

# SÍNDROME DE MÜNCHAUSEN POR PODER:

“Proyecto de capacitación a  
profesionales de la Salud  
Mental, en favor de su  
prevención.”

ALUMNA: SORIA GÜIDONE, Virginia.

LEGAJO: PSI 294.

Profesores: Reyna, Techí.

Lopez Molina,

Eduardo

(Córdoba, 2006)

---

**"LA HUMANIDAD DEBE AL NIÑO  
LO MEJOR QUE PUEDA DARLE."**

Declaración universal de los derechos del  
niño.



## ÍNDICE

<b>A) CAPITULO 1: INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>5</b>
1) MARCO CONTEXTUAL.....	6
2) ANTECEDENTES.....	8
3) FUNDAMENTACIÓN.....	11
4) OBJETIVOS.....	13
<b>B) CAPITULO 2: MARCO TEÓRICO.....</b>	<b>14</b>
1) MALTRATO INFANTIL	
1.1 Los comienzos de su definición como tal.....	15
1.2 Definición conceptual de Maltrato Infantil.....	17
1.3 Clasificación de los diferentes tipos de Maltrato Infantil.....	20
1.4 Aspectos psicológicos referentes al Maltrato Infantil.....	26
1.4.1 Perspectiva Psicoanalítica.....	28
1.4.2 Perspectiva Sistémica.....	32
2) SÍNDROME DE MÜNCHAUSEN	
2.1 Origen del Nombre y descripción.....	35
2.2 Recorriendo la historia del Síndrome.....	37
2.3 Concepto de Síndrome.....	37
2.4 Criterios diagnósticos DSM IV.....	38
2.5 Semejanzas y diferencias entre Simulación, Síndrome de Münchausen e Histeria.....	40
3) SINDROME DE MÜNCHAUSEN EN LA INFANCIA	

3.1 Formas clínicas del Síndrome de Münchausen en niños.....	42
3.2 Síndrome de Münchausen por Poder.....	44
3.2.1 Criterios diagnósticos DSM IV.....	44
3.2.2 Epidemiología.....	45
3.2.3 Frecuencias estimadas.....	46
3.2.4 Clínica.....	47
3.2.5 Perpetradores.....	48
3.2.5.1 Tipos de perpetradores.....	49
3.2.5.2 Características generales del perpetrador.....	50
3.2.5.3 Características del agresor.....	52
3.2.6 Características del padre de la víctima.....	53
3.2.7 Víctimas.....	54
3.2.8 Teorías acerca del Síndrome de Münchausen por Poder.....	56
3.2.9 Etiopatogenia.....	57
3.2.10 Diagnóstico.....	63
3.2.10.1 Signos de alarma.....	66
3.2.10.2 Indicadores físicos que pueden observarse.....	66
3.2.10.3 Formas clínicas de presentación y mecanismos de engaño.....	67
3.2.10.4 Métodos diagnósticos.....	68
3.2.10.5 Signos y exámenes.....	69
3.2.10.6 Posibles obstáculos a la hora de establecer un diagnóstico.....	70
3.2.10.7 Equipos multidisciplinarios.....	71
3.2.11 Tratamiento.....	72
3.2.12 Pronóstico.....	73
3.2.13 Complicaciones.....	74
3.2.14 Prevención.....	74
<b>C) CAPITULO 3: METODOLOGÍA DE TRABAJO.....</b>	<b>78</b>

1) INSTRUMENTO.....	79
2) MUESTRA.....	80
3) ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN Y DATOS RELEVANTES.....	80
4) DESCRIPCIÓN SITUACIONAL DE LA INSTITUCIÓN.....	82
5) PROPUESTA DE TRABAJO A DESARROLLAR.....	85
5.1 Jornada de capacitación.....	86
5.2 Cronograma de actividades.....	94
5.3 Presupuesto.....	94
6) EVALUACIÓN DEL PROYECTO.....	95
7) PROPUESTA DE INTERVENCIÓN.....	97
8) CONSIDERACIONES FINALES.....	99
9) BIBLIOGRAFÍA.....	100
<b>D) CAPITULO 4: ANEXOS.....</b>	<b>103</b>
1) MODELOS DE INSTRUMENTOS UTILIZADOS EN LA DESCRIPCIÓN SITUACIONAL DE LA INSTITUCIÓN.....	104
2) CASO CLÍNICO.....	108
3) ENTREVISTAS Y CUESTIONARIOS.....	114

# **CAPÍTULO N° 1**

## **INTRODUCCIÓN**

## 1) MARCO CONTEXTUAL:

El tema que se aborda en la realización de este trabajo consiste en la profundización del conocimiento de una patología denominada: Síndrome de Münchausen por Poder (SMPP).

