuerpo que no es el de la madre, ejerciendo un poder en algo que considera le pertenece, el menor, ó un cuerpo que posiblemente la remite a imagos paternas anteriores. Podríamos decir que la satisfacción sería, el llamar la atención de un Otro (médico), y que a su vez ese Otro dará cuenta de un castigo que le aqueja a la madre, situándola como madre abnegada y dedicada a su hija. (Recordemos que la madre vende la imagen de madre abnegada). Esto nos alejaría de una satisfacción al enfermar al menor, ya que al parecer no va en dirección de satisfacción de enfermar, si fuera así, la madre enfermaría a cualquier persona, no es por esa vertiente. Sin embargo consideramos que el enfermar al ó a los hijos si se puede considerar síntoma, porque da cuenta de algo que no fue tramitado por la vía adecuada y puede estar en continua repetición, como se expreso en el primer capítulo, hay madres que por sus conductas han llevado a la muerte a sus hijos, por un abuso de las medicinas o alteración de resultados en estudios realizados al menor.

En el contenido del párrafo, cabría la pregunta ¿Por qué un otro, en relación a la medicina y no en otra profesión?, en este sentido podemos tomar en cuenta la palabra paternalismo en la medicina.

El enfermo (in - **firmus**, sin firmeza física y moral), colocado en condición de incapacitado, debía ser tratado como un niño pequeño y el médico, en su función de ordenador, desempeñar el papel de padre. Esto explica el paternalismo que caracterizó a la medicina occidental hasta época reciente. (Librería digital, 1991)

En la actualidad algunos médicos siguen actuando de manera paternalista, ello se ve más en función de los pediatras, que son quienes revisan a los menores, y

deciden que tratamiento llevar, a su vez los o el padre, (el perpetrador) quitan autonomía al paciente, claro está, que en un menor quien decide son los padres, la autonomía del menor sería la madre, hablando específicamente en los casos de síndrome del síndrome de munchausen por poder, donde la autonomía del menor queda a los deseos inconscientes de la madre. En un resumen encontrado en la web para nuestra investigación, basado en el capítulo de “Paternalismo médico” del libro *Ética médica las responsabilidades morales de los médicos* de Beauchamp y McCullough. Encontramos lo siguiente:

La palabra paternalismo se ha utilizado tradicionalmente para referirse a la práctica de tratar a las personas como un padre trata a sus hijos. En su aplicación a los médicos, esta analogía alude a dos rasgos del papel paterno: 1) la beneficencia del padre (es decir, su actuación en defensa de los mejores intereses de sus hijos), y 2) la legítima autoridad del padre (es decir, su posición en una actitud autoritaria que le permite tomar ciertas decisiones en nombre de sus hijos, anulando los deseos o decisiones de éstos). (umanoidemanme, 2010)

En esta cita también se puede ver como el paternalismo tiene una ambivalencia, por un lado el padre bueno donde busca lo mejor para el hijo, intenta responder a deseos de los hijos, siempre y cuando no alteren un orden o reglas establecidas (tabú) y por el otro, el padre como autoridad, como ley, el cual ayudará al hijo a instaurarse en un orden simbólico, así mismo, anulando también deseos del hijo, deseos que pueden poner en riesgo una cadena de significantes. Si bien la cita es para explicar el paternalismo en la medicina, vemos, que también encaja en roles y funciones paternas realizadas por la madre o el padre, según sea el caso, en la cita refiere anulando los deseos, sólo agregaríamos que también existen deseos inconscientes que los padres también anulan.

Regresando a nuestro recorrido de la formación del síntoma encontramos que, cuando el síntoma aparece, parece calmar el conflicto repitiendo la búsqueda de lo que no se dio, al menos eso parece de primera instancia, hasta que en un momento el síntoma adquiere autonomía gobernando la vida del sujeto, en esos momentos puede surgir la necesidad del sujeto para realizar la demanda, refiriendo el síntoma como un sufrimiento o algo que le aqueja. En los casos de munchausen por poder, la madre

demanda una atención médica, y se refiere como madre sufrida o abnegada, refiriendo una queda de enfermedad del hijo.

El síntoma es sustentado también por el yo en virtud de que, por una de sus vertientes, ofrece satisfacción a la tendencia yoica represora. Además, la tramitación del conflicto mediante la formación del síntoma es el expediente más cómodo y agradable para el principio de placer; sin duda alguna, ahorra al yo un gran trabajo interior sentido como penoso. (Freud, 2004, XVI: 347).

En este sentido se puede apreciar que, el síntoma deviene como un protector para el sujeto, protegiéndolo de la irrupción de vivencias traumáticas, al impedir su acceso a la consciencia. De esta manera, podemos considerar que la formación de síntoma conlleva un elemento cómodo que emerge desde el principio del placer por el sentido penoso que ahorra al yo, siendo el síntoma el camino que encontró para la libido frustrada. El síntoma puede ahorrar al yo, un gran trabajo interior sentido como penoso, pero cabe mencionar que no siempre es así, siendo la formación del síntoma tan extensa trae un empobrecimiento de energía psíquica a la persona y como consecuencia parálisis en las tareas importantes de su vida. Una persona se enferma de neurosis cuando su yo, ya no tiene la capacidad de colocar de algún modo su libido, o se le quita la posibilidad de satisfacer a ésta, es decir, por la frustración.

3.3 SÍNTOMA Y REPRESIÓN

En párrafos anteriores se expuso que la represión aparece antes que el síntoma, situación que fue descubierta por Freud, con sus pacientes con los que ya no realizó la hipnosis ya que observó que ésta solía tener resultados caprichosos. Dentro de las observaciones que Freud realizó en el discurso de sus pacientes, pacientes que le confiaban su historia, su queja o síntoma, concluyó que había un saber, un saber que sólo el paciente tenía, pero que sin embargo era un saber inconciente. Continuemos dando el recorrido por la teoría psicoanalítica exponiendo el papel que juega la represión en el desarrollo o aparición del síntoma.

Para hablar de la represión se tiene que dar desde el fenómeno clínico de la resistencia, la represión es un concepto construido por Freud, donde de acuerdo a sus experiencias expone que la represión surge ante una moción pulsional en su intento de satisfacción, moción que propiciaría más displacer que placer, en el yo y la consciencia. Digamos que, el motivo de displacer cobre un poder mayor que el motivo de la satisfacción.

Con la instalación de la represión, la representación reprimida permanece inconsciente y enlazada a contenidos libidinales, sin menoscabo de su insistencia y compulsión para retornar, pues no obstante la represión, no pierde la fuerza impulsora, digamos que las representaciones reprimidas son dependientes del monto de tensión libidinosa.

Las representaciones reprimidas (.....) Parece que son estallidos de la libido actual insatisfecha los que aplican su fuerza de displacer para despertar un reproche reprimido. Acontecido este despertar, y generando un síntoma por la injerencia de lo reprimido sobre el yo, la masa de representaciones reprimidas sigue trabajando de manera autónoma. (Freud, 2001, I: 265).

El síntoma puede aparecer cuando la represión de un acontecimiento o vivencia muestra signos de vida en el acontecer diario del sujeto, en sus vivencias.

Como podemos apreciar, la represión aparece cuando una moción pulsional que se ha enlazado a un suceso o vivencia del sujeto, propicia que la vivencia se destaque con una mayor intensidad, enmarcada ésta en el displacer. En el displacer que causa el sentido de esa vivencia.

Al constituirse el síntoma, éste resulta más conciliable que la realidad o el acontecimiento reprimido. Instalado el síntoma, el sujeto reordena su vida a partir de él, su vivenciar diario se entrama con él, hasta que en un momento pueda cuestionarse sobre ello. En ese momento, es factible que el síntoma ya no tenga cabida en su vida, es cuando el sujeto intentará realizar una demanda para que sea escuchada.

Si tomamos el enfermar al hijo como síntoma de la madre, ya que realiza una demanda al médico, su síntoma se entrama de tal forma que, reordena su vida a partir

de su modus operandi, (la enfermedad de la menor) es decir, en el segundo ejemplo dado en el primer capítulo, las actividades de la madre giran en torno a la enfermedad de la menor, solo ella cuidaba a la menor, ella daba de comer a la menor, refiriendo la madre que fuera feliz si Lulú no estuviera enferma, los maestros de la hermana mayor sabían de la enfermedad de Lulú, por lo tanto, el síntoma esta entramado en la vida del sujeto, es lo que le permite a la madre acomodarse como una madre dedicada al hogar, pero la enfermedad de Lulú la entristece (referido por la madre en uno de los test aplicados).

En este punto de la investigación consideramos importante tomar en cuenta el reporte que se hizo de la madre, la batería de test aplicados como fue; test gestáltico visomotor Bender, Escala de matrices progresivas, Inventario de autoestima de Coopersmith, Test de frases incompletas para adultos, Test proyectivo de Karen Machover, Test Rosenzweig, y MMPI-2.

Integración de estudio psicológico:

Nivel intelectual al término medio, autoestima alta, negación de cualquier conflicto familiar y personal. Figura paterna y materna idealizada, deseos de dar la apariencia de un vínculo afectivo del cual carece, percepción de la figura paterna agresiva. Insatisfacción y rechazo ante la relación familiar y de pareja, así como de insatisfacción de vida sexual. Idealización de la amistad laboral de un núcleo social de convivencia. Sentimiento de improductividad. Temor ante la enfermedad de su hija. Negación ante eventos vividos que generan culpa. Metas relacionadas con mejorar el nivel económico, deseos de tener una actividad laboral fuera de casa, no siendo posible esto por el cuidado de su hija, adjudicándole la infelicidad a la enfermedad de ella hija.