El diseño adoptado para el desarrollo del mismo consiste en la utilización de un formato conocido como Proyecto de Aplicación Profesional (PAP) consistiendo este último, en la sistematización coherente de recursos, suponiendo la planificación como proceso.

Este trabajo se encuentra dirigido a los diferentes profesionales del Área de Salud Mental que se encuentran en contacto con los niños que ingresan en el sistema de salud; con el objetivo último, de ser implementado en el Hospital de Niños de la Ciudad de Córdoba para contribuir con la prevención.

Como todos sabemos el abuso y maltrato infantil son fenómenos comunes en estos días que corren. Podemos verlos en todas las clases y sectores sociales. Si bien son situaciones difíciles de detectar, más complicado aún se presenta el panorama cuando los padres del menor ejercen una agresión encubierta que no se manifiesta principalmente en lesiones físicas que se descubren a simple vista, como golpes, quemaduras, etc.; sino que el niño es llevado hacia el centro médico con síntomas inventados o inflingidos directamente por sus padres, quienes le inducen o provocan enfermedades, dando lugar a que las víctimas sean sometidas a diagnósticos o procedimientos terapéuticos de carácter invasivo en repetidas ocasiones, con hospitalizaciones frecuentes.

Este fenómeno es extremadamente peligroso para el niño maltratado, ya que debido a los reiterados abusos, y a las innumerables internaciones que sufre, su vida se encuentra cada vez mas amenazada.

La llegada de los años noventa trajo el inesperado reconocimiento de un oscuro acto criminal: El Síndrome de Münchausen Por Poder (SMPP), en el cual un individuo adulto, provoca o induce enfermedades en niños, con el objetivo de atraer la atención y la simpatía hacia ellos mismos. Estos adultos, madres (principalmente), luego gozan de esa atención suscitada de los doctores, enfermeras, etc. del hospital

en el cual se encuentran internados. Sin embargo éste es un cuadro que, por presentar una serie de características particulares, hace que su diagnóstico sea sumamente difícil, debido a lo incierto de su etiología, y lo confuso de su clínica, encontrándose frecuentemente mucha discrepancia entre las personas que intervienen en su intervención. (Sell Salazar, Fernando, 2000)

El Síndrome de Münchausen por Poder se muestra como un fenómeno psicológico frecuente en países de habla inglesa, pero del cuál poco se conoce en nuestro país. Sin embargo, esta forma de abuso se está detectando y reportando gradualmente en todo el mundo. Aunque no precisamente conocido, la incidencia y predominio de este síndrome es preocupante. La creciente lista de casos que se han ido reportando en los últimos tiempos, descubre la necesidad de la existencia de un equipo multidisciplinario que pueda afrontar el desafío de intervenir sobre los mismos, con el fin de lograr un diagnóstico temprano y una oportuna prevención.

Más de 700 casos se han documentado en los países de habla hispana, pero éstos sólo reflejan las manifestaciones más severas del Síndrome de Münchausen Por Poder.

En más del 95% de los casos, la madre es quien ocasiona las enfermedades del niño. (Dorantes, Clara Eugenia Lara, 2000).

El Síndrome de Münchausen es un cuadro poco frecuente, siendo comunicado el primer caso en niños por Meadow en 1977, al que denominó Síndrome de Münchausen por Poder, término más aceptado actualmente en la literatura pediátrica.

De lo expuesto anteriormente surgen las siguientes preguntas:

- ¿Hasta que punto son conscientes los profesionales de la salud de este síndrome entre sus pacientes?,
- ¿Puede la información y capacitación pertinente alertar a los Centros de salud y propiciar la detección e intervención temprana?

## 2) ANTECEDENTES:

Como se ha mencionado anteriormente, el Síndrome de Münchhausen es una patología poco difundida, por lo cual, se dificulta la tarea a la hora de localizar antecedentes o trabajos previos que sean pertinentes tanto a la temática planteada como así también a los objetivos propuestos en este proyecto de aplicación profesional.

Como principales antecedentes se pueden mencionar los siguientes trabajos publicados:

Oswaldo Agustín Marcón (2004) explica que esta enfermedad "es un cuadro raro cuya complejidad ha dificultado su comprensión, tanto que aún no se conocen sus causas con precisión".

Propone al Síndrome de Münchhausen como una de las formas de violencia intrafamiliar; afirmando que sus complejos repliegues interiores revelan cuán complicada es la trama vincular de la que emergen.

Los doctores Alfredo D. Espinosa Brito, Benigno Figueiras Ramos, Juan B. Mendilahaxón López y Alfredo A. Espinosa Roca (2000) afirman en su artículo "Síndrome de Münchhausen: Un reto para el Clínico" que en las últimas décadas, y por la creciente medicalización de la sociedad, se ha descrito la aparición de pacientes con enfermedades ficticias complejas, que durante años son atendidos en diversas instituciones, demandan gran cantidad de recursos e increpan a los profesionales de la salud por no resolver sus quejas y enfermedades. No son histéricos ni simuladores en el sentido clásico, aunque conscientes de sus actos, tal parece como si los realizaran impulsados por razones que ni ellos mismos comprenden. Para ellos se ha introducido la denominación de Síndrome de Münchhausen.

El Doctor Ulises Reyes Gómez (2002) y su equipo definen a esta patología como "toda agresión u omisión intencional dentro o fuera del hogar contra un menor antes o después de nacer, que afecta su integridad bio-psico-social realizada habitual u ocasionalmente por una persona, institución o sociedad en función a su

superioridad física y/o intelectual". Comentan que en la gama de patologías que enmarcan el maltrato al menor, las formas raras se han incrementado.

El artículo de estos autores pretende, detallar algunas de estas formas raras que sirven como base para sospechar dentro de la práctica clínica de otros casos no contemplados en las estadísticas nacionales de México y de aquellos sin obtener el manejo multidisciplinario requerido.

Marc D. Feldman y Rachel M. A. Brown (2002) llegan a la conclusión de que el Síndrome de Münchhausen por Poder no es un fenómeno único en las sociedades occidentales. Esta forma de abuso se está detectando y reportando en todo el mundo. Creen que las contribuciones de los profesionales de otras partes del mundo serán vitales para asegurar que los esfuerzos por desarrollar parámetros de cuidado en los contextos de habla inglesa industrializados, incluyan una perspectiva internacional.

Donna Andrea Rosenberg (2003) presenta los criterios para el diagnóstico médico del Síndrome Münchhausen por Poder. Argumenta acerca de que la fuerza de los datos conocidos puede variar de caso a caso, de manera que pueden presentarse diferentes grados de validez diagnóstica.

La autora dice que debido a que la recolección de pruebas en un caso, puede, en definitiva, disminuir o excluir el diagnóstico del Síndrome de Münchhausen por Poder; se establecen los criterios diagnósticos para la conclusión indeterminada y la exclusión del diagnóstico definitivo.

La autora Clara Eugenia Lara Dorantes (2000) comenta que en noviembre del 2000 la revista *Pediatrics* publicó los resultados de un experimento aterrador. Ante la falta de explicación para las dolencias de bebés internados en condiciones de extrema gravedad, los médicos de varios hospitales de Gran Bretaña habían decidido grabar mediante cámaras ocultas a los progenitores, en su mayoría madres, de los que el personal médico había empezado a sospechar que ponían a sus hijos al borde de la muerte deliberadamente.

Lo que descubrieron fue asombroso: en 30 de los 39 casos grabados, se observó que los progenitores trataban de ahogar intencionadamente a sus hijos; en otros 2 casos, trataron de envenenar al niño; en otro, la madre rompió deliberadamente el brazo de su hija de tres meses. Muchas de esas personas

parecían actuar metódicamente: “los malos tratos se infligían sin provocación previa y con premeditación, e iban seguidos de complejas y creíbles mentiras para explicar las consecuencias”, señalan los autores del estudio. Las madres actuaban movidas por el prestigio social de una enfermedad misteriosa; les gustaba la proximidad de poderosos profesionales médicos; la atención que suscitaban y el dramatismo de las situaciones. Y sobre todo experimentaban gran satisfacción aterrizando a sus hijos.

Mary Eminson y Jon Jureidini (2003) escriben que parecería que existen tres motivos para investigar el abuso a los niños llamado Síndrome de Münchausen por Poder: el primero, para mejorar el tratamiento; el segundo, para mejorar nuestra comprensión de la psicopatología de aquellos que realizan el abuso; y el tercero, para encontrar intervenciones de prevención. La intención de su trabajo es argumentar que sólo la primera justificación es válida. La segunda y la tercera para los autores, deben ser cuestionadas por varias razones incluyendo: en términos de las categorías diagnósticas, el Síndrome de Münchausen por Poder no es el evento que se debe considerar; los eventos raros son inherentemente difíciles de predecir. Proponen que los esfuerzos de investigación se dirijan más productivamente hacia la comprensión de la somatización y de ciertos aspectos problemáticos de la práctica pediátrica moderna.