Tendencia a manipular a los demás, a ser convencional y moralista. Necesidad de ser querida e insegura.

Rasgos obsesivos compulsivos, agresividad reprimida control precario de la agresividad que puede irrumpir en arranques impulsivos, poca capacidad de juicio, sentimientos de culpa por prácticas masturbatorias, evasión y conflicto en el contacto social, deficiencia de la integración de la personalidad.

Sentimiento de dominio por parte de la figura masculina, por lo que minimiza a la misma de tal forma que fortalece la figura femenina, tendencia a dominar.¹⁶

¹⁶ Copia textual de resultados de los test aplicados a la madre, proporcionados por personal del IMAN.

En este reporte podemos encontrar información valiosa para la investigación, como es; la negación ante eventos vividos que generan culpa, si bien, a la interpretación de los test, nos quedamos con una simple “negación de eventos vividos que generan culpa”, no tendría importancia, sin embargo sabemos que en los test proyectivos como la figura humana o frases incompletas por mencionar algunos, también escapan situaciones del inconsciente, claro está en este reporte pareciera que se refiere a algo que la persona niega de manera consciente, situación que no necesariamente es así, la finalidad de los test proyectivos es sacar a la luz rasgos o situaciones inconscientes, no con ello quiere decir que ese inconsciente estará al entendimiento de cualquier persona, ó del sujeto mismo, pues se trata de procesos que han estado en formación desde su nacimiento y que al mismo tiempo, intentan establecer un equilibrio psíquico para éste, en este caso estaríamos hablando del proceso inconsciente de la represión.

Se reprime el recuerdo, su significancia, lo que para el sujeto representa o significa, no necesariamente se reprime el acontecimiento que fue visto, escuchado o hasta sentido, en algunos pacientes el acontecimiento está presente, aunque tenga algunos olvidos de éste, o con alguna modificación alucinatoria, es decir, imaginar que paso algo más, de lo que en realidad fue el acontecimiento vivido. Lo que más importa en estos casos es lo que significa para el sujeto la vivencia. Si una de las vivencias de nuestra madre en cuestión, es tomada como su error más grande, se toma en cuenta lo que para ella significó, pues es algo que está presente y entramado en su vivenciar cotidiano. No nos podemos quedar como que este acontecimiento fue el causante de procesos inconscientes, antes la madre ya había pasado por otras vivencias, sólo que ahora el retorno de lo reprimido intenta dar cuenta de una verdad, una verdad que persistirá en otro lenguaje y se expresa en otra parte.

En otros casos es muy posible que el acontecimiento vivenciado si esté reprimido. “Sólo consiguen <reprimir> el recuerdo de una vivencia sexual penosa de la edad madura aquellas personas en quienes esa vivencia es capaz de poner en vigor la huella mnémica de un trauma infantil” (Freud, 2002, III:167). En los casos atendidos por

Freud, encontró una constante: el recuerdo reprimido tenía que ver con la sexualidad del paciente, un acontecimiento vivido en una edad temprana y de contenido sexual. No necesariamente va en relación a un acoso sexual para el sujeto, en ocasiones puede ser en relación a la mirada, un ejemplo puede ser el ver a los padres teniendo la relación sexual, un deseo incestuoso hacia el padre, “En todos los casos por mi analizados era la vida sexual la que había proporcionado un efecto penoso de la misma índole, exactamente, que el efecto endosado a la representación obsesiva.” (Ibidem: 53). Más adelante en el “Nuevas puntualizaciones sobre las neuropsicosis de defensa (1896)” señala: “Tal predisposición de la histérica predeterminada puede remplazarse enteramente o en parte por el efecto póstumo (.....) del trauma infantil sexual”. (Ibidem: 167). El síntoma no necesariamente se presenta seguido del trauma infantil, puede pasar un tiempo indeterminado y aparecer, aparece cuando el suceso reprimido, intenta aparecer de forma consciente. Puede darse en cualquier momento en que un suceso se enlace a lo reprimido, ya que a partir del enlace guarda una relación con lo inconsciente. No importa si es en ejercicio de su sexualidad, al ser madre o padre. Sino, como ya lo hemos señalado, en el momento que un suceso se enlace con lo reprimido. El que en los casos estudiados por Freud se haya encontrado como una constante entre el síntoma y un asunto en relación a lo sexual, no quiere decir que no existan casos cuyo síntoma provenga de un contenido aparente no sexual, pero habremos de señalar que para Freud la sexualidad no está acotada a las prácticas sexuales, no está circunscrita a lo sexológico, sino a lo sexual de la pulsión que orienta hacia el deseo, aunque éste implique causarse un mal.

Tomado en cuentas las citas que hemos referido, podemos considerar el caso de las madres con síndrome de Munchausen por poder, que el síntoma está relacionado con algo sexual, en el primer capítulo se refirió que algunas madres fueron abusadas sexualmente, y en el caso de la madre de Lulú encontramos elementos no de abuso o acoso sexual, sino de una pulsión sexual insatisfecha y que puede estar ligado a su representante de manera inusual, aunque no todas las madres que pasaron por situaciones similares presentan un trastorno como este. Ante lo cual nos

preguntamos: ¿Qué es lo que enlaza a la madre a tales conductas?, hasta ahorita, sólo aparece como acontecimiento reprimido de una moción pulsional.

En el trabajo clínico, se esperaría que los pacientes hubieran estado ante un suceso real, ante una experiencia acontecida. Sin embargo, al respecto Freud dice: “Hemos averiguado que ningún síntoma histérico puede surgir de una vivencia real sola, sino que todas las veces el recuerdo de vivencias anteriores, despertado por vía asociativa, coopera en la causación del síntoma” (Ibidem: 196). Como ya se mencionó el síntoma no necesariamente aparece después del trauma o suceso, o que puede ir en relación con lo sexual, también puede aparecer por asociación, el síntoma puede ser de determinismo múltiple, tomando en cuenta que el sujeto se desarrolla en diferentes ámbitos de la vida, trabajo, familia, escuela, sociedad, etc. “Las cadenas asociativas para los diversos síntomas empiezan a entrar luego en recíprocos vínculos; los árboles genealógicos se entretajan.” (Ibidem: 198) Es importante tomar en cuenta la vida de las personas que rodean al sujeto, puesto que pueden estar relacionadas en la cadena de asociaciones para que el síntoma se haya presentado, o, el sujeto puede referir un síntoma que no es de él, sino de una persona que convive con él, con esto expuesto no se quiere decir que se revise cada vida de cada persona que rodea al sujeto, pero tener una referencia y estar pendiente de cualquier lapsus, chiste, u otro que indique que el síntoma no es del sujeto que está haciendo la demanda.

En nuestro caso de la madre de Lulú no se encontró elemento alguno que nos indique que el síntoma que presenta sea de alguna otra persona que está a su alrededor, en este caso no se refirió si la madre sufrió de múltiples enfermedades, es decir, aparentemente no fue abusada en su salud.

En otros casos el sujeto puede referir un síntoma igual o parecido al de un familiar, en los signos y síntomas que presenta la bibliografía del síndrome munchausen por poder, en algunos casos, las madres que ahora abusan de sus hijos, fueron víctimas del mismo maltrato, el árbol genealógico se entretaje, no sólo en este ejemplo, un sujeto puede referir, que la mala suerte que tiene la trae por su madre, o padre y entrelazarlo con su vida.

¿En qué momento se presenta el síntoma? No se sabe, puede presentarse el trauma infantil, una escena o un suceso, y no aparecer ningún síntoma, sino hasta que se genere una cadena de asociaciones o se le dé un sentido que en el momento del trauma no se le dio o no se tenía. “Ninguna de las escenas posteriores en que se generan los síntomas es la eficiente, y las vivencias genuinamente eficientes no producen efecto alguno.” (Freud, 2002. III:211) En las madres con síndrome de munchausen por poder, no se ha encontrado alguna sintomatología o acto que pueda dar indicios del trastorno antes de ser descubierta, es decir, no hay algo preventivo como: si la madre presenta indiferencia a los hijos, ¡Cuidado! puede ser síndrome de munchausen por poder, no, no es así, ello porque, el acontecimiento vivido, no produjo alteración alguna, es hasta que acontecimientos presentes y lo retorno de lo reprimido intentan conjugarse dando cuenta de algo, de manera inconsciente.

Esto nos ayudaría a entender por qué las edades del menor varia, algunas madres con el síndrome abusan de menores recién nacidos y otras cuando el niño tiene 8 meses, dos años o más, es porque hasta ese momento, probablemente el retorno de lo reprimido no había dado indicios que estaba en el inconsciente. Estos ejemplos suelen ser comunes, tomando en cuenta que la resistencia no permite, o no deja ver de dónde proviene el síntoma. No hay edad. También hay hijos o hijas que cuidando a sus padres los enferman hasta llevarlos a la muerte.

En ocasiones durante el tratamiento, el discurso del paciente nos lleva a escenas, situaciones o traumas que al parecer no tienen ningún sentido con el síntoma, esto puede ocurrir por que la asociación de que ya se había hablado nos conduce a otro lugar o momento.

La escena a la cual nos lleva el análisis, y en que el síntoma apareció por primera vez, no resulta idónea para determinar el síntoma, pues su contenido carece de todo nexo con la índole de este; o bien la vivencia supuestamente traumática, aun poseyendo un nexo de contenido, resulta ser una impresión de lo ordinario inofensiva, que no suele poseer eficacia; o, por último, la <escena traumática> nos desconcierta en ambos sentidos: aparece inofensiva y también carente de nexo con la especificidad del síntoma histérico. (Ibidem: 194).

En el año de 1925 Freud continua dando cuenta de la formación del síntoma, y al respecto señala en una de sus publicaciones lo que hasta ese momento sabe del síntoma.

El síntoma es indicio y sustituto de una satisfacción pulsional interceptada, es un resultado del proceso represivo. La represión parte del yo, quien, eventualmente por encargo del superyó, no quiere acatar una investidura pulsional incitada en el ello. Mediante la represión, el yo consigue coartar el devenir de la representación que era la portadora de la moción desagradable. (Freud, 2001, XX: 87)

Como ya se mencionó, el síntoma es inconsciente como resultado del proceso represivo, vale decir que la represión es un concepto tópico dinámico de la estructura psíquica, es por ello que la persona no se da cuenta de lo que sucede dentro de sí, es decir, en su estructura psíquica, al existir un sustituto de la satisfacción pulsional que es el síntoma, es porque se está incitando por medio de la represión a un mecanismo de defensa que sería placentera y a la vez inconciliable con otras exigencias y designios.

No obstante el énfasis que hemos hecho en la relación síntoma, aún quedan detalles por abordar, uno de ellos es el referente al origen de la represión. Al respecto Freud dice:

La represión no es un mecanismo de defensa presente desde el origen; no puede engendrarse antes de que haya establecido una separación nítida entre actividad consciente y actividad inconsciente del alma, y su esencia consiste en rechazar algo de la conciencia y mantenerlo alejado de ella. (Freud, 2002, XIV:142)

Por lo expuesto parece ser que lo inconsciente surge como resultado de la represión primaria, ó como se expone es quien establece la separación de lo consciente e inconsciente, ya que lo que se reprime es el representante de la pulsión y la represión hace que la representación sea inconsciente.

La represión no puede existir mientras no existan las diferentes instancias tópicas como son conscientes, inconscientes y preconcientes. La represión pone en claro que se necesita de un proceso inconsciente para que exista el sujeto y que hay una instancia que funciona sin la conciencia, el inconsciente. Es por eso que la esencia de la represión consiste en rechazar algo de la conciencia y mantenerlo fuera de ella.

Hecho que nos lleva a pensar, que la represión es una operación que pone en aprietos al yo, sin estar al margen de la relación que haya entre el ello y el Superyó. Es decir, que el ello sustenta ciertos deseos a los cuales el superyó se revuelve y se defiende contra ellos. En un conflicto de las instancias psíquicas, la represión como mecanismo de defensa, intentará una huida contra algo inaceptable, esto sería fácil si se tratase de algo externo, sin embargo el yo no puede escapar del proceso represivo, ni de sí mismo y realiza lo que puede o lo que está a su alcance. “A consecuencia de la represión, el decurso excitatorio intentado en el ello no se produce; el yo consigue inhibirlo o desviarlo” (Freud, 2001. XX:87). En efecto, el proceso que por obra de la represión ha devenido síntoma afirma ahora su existencia fuera de la organización yoica y con independencia de ella. Si bien, el yo llega a encontrarse en medio del ello y superyó, no quiere decir que lo pueda manipular siempre, es decir, el yo gobierna el acceso a la conciencia y el paso a la acción del mundo exterior y en la represión afirma su poder en ambas direcciones.

Por los datos rescatados en la madre de Lulú, podemos interpretar que existe un deseo del ello, inaceptable para su conciencia, que como ya se explico no viene a partir de un evento aislado y reciente, sino de una historia de mociones pulsionales insatisfechas, entramadas en su vivenciar cotidiano, sumergida en un lenguaje ubicándola en un orden simbólico. Podríamos pensar o interpretar que existen mociones pulsiones a partir del complejo de Edipo de la madre, que es cuando la sexualidad del sujeto comienza a tener un sentido a partir de un otro, en una de las respuestas del test frases incompletas refiere: Quiero a mi madre, pero, R= También a mi padre, esto pareciera como si le estuvieran dando a escoger entre uno y otro y su consciente no le permite tal elección, aunque de manera inconsciente prefiera tal vez al padre. En la historia de la madre, refirió ser la mayor de 8 hermanos haciéndose responsable de ellos, si hablamos de rol materno, quien se hace responsable de los hijos es la madre, ella en algún momento realizó el rol de madre, situación que de manera inconsciente puede tener un costo anímico al sentirse que es la señora de la casa, de manera inconsciente eso jugaría el papel de incesto, en otra respuesta refiere, Cuando sea más grande: R= Quiero ser la mejor madre del mundo, que eso nos lleva a

dos vertientes, ella no reconoce a su madre como, buena madre ó, ella no se considera buena madre, en estos momentos nos quedamos con la primera, donde posiblemente no considere a su madre como buena madre, y que en sus vivencia inconciente a jugado ese papel de su madre, agregado a ello, que de alguna manera el padre de la madre de Lulú es el proveedor económico ya que es quien da trabajo al esposo. Considerando también la tendencia moralista que se refirió en el reporte psicológico nos lleva a pensar que su superyó, tiene latigando al yo por deseos inconscientes, que comienzan a dar indicios de existencia.

3.4 EL INCONSCIENTE Y EL SÍNTOMA

No podemos hablar de síntoma y dejar de lado el inconciente ya que como se ha expresado en líneas anteriores están íntimamente relacionados, existen procesos psíquicos que pueden ocurrir sin excitar a la consciencia, hablando en específico del inconciente, es decir, sabemos de él, por que escapa a la consciencia, no porque la consciencia de cuenta de él. Es por ello que ni la persona sabe del sentido de su síntoma, dicho en otras palabras, la madre no sabe hasta dónde puede llegar con actos al enfermar a sus hijos, tal vez ni siquiera pase por su cabeza la pregunta de ¿Por qué lastimo a mi hijo? Ya que en ningún caso encontrado se refiere que la madre solicite ayuda a un psicólogo, psiquiatra u otro, haciéndose preguntas del por qué de sus conductas.

El sentido de los síntomas es por regla general inconciente; pero no sólo eso: existe también una relación de subrogación entre esta condición de inconciente y la posibilidad de existencia de los síntomas (.....) Toda vez que tropezamos con un síntoma tenemos derecho a inferir que existe en el enfermo determinados procesos inconscientes, que, justamente, contienen el sentido del síntoma. Pero, para que el síntoma se produzca, es preciso también que ese sentido sea inconciente. (Freud, 2004, XVI: 255)

Al ser el síntoma inconciente, en un momento se puede correr el riesgo de considerarlo rasgo del sujeto, por llamarlo así, donde el síntoma esta inervado en el sujeto, formando parte de éste y al mismo tiempo como si el síntoma fuera autónomo.

El síntoma parece autónomo porque tiene su sentido, un sentido no explícito para cualquier persona, ya que en ocasiones no le encontramos su razón de ser, como es en el caso de las madres que enferman a sus hijos, y este síntoma tiene su sentido inconsciente o eso parece. Y que son estas conductas (enfermar a los hijos) las que ayudan a diagnosticar el síndrome de munchausen, donde la madre asegura que su hijo (a) se pondrá mal, si no lo dejan el tiempo que la madre considera hospitalizado. Donde el síntoma y su sentido inconsciente sale a la luz dejándola desprovista de argumento si es cuestionada, pidiendo alta voluntaria del infante.

Los procesos psíquicos son de importancia para colocarse o situarse como sujeto consciente de su propio cuerpo y persona, pero en un sujeto no sólo opera un consciente, Freud durante el desarrollo de sus obras y la observación de sus pacientes expuso que también existen otras instancias psíquicas las cuales intervienen en el vivenciar del sujeto, el inconsciente, en el cual sitúa al ello y posteriormente el instaurar del superyó, ese empuje llamado pulsión, el deseo y que estos operan sin que el sujeto de cuenta de ellos en una forma consciente, Freud se da cuenta de su existencia y su modo de operar. El reconocer la existencia y el modo de operar del inconsciente, es decir, sus manifestaciones, le permitieron entender ciertos procesos conscientes del sujeto. La importancia de observar y analizar las manifestaciones inconscientes es porque hay algo que aqueja al sujeto.

Lo inconsciente es necesario y es legítimo, (...) Es necesario, porque los datos de la conciencia son en alto grado lagunosos; en sanos y enfermos aparecen a menudo actos psíquicos cuya explicación presupone otros actos de los que, empero, la conciencia no es testigo. (Freud, 2002, XIV: 163)

Uno de esos actos puede ser el síntoma, la conciencia no sabe dar cuenta de ello, no se entera de todo lo que sucede en los actos anímicos, el inconsciente es necesario ya que la conciencia al parecer no quiere o no puede tener registrado todo acontecimiento, más aún si es vivido como penoso. Cabe señalar que si los datos son lagunosos es por la ayuda de la represión. Es aquí donde la madre no da un porqué de su conducta, donde puede reconocer sus conductas pero no saber de dónde proviene tal motivación, pues puede ser que algunas conductas escapen a su conciencia.