Como podrá verse, el artículo citado anteriormente está incluido en la lista de antecedentes, con el propósito de presentar una perspectiva que ofrece un punto de vista diferente, contrario a lo planteado en los objetivos de este Proyecto de aplicación profesional, ya que la intención de éste último, consiste en lograr ampliar el conocimiento de este fenómeno en los profesionales de la salud mental, para luego poder implementarse una capacitación, con vistas a alcanzar ciertos niveles iniciales de prevención.

### 3) FUNDAMENTACIÓN:

El fenómeno del maltrato y abuso infantil, en la actualidad, es un tema estudiado en la gran mayoría de los países, pero la pregunta que surge a partir de esta situación es la siguiente: ¿Qué sucede cuando la violencia es ejercida en forma reiterada pero haciendo partícipe involuntario a un profesional de la salud que desconoce la situación?

El Síndrome de Münchhausen Por Poder es un problema preocupante, ya que, en la actualidad es un cuadro del cual no se conoce demasiado, agravando la situación a la hora de una detección precoz del abuso y perpetuando el maltrato; que involucra no solo al progenitor que provoca el daño, sino además a los profesionales de la salud, que sin saberlo se hacen partícipes involuntarios de esta patología, debido al hecho de que al no poder descubrir una causa orgánica productora de la enfermedad, realizan procedimientos agresivos e invasivos en el cuerpo del menor.

En los hechos concretos, gran parte del maltrato es ejercido involuntariamente por el accionar de los profesionales médicos, quienes recurren a los recursos que la ciencia les ha enseñado a utilizar en el proceso diagnóstico de un cuadro de enfermedad. Es decir se convierten en agentes activos del maltrato por desconocimiento de la patología, por omisión de indicadores que hacen al cuadro del Síndrome de Münchhausen por Poder o directamente por simple negligencia en su actividad.

Estos profesionales de la salud tienen la difícil tarea de superar concepciones sociales que se han conservado durante siglos, como por ejemplo que los padres de todo niño son los guardianes naturales que velan por el permanente bienestar de sus hijos. Todo médico tiende a confiar en su palabra y considera que dudar de ellos es un acto de injusticia. Además temen no tener la habilidad de encontrar aquello que puede estar enfermando al niño y ser juzgados por sus colegas, o simplemente no se arriesgan a manifestar su desconfianza hacia la madre por temor a ser denunciados por mala praxis.

Gran parte de estos casos pasan desapercibidos debido a que la sociedad tiende a negar el hecho de que las mujeres, especialmente las madres, puedan

llegar a ser personas crueles capaces de actuar con brutalidad en contra de sus propios hijos, o directamente se piensa que todo acto de violencia familiar es exclusivo del género masculino.

Una característica peculiar del Síndrome de Münchhausen por Poder que lo diferencia del maltrato infantil convencional, es que en el primero la madre busca un cómplice externo que juegue de “tercero” en la relación y que prolongue la agresión, en cambio en el segundo se tiende a mantener el hecho violento circunscripto al ámbito familiar, manteniendo un profundo hermetismo para que nadie sepa lo que está sucediendo.

Es por esta razón que es vital y urgente darle la importancia que se merece, ya que las consecuencias, tanto físicas como psíquicas del abuso en el menor se prolongaran durante toda su vida adulta, de aquí entonces la importancia de la prevención.

Los profesionales de la salud tienen un importante papel y una gran responsabilidad en el momento de detectar y prevenir los casos de abuso infantil. Para que esto se pueda lograr es importante la adquisición de un adecuado proceso de preparación y de adquisición de conocimiento para poder alcanzar una mejora en la atención de los menores.

Otra razón por la cual se considera pertinente la realización de este proyecto, es por considerarse de suma importancia la implementación de equipos interdisciplinarios a la hora de abordar un problema de estas magnitudes, en el cual es imprescindible la participación activa de diferentes ámbitos, que sean competentes a la hora de intervenir. Algo que hay que tener presente es que, la integración y la coordinación de los servicios que se brindan dentro del Hospital de Niños, puede mejorar y salvar una vida.

#### **4) OBJETIVOS DEL PROYECTO DE APLICACIÓN PROFESIONAL:**

##### **Objetivos Generales:**

- ❖ Contribuir a mejorar la calidad de la atención existente en el área de Salud mental del Hospital de niños de la Ciudad de Córdoba, por medio de la capacitación de los profesionales acerca de los principales indicadores que particularizan el Síndrome de Münchausen por Poder y las características psicológicas que presentan los perpetradores en esta patología.
- ❖ Favorecer la prevención, particularmente en cuanto a la detección temprana de indicadores que aceleren el proceso de intervención sobre el Síndrome de Münchausen por Poder (SMPP) para lograr, en un futuro, la reducción del número de hospitalizaciones de los menores involucrados.