Freud refiere que en el inconsciente no está registrada la realidad sino la representación. “De procesos conscientes no se forman síntomas; tan pronto como los que son inconscientes devienen conscientes, el síntoma tiene que desaparecer.” (Freud, 2004. XVI: 256). Como se dijo anteriormente, el síntoma puede llevar a un hecho, un acontecimiento o un trauma infantil, y al llegar a éstos, no suceder ningún cambio, es decir, el síntoma no desaparece, tienen que haber algo más, un entendimiento, un amarre por así decirlo, y entonces el síntoma desaparece, cabe mencionar que no es tarea fácil hacer que esa parte inconsciente devenga consciente, pues la formación del síntoma es un sustituto de algo diverso, que esta interceptado. Es por ello que desde otras disciplinas psicológicas sólo se ve una serie de signos como abuso sexual en la madre, tendencias compulsivas, alteración en la relación madre e hija, por poner unos ejemplos, pero esa información no desaparece la conducta de enfermar a los hijos, es hasta que de manera inconsciente algo se mueva o acomode de tal forma que el consciente dará cuenta de algo.

Las mociones que están dentro del vestíbulo del inconsciente quedan sustraídas a la mirada de la conciencia, que se encuentra en el otro espacio; por fuerza tienen que permanecer al principio inconsciente. Cuando ya se abrieron paso hasta el umbral y fueron refrenadas por el guardián, son inadmisibles en la conciencia: las llamamos reprimidas. (Ibidem, p.270)

El sistema consciente no puede dar cuenta de todo, pero parte del inconsciente donde se encuentra el síntoma intenta dar a conocer que ahí está, e insiste en abrirse paso, sin embargo aparece el guardián y mantiene esas mociones reprimidas, o intenta mantenerlas reprimidas, porque en algunos momentos ese inconsciente parece hacer un esfuerzo por salir o mostrarse, esfuerzo en el sentido que, aunque el consciente no sabe de lo que hay en el inconsciente y lo mantienen reprimido, el inconsciente parece intentar dar cuenta de sí, pero existe una represión y la condición previa para que se forme un síntoma es la represión.

3.5 PROPÓSITO DEL SÍNTOMA.

Si tomamos el enfermar al hijo como el síntoma de la madre, ¿Cuál es el propósito de la madre? ¿Matar al hijo (a) con un sufrimiento?, Por lo que se ha obtenido en la investigación hasta el momento, el propósito del enfermar al hijo no es la muerte, sin embargo no podemos tampoco en estos momentos afirmar tal observación, más adelante tendremos otros elementos que nos lleven a una respuesta a este cuestionamiento. El desarrollo y aparición del síntoma en el sujeto indica que existe algo inconsciente, es decir, el síntoma tiene un propósito, y depende de la resistencia, el síntoma dará o no a conocer ese propósito, no sin antes el síntoma haber aparentado ser autónomo en el sujeto y haber modificado hasta la forma de vivir del sujeto.

Pudimos ampliar nuestra aseveración y sostener que los síntomas llevan el propósito de obtener una satisfacción sexual o bien de defenderse de ella; así, en la histeria prevalece el carácter positivo, de cumplimiento de deseo, y en la neurosis obsesiva, el negativo ascético. (Freud, 2004. XVI: 275)

Retomando líneas anteriores, el síntoma sustituye algo que no se dio, y al mismo tiempo intenta defenderse de lo inconciliable para el yo, dejando al sujeto en un conflicto psíquico. Una parte de la persona sustenta ciertos deseos y otra se defiende contra ellos permitiendo una neurosis en el sujeto, sin este tipo de conflicto no hay neurosis, que si bien en las madres de síndrome de Munchausen por poder, no se refiere una neurosis de entrada, si existe un conflicto psíquico, del cual emanan dichas conductas de enfermar al hijo.

Una de las partes envueltas en el conflicto es la libido insatisfecha que quedo frustrada y por ello se desarrolla una neurosis, dejando al síntoma como sustituto de la frustración. Al estar la libido interceptada intenta otros caminos, escapar por uno de ellos, según se lo exija el principio de placer. El sustituto que crea el síntoma lo hace por medio de “Una regresión de la libido a épocas anteriores, a la que va indisolublemente ligado el retroceso a estadios anteriores del desarrollo en la elección de objeto o en la organización.” (Ibidem. p.333)

En este punto es importante exponer que la regresión es un concepto puramente descriptivo, como retroceso de la libido a estaciones anteriores de su desarrollo. Un ejemplo de regresión, es la neurosis obsesiva, la regresión de la libido al estadio previo de la organización sádica anal, cabe mencionar que uno de los criterios de diagnóstico en las madres con síndrome de munchausen por poder, son rasgos obsesivos o conductas obsesivas.

El síntoma es lo que lleva al sujeto a realizar una demanda para que haya una cura, la terapia debe consistir en disolver la resistencia y facilitar el camino de las representaciones, no se dice que sea fácil pues no sólo se está trabajando con la resistencia y la represión en el análisis, sino también entra en juego la transferencia, necesaria en el análisis para el trabajo clínico.

CAPÍTULO IV

4. EL CUERPO Y LA PULSIÓN

En este capítulo abordaremos la concepción de cuerpo y la pulsión, citaremos solo algunas posturas haciendo hincapié en el psicoanálisis, para intentar dar cuenta del uso del cuerpo del menor por la madre.

Con la finalidad de adentrarnos un poco más en referencia al cuerpo, daremos un recorrido por la teoría psicoanalítica para comprender la concepción de cuerpo. En el entendido de que no se hizo una teoría del cuerpo como tal, como la teorización del inconsciente, sin embargo en los escritos de Freud y de Lacan se puede encontrar plasmada una concepción de cuerpo a través de sus obras.

En este sentido, no podemos dar una definición de cuerpo como tal, ya que en el psicoanálisis encontraremos la palabra cuerpo entramada con otros conceptos como imagen, identificación, constitución del cuerpo, objeto, sujeto entre otros. Cabe mencionar que Lacan y Freud no parten del supuesto de que el ser humano, e incluso el sujeto, nace ya constituidos como tal, es decir, tomaron en cuenta al ó a los semejantes que se encuentran cerca del nuevo ser, pues sin ellos no se podría vivir físicamente y no habría una constitución como sujeto en un cuerpo habitado. Para poder ir desplegando la relación del nuevo ser con los Otros, partiremos del término de neotenia. En una entrevista realizada a Dufour¹⁷, en Querétaro en octubre del 2005, refirió que,

La neotenia se presenta como una teoría científica que dice que el hombre es un animal de nacimiento prematuro, que nace inacabado en su naturaleza, contrariamente a los otros animales –que nacen, si no completamente acabados, sí muchísimo más acabados que el hombre. (Aguado y Paulín, 2006)

¹⁷ Doctor en Filosofía, profesor de estética, educación y filosofía del lenguaje en la Universidad de Paris VIII, considerado como uno de los pensadores europeos más importantes.

En esta entrevista Dufour, refiere que el hombre a diferencia de otros animales es como si naciera en un estado prematuro, sin pelo que cubra totalmente del frío, ausencia de dentadura, el cráneo no está cerrado, por poner algunos ejemplos, el ser humano depende totalmente de Otro, para poder seguir viviendo, Lacan también lo refirió en un momento, “La noción objetiva del inacabamiento anatómico del sistema piramidal como de ciertas remanencias humorales del organismo materno, confirma el punto de vista que formulamos como el dato de una verdadera prematuración específica del nacimiento en el hombre” (Lacan, 1997:89). En esta interacción del ser humano prematuro con Otro le permitirá o no, posicionarse como sujeto deseado, sujeto deseante, entrar en un orden simbólico real e imaginario, así mismo el desarrollo de las instancias psíquicas que planteo Freud del Ello, Yo y Superyó, instaurándose y habitando como persona un cuerpo.

El abordaje del registro ternario de Lacan, en referencia al cuerpo, nos permite señalar que “Es observable pues, que con cada una de sus invenciones hubo un replanteamiento de su intelección sobre el cuerpo. El cuerpo está vinculado al Imaginario, por la imagen, al Real por el goce, y al Simbólico por el significante”. (Garrido, 2007) Cuando el menor entra en interacción con el Otro, el hecho de que exista un lenguaje, una comunicación entre ellos le permite al sujeto irse introduciendo en un registro simbólico. El primer cuerpo será el cuerpo simbólico, del que el sujeto se comienza a sostener para no perderse en un mundo hasta cierto punto agresivo para él. En el imaginario el punto de partida será la imagen del mismo cuerpo, pero que también en esta imagen entra el Otro que en ocasiones puede funcionar como espejo, regresando una imagen donde se pueda sentir sujeto deseado y en la que también entran en juego una serie de identificaciones. El lenguaje le permitirá nombrarse a sí mismo como posicionado en un cuerpo, pudiendo nombrar, este cuerpo es mío a través de una imagen. Y finalmente el real, lo impensable o lo que no podrá ser nombrado, o en el goce inconsciente del cuerpo.

Respecto al cuerpo como constitución física del sujeto, podemos encontrar definiciones donde se refieren sistemas de clasificación del cuerpo humano con nivel

anatómico, molecular, celular y nivel cuerpo integro, sin embargo en el psicoanálisis no es este cuerpo el que nos interesa, sino ese cuerpo donde se conjuga el cuerpo (motriz) y la psique descrita por Freud, donde está implicado un real, simbólico e imaginario que propone Lacan, siendo el cuerpo expresión física de un lenguaje, atravesado por la palabra, así mismo sumergido en un inconsciente atemporal. Si el cuerpo se reduce a la biología el inconsciente no entra, si los trastornos se reducen a lo biológico lo psíquico no tiene cavidad.

En este intento de responder la pregunta de ¿Por qué la madre utiliza el cuerpo del hijo y no su propio cuerpo para enfermarlo? Iremos desplegando cómo se constituye el cuerpo a través de un semejante y lo que puede significar para ese semejante el cuerpo del menor.

Un cuerpo es algo más que el soporte físico del sujeto, pues un cuerpo y su erotización trasciende la temporalidad y se adentra en los confines de la atemporalidad del inconsciente. Un cuerpo erotizado, es un cuerpo pensado, visto, capturado en la economía libidinal de un sujeto cualquiera y es solidario con la duración y con el instante en el que se inscribió como tal. (Crespo, 2003)

Esta cita nos lleva a recordar que es la madre quien erotiza el cuerpo del hijo con los cuidados que le da, quedando erotizado en una atemporalidad, propia del sistema inconsciente.

En el caso de las madres con síndrome de munchausen por poder no podemos demostrar que el cuerpo del menor este erotizado ya que se refiere que cuando nadie las ve, (en especial médico y enfermera) son ausentes a las necesidades del menor. Además, es importante considerar que el cuerpo del menor es pensado por la madre, pensado para su propio deseo. Ya que, por los actos que realiza en el cuerpo del menor, podemos inferir que algo lleva a la madre a actuar de una manera específica y no de otra con su hijo, digamos que el hijo, su cuerpo, es tomado por la madre para realizar un deseo.

Es hijo es visto, pero no con los ojos con los que, generalmente una madre ve a su hijo, pues la mirada puede captar el dolor físico y hasta el sufrimiento, sin embargo la madre con síndrome de munchausen por poder, pareciera no registrar ese posible

dolor de su hijo. Resaltamos la mirada porque implica a dos. Un ejemplo de ello es cuando al amamantar al recién nacido, el menor busca la mirada del Otro, sumergiéndose los dos en una misma mirada, permitiéndose así ser objeto de deseo del Otro. Por lo tanto podemos considerar que el menor no es introyectado como generalmente la madre introyecta al hijo, formando parte de su propia vida, erotizando el cuerpo del menor, visto bajo la mirada de cuidados en amor *incondicional*¹⁸, atendiendo las necesidades del menor (físicas, psicológicas y emocionales), permitiéndole instaurarse en una cadena de significantes.

Al nacer, se puede decir que sólo se es un cuerpo con movimientos reflejos, miradas, sonidos, posturas que componen a un sujeto, un sujeto que puede ser objetivado y erotizado, y para ello se requiere de Otro, quien a través del lenguaje, miradas y conductas puede erotizar y objetivar el cuerpo del menor.

El cuerpo forma el lecho del Otro quiere decir que es el cuerpo, lo que se aprehende del cuerpo propio lo que da la estructura del Otro, lo que da la verdad de lo que el Otro es para nosotros, y a su vez lo que el Otro nos determina en lo que somos. El Otro no existe, pero funciona, dirá Lacan. Y funciona de tal manera, que durante toda la vida identificamos nuestro deseo con el deseo de ese Otro. Esa es la alineación fundamental de Otro de amor, del goce y del deseo. (Ibídem, 2003)

Por lo tanto podemos pensar que al cuerpo del menor, quien le ha dado o le puede dar esa estructura de cuerpo es la madre, la madre es quien determina lo que es. Cómo se formará, o cómo será la concepción del cuerpo para el menor. El deseo del hijo está permeado del deseo de la madre. Recurriendo a la última cita podemos considerar ¿Por qué el menor no delata a la madre cuando ya tiene un lenguaje?, es decir, ¿Por qué no dice que su madre lo enferma? Tomando en cuenta que hablaríamos de niños de edad escolar y que es difícil de engañar, la respuesta más certera es, que se encuentra sumergido en el deseo de la madre, deseo que se perfila a un deseo de dar muerte por parte de la madre y que podemos pensar que este deseo viene de generaciones atrás, recordemos que algunas madres con síndrome de

¹⁸ El amor de la voluntad depende del propio sujeto que lo ejerce; no depende de la persona amada (.....) El amor de la voluntad es incondicional. Se otorga simplemente porque se quiere otorgar, no en atención a una condición previa o algún comportamiento meritorio del ser amado. (Saenz, 1997: 154)

munchausen por poder fueron también víctimas de ello, quienes no tienen historias de enfermedades como es el caso de los ejemplos mencionados en el capítulo uno, no podemos descartar conductas que lleven riesgos contra la vida, sólo que no se tiene una historia a fondo de estos casos, ni en la bibliografía investigada se encontraron historias que pudieran ser sujetas a un análisis para descartar situaciones inconscientes donde se manifestara el deseo de muerte. Llama la atención como esa pulsión de muerte de la madre, ese deseo entramado, no es determinante en una sola conducta, es decir, no lo envenena y ya, sino es repetición, es mantener un cuerpo enfermo, un cuerpo martirizado y hasta un cuerpo agonizante. Podemos asegurar que es una pulsión por que “La pulsión como tal, y en tanto es entonces pulsión de destrucción, ¿qué puede ser? Debe ser algo que está más allá de esta tendencia al retorno a lo inanimado, si no es la, voluntad de destrucción directa.” (Lacan, 2011. Seminario 7:129)

4. 1 La pulsión

Tomaremos en cuenta que para poder hablar del cuerpo en la concepción de Freud, es importante comenzar con su planteamiento en torno a la pulsión, tomándola como concepto fronterizo entre lo anímico y lo somático.

En el año de 1915, a través de “Pulsiones y destinos”, Freud abordó el tema de la pulsión con una mayor amplitud y una exposición clara, para dar cuenta de su origen y la manera en que actúa en el psiquismo. Estableció la diferencia con los estímulos que provienen de exterior y del interior del cuerpo, situando la pulsión como un estímulo interno, pero que a diferencia de otros opera como una fuerza constante, mientras los otros con fuerza de choque:

Entonces, primero hallamos la esencia de la pulsión en sus caracteres principales, a saber, su proveniencia de fuentes de estímulos situadas en el interior del organismo y su agencia como fuerza constante, y de ahí derivamos

uno de sus posteriores caracteres, que es su incoercibilidad por acciones de huida.
(Freud, 2002, XIV: 115)

Si bien la pulsión proviene del interior del cuerpo, no por eso la ubica desde lo tangible, más bien la traza como una fuerza constante, que la sitúa entre lo anímico y lo somático, y que como fuerza que es, sólo estará representada por el representante, único elemento capaz de llevarla a la conciencia. Al estar representada por su representante inconsciente, implica que no por eso tiene acceso directo a la conciencia, pero también, por su empuje constante y el origen que tiene al provenir del interior del cuerpo, la imposibilidad de abandonarlo, procurando la satisfacción por medio del propio cuerpo o bien tomando a otro como objeto pulsional. Al concebirse en el interior del cuerpo, de nada sirve la huida ante ella y la posibilidad de tramitarla será en el entendido de acceder a la satisfacción cancelando su fuente, ya sea a través de un objeto o una meta.

La meta de la pulsión será la satisfacción, entendiendo ésta como cancelación del estímulo que le causa al sujeto una inestabilidad al equilibrio psíquico, un displacer. Tomando en cuenta estas líneas, y a la pulsión como algo constante nos podemos preguntar ¿Qué fue lo que echo a andar la pulsión de la madre? O mejor aun dicho, ¿Hacia dónde va dirigida esta pulsión? Tal vez la respuesta a ello nos de una perspectiva más para considerar el proceso analítico como alternativa terapéutica.

En la pregunta de ¿Hacia dónde va dirigida la pulsión? Podemos dilucidar que

El objeto {Objekt} de la pulsión es aquello en o por lo cual puede alcanzar su meta, es lo más variable en la pulsión; no está enlazado originalmente con ella, sino que se le coordina sólo a consecuencia de su aptitud para posibilitar la satisfacción. (Freud, 2002, XIV: 118)

El objeto siempre va a ser lo perdido, la presencia de una ausencia, lo que le dice al sujeto que falta algo, sin embargo no sabe qué es. El sujeto sólo sabe que tiene una ausencia y la pulsión se sujeta del objeto considerando que va a satisfacer esa falta, pero se topa con que no es así. Y aunque la sustitución de objeto la acerque a alguna forma de satisfacción, ésta no se llevará a cabo, a no ser que se muestre una cancelación de la fuente del estímulo. Se sabe de la pulsión no por que sea consciente,

sino por que la representación que es su representante se hace presente en situaciones cotidianas del sujeto, una puede ser la repetición. Si consideramos la conducta de enfermar al hijo como una repetición, ya que lo enferma, lo enferma y así sucesivamente, hasta que sea descubierta, el menor muera o cese la conducta de la madre, pensando que esta última posibilidad pueda existir, recordemos que no se le hace daño a la salud del menor una sola vez, sino en varias ocasiones, situación que distingue a la madre entre un intento de asesinato si sólo lo hiciera una sola vez y con la intención premeditada de matarlo o una madre con trastorno de munchausen por poder que enferma al hijo reiteradamente. ¿Qué es lo que intenta la madre con la repetición de estas conductas?