##### **Objetivos Específicos:**

- ❖ Ahondar acerca de cuánto se conoce en el Hospital de Niños acerca de las implicancias y alcances teóricos del Síndrome de Münchausen por Poder.
- ❖ Facilitar la información necesaria a los profesionales de la Salud Mental acerca de los indicadores psicológicos básicos para la detección de éste fenómeno.
- ❖ Formar y asesorar a los distintos profesionales de la salud para individualizar los posibles casos y orientar la atención en forma inmediata.
- ❖ Alentar la integración, colaboración y coordinación entre los diferentes profesionales, para lograr una atención y asistencia integral inmediata.
- ❖ Sensibilizar a los profesionales acerca de la repercusión que tienen los abusos reiterados en la salud tanto física como psíquica del niño.

# **CAPÍTULO N° 2**

## **MARCO TEÓRICO**

Como se hizo mención en la introducción de este trabajo, el Síndrome de Münchausen por Poder es un tipo específico dentro de la clasificación del Maltrato infantil. Para comenzar a esbozar el marco teórico que servirá de guía al proyecto sería conveniente formular la siguiente pregunta: ¿Desde cuándo el maltrato deja de ser una actividad corriente en la crianza de los niños y se convierte ante los ojos de la sociedad en una acción violenta y perjudicial para su desarrollo físico y mental?

## **1) MALTRATO INFANTIL:**

### **1.1 LOS COMIENZOS DE SU DEFINICIÓN COMO TAL:**

Historias de maltrato hacia los niños han trascendido con el correr de los siglos. Se dice que desde que existe el hombre en el mundo, existe la violencia hacia aquellos más vulnerables y quién más vulnerable que un pequeño que no sabe ni puede defenderse.

El no reconocimiento de sus derechos y la falta de conocimiento de sus características físicas, psíquicas y sociales, llevaron a que los modelos educativos familiares e institucionales fueran de índole coercitiva, sin respetar su desarrollo madurativo y sus necesidades básicas de apego y protección.

Desde los comienzos de la historia los niños han sido objeto de sacrificios impensables en honor a los dioses y de agresiones brutales como formas de inculcarles disciplina. Al maltrato infantil se lo considera como un fenómeno universal que no distingue cultura, religión ni orden socio económico.

Al leer artículos referidos a la evolución del concepto de infancia uno puede encontrarse con dichos difíciles de creer como por ejemplo aquel que decía Aristóteles 400 años a.C.: "Un hijo o un esclavo son propiedad, y nada de lo que se hace con la propiedad es injusto".

Margaret Lynch (1990) describe casos de maltrato mencionados por el médico griego Soranus en el siglo II, en tanto que otros fueron identificados en los siglos XVII, XVIII y XIX; por ejemplo, el de la pequeña Mary Ellen (1874), quien era cruelmente golpeada y encadenada por sus padres adoptivos. Ante esta situación sus vecinos decidieron llevarla a los tribunales, pero tuvo que ser representada por la Sociedad Protectora de Animales al no existir instancia legal alguna que la

defendiera. A raíz de este suceso surge en Nueva York la primera Sociedad para la Prevención de la Crueldad en los Niños, y posteriormente se crearon otras sociedades similares en varios países; no obstante, el síndrome del niño golpeado fue descrito por primera vez en 1868 por Ambrosie Tardieu, catedrático de medicina legal en París, luego de realizar las autopsias de 32 niños golpeados y quemados. Henry Kempe y Silverman, en 1962, crearon la expresión síndrome del niño golpeado, con base en las características clínicas presentadas por los casos que ingresaban al servicio de pediatría del Hospital General de Denver, en Colorado. Este concepto fue ampliado por Fontana al indicar que estos niños podían ser agredidos no sólo en forma física sino también emocionalmente o por negligencia, de modo que sustituyó el término golpeado por el de maltratado. (<http://www.insp.mx/salud>)

Es evidente que con el correr del tiempo fueron surgiendo personajes en la historia que cambiaron la mirada de las cosas, dirigiéndola hacia los derechos que todo individuo, sea niño o adulto debe poseer por el solo hecho de ser una persona. Fue cambiando la distorsionada percepción del abuso de poder como método de enseñanza (aceptado como una realidad social válida) y se evolucionó hacia la protección de la infancia.