Es claro que, las más de la veces, lo que la compulsión de repetición hace revivenciar no puede menos que provocar displacer al yo, puesto que saca a la luz operaciones de mociones pulsionales reprimidas. Empero, ya hemos considerado esta clase de displacer: no contradice al principio de placer, es displacer para un sistema y, al mismo tiempo, satisfactorio para el otro. Pero el hecho nuevo y asombroso que ahora debemos describir es que la compulsión de repetición devuelve también vivencias pasadas que no contiene posibilidad alguna de placer, que tampoco en aquel momento pudieron ser satisfacciones, nisiquiera de las mociones pulsionales reprimidas desde entonces. (Freud, 2004. XVIII: 20)

La pulsión como el deseo no se satisfacen, sabemos que no son satisfechos porque el inconsciente da cuenta de ello por medio de sueños, los actos, las conductas, los lapsus y los chistes. No es una pulsión o un deseo que este en una realidad que todo sujeto conoce, sino en un orden de lo real, simbólico e imaginario.

Considerando la satisfacción e insatisfacción, así como la compulsión que deviene en pensamientos y actos. Podemos preguntarnos respecto al munchausen por poder, en qué vertiente hay placer para la madre al enfermar a su hijo o pasarlo por enfermo y en cuál hay displacer, hay displacer en el momento que no alcanza su meta, insiste e insiste y al mismo tiempo hay placer al sentirse tan cerca de su satisfacción, es decir, podemos hablar de que el hecho de que el médico la escuche o atienda su demanda, implica algún tipo de satisfacción para la madre, porque tiene un testigo, un aliado, el perpetrador sin saber que funge como tal (el médico), y finalmente topandose

con la insatisfacción y he ahí la compulsión a la repetición. Sin embargo no nos podemos quedar sólo con esta porción de satisfacción por llamarle así, donde el médico pone atención a su hijo y ya, podemos encontrar algo más: el testigo médico, debe tener algo en particular, pues no se buscan cualquier testigo.

Es importante considerar que entre las posibilidades pulsionales que Freud señala, se encuentran las pulsiones sexuales, las cuales, respecto a su meta, hay una clara tendencia hacia el placer de órgano. Resaltando con esto una tendencia pulsional que lleva al psiquismo hacia metas y objetos del orden de lo sexual. Sin embargo, en “Más allá del principio del placer” (1920) Freud hace otro distingo donde refiere pulsión de vida y pulsión de muerte, las primeras también pulsiones sexuales que pretenden conducir a la renovación a la vida y las segundas conducir la vida a la muerte.

Considerando la manera en que pueden estar implicadas, estas pulsiones de vida y muerte en el síndrome de munchausen por poder, diremos que.

La pulsión de vida sólo actúa por la mediación del objeto. Sostiene la vida, la existencia, porque el sujeto no puede existir de otro modo que como deseo (...)
De esta manera el objeto resulta indispensable para la supervivencia del sujeto, es el punto de fijación del deseo. (Galindo, 2011:18)

Desde esta perspectiva, observamos cuál pulsión prevalece en la madre con síndrome de munchausen por poder, si en este caso tomamos a la madre como objeto del hijo, es quien sostiene la vida del menor, su existencia, y a esto nos referimos tanto a lo físico como a lo psíquico, donde el menor además de entrar en la madre como un cuerpo físico al que hay que cuidar como cualquier otra madre lo haría, tenga un lugar en el deseo de la madre el cual le permita sujetarse, entrar a una cadena de significantes y permita la madre la función de imagen, esa función de información, “De manera general se puede decir que la imagen es una forma que in-forma al sujeto” (Garrido, 2007:) En el sentido de dar forma de “algo”, es decir, forma de cuerpo, y con esto queremos decir un cuerpo que pueda librarse de dolor físico, liberarse del uso de su cuerpo por Otro. Si el objeto es quien sostiene la vida, por ende se entiende que sería también el objeto quien no sostenga esa existencia, esa vida, mientras el objeto sostenga al sujeto en existencia quiere decir que lo tiene fijado a un deseo, en este

caso, la pulsión de la madre no esta dirigida a una pulsión de vida, sino a una pulsión de muerte, así el sujeto existe, pero existe a un modo de deseo, un deseo que apunta al deseo de dar muerte, por lo tanto podemos ir dilucidando que el deseo de la madre se apuntala a un deseo de dar muerte.

Siguiendo con el recorrido en lo expuesto referente a las pulsiones, encontramos consideraciones que nos pueden ayudar a encontrar respuestas a nuestros cuestionamientos en el síndrome de munchausen por poder,

El principio de placer parece estar directamente al servicio de las pulsiones de muerte; es verdad que también monta guardia con relación a los estímulos de afuera, apreciados como peligrosos por dos clases de pulsiones, pero muy en particular con relación a los incrementos de estímulo procedentes de adentro, que apuntan a dificultar la tarea de vivir. (Freud, 2004, XVIII: 61)

Como lo señalamos en líneas anteriores las pulsiones llámese de vida o muerte, autoconservación o sexuales no pueden ser separadas, se mantienen en íntima relación, es decir, el principio de placer es un modo de trabajo de las pulsiones sexuales, que son pulsiones de vida, así mismo esta al servicio de las pulsiones de muerte. Las pulsiones de vida, pretenden conducir a la renovación de vida y las de muerte a la no vida, parecería que estuvieran en total oposición y sin relación alguna. Sin embargo se observa que estan íntimamente relacionadas, es como si una pulsión no funcionara sin la otra. Lo cual nos permite fijar nuestra atención en la relación que se establecen entre lo que estamos indicando del mundo pulsional y el síndrome de munchausen por poder, en el entendido de formularnos una pregunta sobre el placer de la madre, considerando de suma importancia la presencia del médico tratante así como el ambiente hospitalario, y la demanda que proviene de la madre, apuntando en una dificultad de vivir, como si dijera “Déjate enfermar” o “enférmate”, propiciando la dificultad de vivir, no para la madre sino, para su hijo. ¿Por qué consideramos que aparentemente no es una dificultad de vivir de la madre?, porque ella no lo refiere como dificultad, se coloca como madre abnegada ante la enfermedad del hijo y que a diferencia con las madres que no atentan contra la salud de su hijo, la enfermedad del hijo sí es una dificultad de vivir, dificultad física, dificultad económica, dificultad emocional, y dificultad para estar psicológicamente estable. Aun que si nos adentramos

un poco más, a quien esta llevando a la muerte es al hijo, la dificultad de vivir en cuanto a funciones vitales, es el hijo. Mantiene al hijo en una dificultad de vivir, lo cual nos hace pensar que las conductas de la madre estan apuntaladas a un placer, un placer entramado al servicio de las pulsiones de muerte de la madre.

Sin embargo, nos encontramos nuevamente con una advertencia: “Tánatos, la pulsión de muerte. Pulsión que no se manifiesta en un estado puro, sino siempre a través de una mezcla con la pulsión de vida” (Galindo, 2011:16) Las pulsiones de vida o muerte no las encontraremos sin estar relacionada la una con la otra, esta cita nos puede ayudar a entender el por que la madre, tiene un hijo, para poder dar muerte, tiene que existir vida. En el capítulo II, se refirió de un caso encontrado en la revista chilena de pediatría encontrada en sitio web¹⁹, expondremos los datos significativos del caso para una mejor visión. Se trata de una menor de 28 días de nacida y que ingresa a urgencias del hospital, presentando un cuadro respiratorio obstructivo y sangramiento de la boca y fosas nasales. Los médicos que la vieron decidieron internarla por la gravedad del cuadro y por los antecedentes que la madre refirió, la quinta hija y la única viva. De los otros hijos refirió que fallecieron de “muerte subita” Se le realizaron diversos exámenes a la menor descartando 14 posibles enfermedades, al ser monitoreada la menor en el hospital observaron que respondía satisfactoriamente presentando cuadros de apnea sólo cuando estaba con la madre, a lo cual no se observo mayor preocupación por parte de la madre. Los médicos pidieron el apoyo de la fundación de prevención de violencia intrafamiliar quien investigo las muertes de los otros hermanos encontrando lo siguiente:

El primer hijo con historial de hospitalizaciones, alta en buenas condiciones y a los 13 días de alta fallece en casa a los 5 meses de edad, el certificado de defunción extraviado.

El segundo hijo de pretermino hospitalizado a los dos meses, posteriormente según el historial de hospitalizaciones, fue dado de alta en buenas condiciones, pero a

¹⁹ http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41061999000300007&lng=es.

los 13 días de alta muere en casa a los 8 meses de vida, el certificado de defunción decía: Neumonía aguda bilateral.

El tercer hijo prematuro, a los 20 días de nacido con control por cardiología por antecedentes de hermanos muertos por muerte súbita, no requiere control de especialidad, a los 3 meses fallece, certificado de la autopsia: Encefalopatía hipoxica. Asfixia.

El cuarto hijo de pretermino, monitoreado por antecedentes de hermanos fallecidos, hospitalizaciones por cianosis detectada por la madre, la madre es vista por psiquiatria y considerada en condiciones de cuidar a su hijo, el menor dado de alta en buenas condiciones, a los 14 días fallece, teniendo en ese momento cuatro meses de vida. El informe médico de la autopsia señala que la muerte fue propiciada por: "asfixia.

Es importante referir que no solo asfixia presentaban lo infantes, pero fue una similitud en las muertes.

El padre de la menor en cuestión, era la cuarta pareja de la madre.

En este ejemplo, podemos destacar la compulsión a la repetición que se presenta, por una parte la madre aparece como la persona quién da la vida y asimismo es quien da muerte, da muerte a un cuerpo que ella tomo para sí. Y que surge la duda, ¿Por qué la madre no utiliza su propio cuerpo? También tiene un cuerpo, si bien es un cuerpo que todo sujeto ve en una realidad, y que es soporte físico del sujeto (madre), es también un cuerpo erotizado por otro, registrando una sensación, sensación que quedará en la atemporalidad, queriendo posteriormente volver a vivir dicha sensación, topandose siempre con la insatisfacción. Los objetos de los que se quiere valer son intercambiables pero la búsqueda es la misma una y otra vez, con este objeto intercambiable que lo único que viene a decirle al sujeto es que existe una ausencia, presencia de ausencia y que esa ausencia no ha sido satisfecha. La pulsión se puede satisfacer de forma parcial, pero en ningún momento quedara satisfecha del todo. La madre utiliza el cuerpo del menor por que hacia allá apuntala su pulsión.

En este ejemplo pareciera que cada hijo ya tenía el “destino” predeterminado por la madre, ninguno revaso el año de vida, durante los meses de vida de cada uno, fue un ir y venir del hospital.

El devenir de un sujeto tiene su origen antes de que el niño nazca; para los padres, antes del parto, el niño es ya una hipótesis, una promesa y un proyecto. El hijo no nacido aún, soporta ya el ideal de sus padres, inventando—creando, un hijo de acuerdo con ese ideal, anudándolo al deseo. Posibilitando también, una filiación y un destino (...) un porvenir. (Franco et al, 2007)

No se puede hablar de pulsión sin deseo, la pulsión está del lado del deseo ya que es una fuerza constante, claro está ella también busca su propio objeto que le permitirá según ella cree llegar a su meta. Volviendo a nuestro ejemplo, la madre en cada hijo ya tenía para sí, lo que el hijo representaba para ella, el posible objeto para alcanzar una satisfacción, satisfacción de entrada incompleta, alucinada, cuya meta solo es cancelar el estímulo. Considerando la última cita, podríamos decir que el devenir del menor sería, el de-venir del hospital quedando a la suerte de un destino promovido por las pulsiones y deseos de la madre y que en ese final este el por-venir tal vez la muerte.

Freud expuso en las necesidades fisiológicas como el hambre para diferenciar lo orgánico de la pulsión quiere decir que se encuentran desde que se nace, que esa fuerza pulsional está ahí y sólo fue cuestión de entrar en contacto con el mundo exterior, es decir, el nacimiento, para echarse a andar, y que va más allá de lo orgánico. En líneas anteriores se observó que aunque las pulsiones se encuentren mezcladas, en la madre con síndrome de munchausen por poder prevalece la pulsión de muerte, por conductas que realiza para con la salud de su hijo y de una forma repetitiva, a continuación pondremos un ejemplo de una reclamación que hizo una madre, diagnosticada con síndrome de munchausen por poder, extraída del libro Trastornos facticios en pediatría, tomamos un fragmento de dicha carta.

“TE MALDIGO POR SER QUIEN ERES Y POR QUE TE TENGO EN MI PENSAMIENTO DIA Y NOCHE Y NO PUEDO OLVIDARTE Y ERES PAR MI UNA OBSESION DE VIDA Y MUERTE; Y, POR ELLO, SIGO PENSANDO EN TI, EN MI AUSENCIA, EN LA CALLE O EN LA CASA; Y, POR TODO ELLO TE DIGO Y TE MALDIGO QUE ERES LA VIDA Y LA MUERTE Y NO TE QUIERO

PARA BIEN NI PARA MAL; SOLO PARA DECIRTE QUE TE QUIERE AUNQUE ESTÉS LEJOS DE MI. UN FUERTE ABRAZO CON CARIÑO” (López y Jiménez, 2005:97)

La carta fue dirigida aparentemente para el personal médico pero parece que estas líneas fueran directamente para su hija, que era quien según la madre requería ser hospitalizada, se puede ver como refiere de un pensamiento de día y de noche y una obsesión de vida y muerte, y otra línea que llama la atención es: “ que aunque estes lejos de mí”, Para la madre, ¿qué sería lejos de mi? ¿la muerte?.

CONCLUSIONES

El haber realizado la investigación desde esta perspectiva con conceptos psicoanalíticos nos permitió considerar otro entendimiento a los cuestionamientos de, ¿Dónde parte el síntoma? y no quedarnos sólo con una repetición de conductas, si la madre fue abusada en su salud es muy probable que abuse de la salud de su hijo ó como un trastorno psiquiátrico. El desarrollo de la investigación nos permitió considerar la conducta de la madre como el síntoma que tenemos, pues es lo que muestra que existe algo en el inconsciente de la madre y que la aqueja, sólo que en este caso la madre, es como quien dice, introducida al tratamiento psicológico y psiquiátrico ya que por sí misma no pedirá ayuda. La investigación nos permite referir que el síntoma se entrama en el vivenciar y cotidianidad de la madre formando parte de su vida, intentando mantener un equilibrio psíquico topándose con el fracaso, y es por este vivenciar del, y con el síntoma, que la madre no se cuestione el por qué de enfermar a su hijo, de una forma repetitiva o agredirlo de esa forma inusual.

¿De dónde parte el síndrome? Hacemos la consideración de tomar las siguientes vertientes, que puede partir de una no ligazón con la madre, una identificación con el deseo de no ser madre, infiltrado por la madre (abuela) y que no es mostrado por que pasa por el inconsciente, hay una falla en la relación madre e hija de tal forma que no existe un deseo de ser madre de forma inconsciente ó considerando que existe el deseo de ser madre de forma consciente e inconsciente posicionándose como madre fálica, sintiéndose en completud con su hijo al que agrede en su salud, no permitiendo la entrada del padre, pues como se vio a lo largo de la investigación existe una falla en la función patera que en la manera de actuar en la vida real, le es más cómodo al padre dirigirse a otros lado como el trabajo para mantener a la familia o sustentar los gastos de la enfermedad que ejercer una función de ley en la familia, castrando a la madre, quitando al hijo del recargamiento hacia el falo. Sin esta

castración a la madre, el hijo puede quedar en la posición del falo permitiendo que pueda existir un abuso en su salud, porque esa es la colocación que la madre le da. Por lo tanto esto nos puede dar un viraje al trastorno, no sólo puede existir falla en la ligazón con la madre del perpetrador, sino que, la posición que tenga en ese momento el padre del menor, también es punto de quiebre para que se dé el trastorno, es decir, también hay una falla en la función paterna del menor.

Al cuestionamiento que planteamos de ¿Cual es la motivación inconsciente que mantiene la conducta? Podemos concluir por el recorrido expuesto, que la pulsión como fuerza constante es parte de la insistencia de la madre en la repetición de su conducta (enfermar al hijo) en la búsqueda de lo perdido, de lo que no se dio. Haciendo “uso” del cuerpo de su hijo, y que esto nos refuerza el considerar la posición fálica de la madre, por que a diferencia del trastorno munchausen (adulto) no se hace uso de otro cuerpo, sino de sí mismo. Exponiendo la madre un poder sobre el hijo.

En los planteamientos respecto al deseo de muerte, el abordaje de la pulsión ayudo a concluir que la pulsión de la madre apuntala a la pulsión de muerte, haciendo existente al hijo, existiendo el menor a modo de deseo, un deseo de dar muerte.

A pesar de que la madre pueda dar muerte a un hijo por el abuso a su salud, consideramos no generará culpa en ella, por las conductas hacia el menor, el papel del médico es atestiguar un castigo para la madre, pero un castigo, no por abusar de la salud del menor, sino por alguna otra vivencia que pueda despertar imagos generando un movimiento en la economía psíquica.

Por tales planteamientos consideramos que la propuesta de que las sesiones psicológicas no se limiten a psicoterapia de conductas o cambiar actitudes, sino de

sesiones con orientación psicoanalítica, donde en el manifiesto del discurso de la madre podamos encontrar hilos discursivos que puedan ser desentramados, ofreciendo este análisis a la madre colocarse en otra posición ayudando al hijo a entrar en un orden simbólico que le permita también posicionarse como sujeto que habita un cuerpo, no permitiendo le agredan en alguna forma.