El avance del conocimiento en los campos de la Pediatría, la Psicología Evolutiva e Infantil, la Pedagogía y el Derecho del menor llevan a visualizar a un sujeto diferente.

Los historiadores están de acuerdo en que a partir del siglo XIX los niños comenzaron a correr con otra suerte, es decir a ser tomados en consideración por algunos sectores de la sociedad que se percataron de que los menores debían gozar de seguridad y protección social, y que el estado debía ser el responsable de tomar las riendas de la situación y regular las practicas violentas.

Un momento crucial fue cuando se desató la revolución industrial, instancia en la que surgió la polémica de que se tenía que prohibir terminantemente la explotación laboral en niños menores de 14 años. Esto fue solo el inicio de una larga travesía en la lucha por la preservación de la infancia. La máxima exposición de este viaje fue la declaración universal de los derechos de los niños (1924), considerando que por su falta de madurez física y mental, necesita de extrema

protección, para que pueda tener de una infancia feliz, gozando de los derechos y libertades que le corresponden.

“La aceptación de la existencia de niños maltratados y abusados por los adultos, ha sido el resultado de un largo proceso de cuestionamientos de las representaciones que impedían la emergencia de éste fenómeno a la conciencia social. El proceso de reconocimiento de esta realidad ha sido el resultado de una co-construcción mental, en el interior de un campo social y durante un período histórico. Para que el maltrato exista fue necesario que ese descubrimiento se transformara en un fenómeno social, que fuera reconocido en el interior de un contexto de interacción social cada vez más amplio, como lo es toda la comunidad.

El maltrato existe desde que los observadores distinguieron, en el marco de sus interacciones, un fenómeno que les preocupó, lo nombraron y lo definieron verbalmente.” (Barudy, Jorge, 1998)

## **1.2 DEFINICIÓN CONCEPTUAL:**

Siempre que se hable o se haga mención acerca de la problemática del Maltrato infantil, sería correcto especificar la idea de que es un adulto el que ejerce la agresión sobre un menor, ya que si no se aclara este aspecto, el concepto puede llevar consigo cierta cuota de ambigüedad, ya que al decir maltrato infantil puede interpretarse confusamente, por ejemplo, como que un niño ataca física o psicológicamente a otro niño. En este trabajo, se hará específica referencia a la agresión ejercida de un adulto contra un menor.

Las estadísticas acerca del maltrato físico de los niños son impresionantes. Se calcula que con el paso de cada año, un número cada vez mayor de niños, reciben abuso y maltrato por parte de sus padres o parientes. Algunos de ellos llegan a morir por esto, mientras que otros, aquellos que sobreviven el abuso, viven marcados por el trauma emocional que subsiste mucho tiempo después de que los moretones hayan desaparecido. El hecho de reconocer cada situación de maltrato y dar tratamiento pertinente a tiempo es vital para reducir los efectos causados a largo plazo. (American Academy of child and Adolescent Psychiatry, 2004)

La problemática del abuso infantil es un tema muy complejo, cuya base fundamental, es el mal uso de la autoridad que su rol representa. Abordar este

drama significa insistir acerca de la traumatización que produce en la infancia el abuso, sobre todo aquello que no es percibido, pero que sus secuelas, van a surgir en la edad adulta.

Ser padre implica la responsabilidad de saber educar en el respeto y en la libertad. En los casos de maltrato, sea físico o emocional, se da una forma de vinculación basada en el mal uso de esa autoridad que se tiene como progenitor, se produce un “abuso de poder”, ya que esa figura que tendría que actuar de cuidador coincide con la de abusador.

“**Abuso** son aquellas conductas que violan una norma o principio aceptado, sea este formal o informal a través del uso de poder para causar daño a otros.

**Poder** se denomina a la habilidad de una persona o grupo de persona, quienes en virtud de su posición pueden infligir daño letal o no hacia otros con impunidad”. (Dussich, John, 1999)

El abuso infantil se presenta cuando un adulto o adulta causa o amenaza con causar daño físico, emocional y psicológico a un niño o niña.

El maltrato emocional y psicológico, está siempre presente en todo tipo de abuso y el daño provocado es proporcional a su invisibilidad y a su naturaleza.

UNICEF entiende a los menores víctimas del maltrato y del abandono como aquél segmento de la población conformado por niños, niñas y jóvenes hasta los 18 años que padecen de forma ocasional o frecuente actos de violencia física, sexual o emocional, sea dentro de su grupo familiar o en algún tipo de institución social. El maltrato puede ser ejecutado por omisión, supresión o trasgresión de los derechos individuales y colectivos e incluye el abandono completo o parcial.