BIBLIOGRAFIA:

- Aguado, A. M. y Paulín, J. J. (02 de julio del 2006) *Entrevista con Diny Robert-Dufour, La muerte de Dios postmoderna*. Recuperado el 18 de septiembre del 2011, de: <http://www.jornada.unam.mx/2006/07/02/sem-muerte.html>
- Bascuñana, S. (01 de junio de 2003). *Derecho.com*. Recuperado el 30 de 11 de 2010, de Derecho.com: http://www.derecho.com/articulos/2003/06/01/estatuto-de-la-v-ctima-en-el-proceso-penal/?art_show=201
- Craig, G. J. (1997). “Desarrollo físico y cognoscitivo en la niñez temprana” *Desarrollo Psicológico*. México: Prentice Hall.
- Crespo, P. D. (10 de diciembre de 2003). *e-Textos*. Recuperado el 05 de julio de 2011, de e-Textos: http://www.campolacanianovalencia.net/biblioteca/fascina_el_cuerpo.html
- De Beauvoir, Simone. (1998). “Historia” *El segundo sexo 1 los hechos y los mitos* (1ª ed.). México: Alianza editorial siglo veinte.
- Dolto, F. (2006). “El enfoque clínico”. *En el juego del deseo*. México: Siglo veintiuno editores.
- Dolto, F. (2006). “La génesis del sentimiento materno, enfoque psicoanalítico de la función simbólica femenina”. *En el juego del deseo*. México: Siglo veintiuno editores.
- DSM-IV. (1998). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. México: Masson.
- Espinoza, B. A., Figueiras, R. B., Mendilahaxón, L.J., Espinoza, R. A. (11 de septiembre de 2000). *Síndrome Munchausen un reto para el clínico*. Recuperado el 01 de 11 de 2010, de http://bvs.sld.cu/revistas/med/vol39_4_00/med05400.htm
- Figuerido P. J. (2001). *SALUD MENTAL ATENCION PRIMARIA*. Recuperado el 15 de 12 de 2010, de SALUD MENTAL ATENCION PRIMARIA: http://entline.free.fr/ebooks_sp/119%20-%20Enfermedades%20autoinflingidas%20y%20simulacion.pdf
- Franco, A. A., Oliveto, G. M., Gómez A. M. (01 de Octubre de 2007). *CARTA PSICOANÁLITICA Psicoanálisis en México y el mundo*. Recuperado el 14 de 09

de 2011, de CARTA PSICOANÁLITICA Psicoanálisis en México y el mundo:
<http://cartapsi.org/spip.php?article63>

- Freud, S. (2001). "Carta 105". *Obras completas tomo I*. Buenos Aires Argentina: Amorrortu editores.
- Freud, S. (2001). "Manuscrito N". *Obras completas tomo I*. Buenos Aires Argentina: Amorrortu editores.
- Freud, S. (2001). Carta 105. *Obras completas tomo I*. Buenos Aires Argentina: Amorrortu editores.
- Freud, S. (2001). "Manuscrito k". *Obras completas tomo I*. Buenos Aires Argentina: Amorrortu editores.
- Freud, S. (2002). "La etiología de la histeria (1896)" (1986). *Obras completas tomo III*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (2002). "Las neuropsicosis de defensa" (1986). *Obras completas tomo III*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (2002). "Nuevas puntualizaciones sobre las neuropsicosis de defensa" (1986). *Obras completas tomo III*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (2003). " Sobre psicoterapia" *Obras completas tomo VII*. Argentina: Amorrortu.
- Freud S. (2003). Analisis de la fobia de un niño de cinco años (1909). *Obras completas tomo X*. Buenos Aires: Amorrortu editores.
- Fried, S. (2003). "El tabu y la ambivalencia de las nociones de sentimiento", *Obras completas Tomo XIII*. Buenos Aires: Amorrortu editores.
- Freud, S. (2003). "El horror al incesto" *Obras completas tomo XIII*. Argentina: Amorrortu.
- Freud, S. (2003). "Tótem y tabú" *Obras completas tomo XIII*. Argentina: Amorrortu.
- Freud, S. (2002). "La represión (1915)" *Obras Completas tomo XIV*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (2002). "Lo inconciente (1915)" *Obras Completas tomo XIV*. Buenos Aires: Amorrortu.

- Freud, S. (2002). "Pulsiones y destinos de pulsión" *Obras Completas tomo XIV*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (2004). "17ª conferencia. El sentido de los síntomas" *Obras completas tomo XVI*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (2004). "18ª conferencia. La fijación al trauma, lo inconciente" *Obras completas tomo XVI*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (2004). "19ª conferencia. "Resistencia y represión" *Obras completas tomo XVI*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (2004). "23ª conferencia. "Los cambios de la formación del síntoma" *Obras completas tomo XVI*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (2004). "24ª Conferencia. "El estado neurótico común" *Obras completas tomo XVI*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (2004). "Más allá del principio del placer (1920)". *Obras completas tomo XVIII*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (2001). "Inhibición, síntoma y angustia (1926 [1925])" *Obras completas tomo XX*. Argentina: Amorrortu editores.
- Freud, S. (2001). "31ª Conferencia. La descomposición de la personalidad psicquica" *Obras completas Tomo XXII*. Buenos Aires Argentina: Amorrortu editores.
- Freud, S. (2001). "33ª Conferencia. La feminidad" *Obras completas tomo XXII*. Buenos Aires Argentina: Amorrortu editores.
- Galindo, P. C. (2011). Entre lo pulsional y el imperativo. *CIENCIA AUAQ* , Vol. 4 (1), 51.
- Garrido, E. P. (01 de Octubre de 2007). *CARTA PSICOANALÍTICA Psicoanálisis en México y en el mundo*. Recuperado el 02 de 09 de 2011, de CARTA PSICOANALÍTICA Psicoanálisis en México y en el mundo: <http://cartapsi.org/spip.php?article69>
- Kaneshiro, N. K. (14 de 03 de 2009). *Midlineplus*. Recuperado el 15 de 12 de 2010, de: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/001555.htm>
- Lacan, J. (1997). "El estadio del espejo como formador de la función del yo [je] tal como se nos revela en la experiencia psicoanalítica" *Escritos 1*. (19ª ed.) México: Siglo veintiuno editores.

- Lacan, J. (1998). "La pregunta histórica (II) ¿Qué es una mujer?" *Seminario 3 Las psicosis*. Argentina: paidós.
- Lacan, J. (2011). "Clase II el falo y la madre insaciable", *Seminario 4 La realción de objeto*. Mexico: psikolibro.
- Lacan, J. (2011). "Del complejo de edipo", *Seminario 4 la realción de objeto*. Mexico: psikolibro.
- Lacan, J. (2011). "Del complejo de castración", *Seminario 4 La relacion de objeto*. México: psikolibro.
- Lacan, J. (2011). "La metáfora paterna I", *Seminario 5 Las formaciones del inconsciente*. Mexico: psikolibro.
- Lacan, J. (2011). "La pulsión de muerte", *Seminario 7 La ética del psicoanálisis*. Mexico: psikolibro.
- Librería Digital. (1991). *encolombia.com*. Recuperado el 15 de 04 de 2011, de *encolombia.com*: <http://www.encolombia.com/etica-medica-capitulo-II.htm>
- López, R. M. y Jiménez, H. J. (2005). "Curso y pronóstico" *Trastornos facticios en pediatría. Síndrome de munchausen por poderes*. Salamanca, España: Ediciones universidad de Salamanca.
- López, R. M. y Jiménez, H. J. (2005). "Etiología" *Trastornos facticios en pediatría. Síndrome de munchausen por poderes*. Salamanca, España: Ediciones universidad de Salamanca.
- López, R. M. y Jiménez, H. J. (2005). "Diagnóstico del síndrome de Munchausen por pderes" *Trastornos facticios en pediatría. Síndrome de munchausen por poderes*. Salamanca, España: Ediciones universidad de Salamanca.
- López, R. M. y Jiménez, H. J. (2005). "Tratamiento" *Trastornos facticios en pediatría. Síndrome de munchausen por poderes*. Salamanca, España: Ediciones universidad de Salamanca.
- Loredo, A. A. (2004). "Generalidades" *Maltrato en niños y adolescentes*. México: Editores de textos mexicanos.

- Loredó, A. A. (2004). "Síndrome de Münchhausen por poder. Enfermedades inducidas, fabricadas (o ambas) en el niño por sus padres o sus cuidadores" *Maltrato en niños y adolescentes*. México: Editores de textos mexicanos.
- Maida, S. A., Molina, P. M., Carrasco, Ch. X. (01 de mayo de 1999). *scielochile*. Recuperado el 2011 de 11 de 13, de scielocielo: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0370-41061999000300007&script=sci_arttext
- MOSBY Diccionario. (6ª edición). Medicina, enfermería y ciencias de la salud, Vol. II., 2003.
- Oceano. (1999). *Enciclopedia autodidáctica interactiva vol.8*. España: Oceano grupo editorial.
- Rice, F.P(1997). "Desarrollo social" *Desarrollo humano estudio del ciclo vital*. (2ª ed.). México: Prentice Hall.
- Ruíz, M. (2001). "Variaciones en la técnica en niños con problemas de límites". *Lo que dicen los niños con sus actitudes*. México: Pax Mexico.
- Sarason, Irvin G., Sarason Barbara R. (1996). *Psicología anormal el problema de la conducta inapropiada* (7ª ed.). Mexico: Prentice Hall.
- Sell, S. F. (05 de 2002). *Revista el foro*. Recuperado el 11 de 01 de 2010, de Revista el foro: http://www.abogados.or.cr/revista_elforo/foro1/trastorno.htm
NOTA: En una última revisión el documento no se encontró en la misma página, sin embargo pudo ser rescatado en la dirección: http://www.apadeshi.org.ar/trastorno_ficticio_por_poderes.htm
- Saenz, R. G. (1997). *Introducción a la filosofía*.(5ª ed.). México: Esfinge.
- Shyamalan, M. N. (Dirección). (1999). *El sexto sentido* [Película].
- Reyes Gómez Ulises, E. a. (2002). *Grupo galo*. Recuperado el 24 de 07 de 2005, de <http://www.grupogalo.com/rmpp/51/90-95.htm>
- umanoidemanme. (20 de 06 de 2010). *theorein.wordpress.com*. Recuperado el 14 de 04 de 2011, de [theorein.wordpress.com: http://theorein.wordpress.com/2010/06/20/paternalismo-medico/](http://theorein.wordpress.com/2010/06/20/paternalismo-medico/)