Maltrato infantil puede definirse como cualquier daño físico o psicológico producido de forma no accidental, provocado por algún adulto, que ocurre como resultado de acciones físicas, sexuales o emocionales de acción u omisión y que atentan contra el desarrollo normal del niño, tanto de forma física, psicológica y emocional. (Martínez y De Paul, 1993 citado en <http://www.monografias.com>).

El Maltrato Infantil se ha transformado en la actualidad en un problema con el cual se enfrentan las diferentes disciplinas implicadas en su abordaje, nunca se presenta de forma aislada, lo que determina que se vean involucrados diversos

factores bio-psico-sociales en su análisis. (Santana, R; 1998 citada en <http://www.monografias.com>)

El maltrato es "la expresión de una disfunción en el sistema padres-niño-ambiente-cultura" (De Paul, 1988 citado en <http://www.monografias.com>).

Por Sistema se entiende una realidad constituida por porciones en interacción mutua y con cierta organización propia, trascendiendo las características particulares de cada una de las partes que lo componen.

Como todos sabemos los individuos no se encuentran aislados en el mundo, son parte de un entorno social que los influye y determina. Se produce una dinámica de enriquecimiento mutuo e interacción continua.

La familia es el primer grupo social en el cual un sujeto se inserta, la misma determina las respuestas de sus miembros a través de estímulos desde el interior y el exterior. "Su organización y estructura tamizan y califican la experiencia de los miembros que la integran." (Minuchín, Salvador, 1999)

El maltrato infantil se define como "acción, omisión o trato negligente, no accidental, que priva al niño de sus derechos y su bienestar, que amenaza y/o interfiere su ordenado desarrollo físico, psíquico o social y cuyos autores pueden ser personas, instituciones o la propia sociedad". (<http://www.aepap.org>).

El síndrome del niño golpeado fue descrito en primera instancia por Ambrosie Tardieu en 1868, siendo éste último un reconocido catedrático de medicina legal en París. Henry Kempe y Silverman, en 1962, acuñaron la expresión Síndrome del niño golpeado, con base en las características clínicas presentadas por los casos que ingresaban al servicio de pediatría del Hospital General de Denver, en Colorado. Este concepto fue retomado por Fontana al indicar que estos niños podían ser agredidos no sólo en forma física sino también emocional o por negligencia, de modo que decidió sustituir la expresión golpeado por el de maltratado.(Santana, R; 1998 citado en <http://www.monografias.com>).

La Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH) propone la siguiente definición: Todo acto u omisión encaminado a hacer daño aún sin ésta intención, pero que perjudique el desarrollo normal del menor. (<http://www.insp.mx/salud>)

El maltrato puede ser de índole psicológica, entendiendo al mismo como una conducta sostenida, repetitiva, persistente e inapropiada (violencia doméstica,

insultos, actitud impredecible, mentiras, decepciones, explotación, maltrato sexual, negligencia y otras) que daña o reduce sustancialmente tanto el potencial creativo como el desarrollo de facultades y procesos mentales del niño (inteligencia, memoria, reconocimiento, percepción, atención, imaginación y moral) que lo imposibilita a entender y manejar su medio ambiente, lo confunde y/o atemoriza haciéndolo más vulnerable e inseguro afectando su educación, bienestar general y vida social.

### **1.3 CLASIFICACIÓN DE LOS DIFERENTES TIPOS DE MALTRATO INFANTIL:**

El maltrato puede abordarse desde diferentes perspectivas:  
(<http://www.gob.mx>)

#### **Por su carácter y forma:**

- Maltrato físico.
- Maltrato emocional.

#### **Por su expresión o comportamiento:**

- Por acción (activo): cuando se lesiona al niño física, psíquica y/o sexualmente.
- Por omisión (pasivo): cuando se dejan de atender las necesidades básicas de los niños.

#### **Por el ámbito de ocurrencia:**

- Familiar: se produce en el ámbito familiar (padre, madre, hermanos, familia extensa: tíos, abuelos...).
- Extra familiar: se produce por personas que no forman parte de la familia del niño, por determinadas instituciones o por la misma sociedad.

Otra clasificación de los diferentes tipos de maltrato infantil, aluden a las distintas formas en que presentan, sus indicadores y a los posibles efectos que pueden producir en los niños:

**Maltrato físico:** comprende los actos cometidos por padres o adultos cuidadores contra niños y niñas que les generan lesiones físicas temporales o permanentes; causados con diversos objetos (cinturones, cables de luz, palos, cigarrillos, diversas sustancias, etc.).

**Maltrato emocional:** que implica las actitudes de indiferencia, insultos, ofensas, y/o desprecios, producidos por los padre o adultos cuidadores y que los/as dañan en su esfera emocional (generándoles sentimientos de desvalorización, baja autoestima e inseguridad personal).

**Abuso sexual:** comprende las acciones recíprocas entre un niño/a y un adulto, en los que el niño/a está siendo usado para gratificación sexual del adulto y frente a las cuales no puede dar un consentimiento informado. Puede incluir desde la exposición de los genitales por parte del adulto hasta la violación del niño/a.

**Abandono físico:** comprendido por aquellas situaciones de omisión producidas por los padres o adultos cuidadores y en las cuales no se dio respuesta a las necesidades básicas de niños y niñas (alimentación, vestimenta, higiene, protección, educación y cuidados sanitarios), siendo que se podía haber respondido.

**Abandono emocional:** situaciones de omisión producidos por los padres o los adultos cuidadores que implican la no respuesta de los mismos a la satisfacción de las necesidades emocionales básicas de niños y niñas, habiéndose podido responder a las mismas.

**Maltrato prenatal:** falta de cuidado, por acción u omisión, del cuerpo de la futura madre o el auto suministro de sustancias o drogas que, de una manera consciente o inconsciente, perjudican al feto del que es portadora.

**Explotación laboral:** situación donde determinadas personas asignan al niño con carácter obligatorio la realización continuada de trabajos (domésticos o no) que exceden los límites de lo habitual, que deberían ser realizados por adultos, y que interfieren de manera clara en las actividades y necesidades sociales y/o escolares del niño, y que son asignados al niño con el objeto de obtener un beneficio económico.

**Mendicidad:** actividades o acciones, llevadas a cabo por un menor, consistentes en demandas o el pedido de dinero en la vía pública (Explotación de menores).

**Corrupción:** conductas de los adultos que impiden la normal integración social del niño y que promueven pautas de conducta antisocial o desviada (como premiar al niño por robar, alentar el consumo de drogas y/o alcohol, etc.).

**Síndrome del bebé zarandeado:** se produce por una violenta sacudida del cuerpo del lactante con el objeto de callar su llanto; se caracteriza por hemorragia retiniana, hemorragia cerebral: hemorragia subdural o subaracnoidea y ausencia de trauma craneal externo.

**Síndrome de Münchausen por Poder:** situaciones en el que el padre/ madre (principalmente) someten al niño a continuos ingresos y exámenes médicos, alegando síntomas físicos patológicos, ficticios o generados de forma activa por el padre /madre.

**Maltrato institucional:** cualquier legislación, procedimiento, actuación u omisión procedente de los poderes públicos o bien derivados de la actuación individual del profesional que comporte abuso, negligencia, detrimento de la salud, la seguridad, el estado emocional, el bienestar físico, la correcta maduración o que viole los derechos básicos del niño. En realidad, los protagonistas de este maltrato son las personas responsables de la atención, protección y educación del niño, así

como los responsables de las diferentes políticas aplicables a la infancia. (Toledo, Rocío, 1998)

Existen otras clasificaciones de tipos de maltrato, por ejemplo la realizada por Henry Kempe en su libro "Síndrome del niño maltratado", en el cual establece cuatro subtipos:

**Maltratos físicos:** la violencia física implica la existencia de actos físicamente nocivos contra el niño. Queda definida por cualquier lesión inflingida (hematomas, quemaduras, lesiones en la cabeza, fracturas, daños abdominales o envenenamiento, administración a un lactante de las dosis de sedantes correspondientes a un adulto o bien drogas alucinógenas). Las lesiones producidas requieren atención médica. La negligencia física también estaría incluida aquí e implicaría un fallo del progenitor en cuanto a actuar debidamente para salvaguardar la salud, la seguridad y el bienestar del niño. Incluye el abandono alimenticio, la falta de cuidados médicos, o bien la ausencia de una suficiente protección del niño contra riesgos físicos y sociales.

**Maltratos psíquicos:** el maltrato psicológico es el más difícil de diagnosticar por la dificultad que presenta de encontrar manifestaciones características. Es la consecuencia de un rechazo verbalizado, de falta de comunicación, insultos y desvalorización repetida, educación en la intimidación, discriminación en el trato en relación con el resto de hermanos o compañeros y exigencias superiores a las propias de la edad. La negligencia y el abandono emocional se dan cuando el niño no recibe las atenciones afectivas, nutricionales, educacionales, sanitarias e higiénicas que necesita.

El abandono emocional coincide casi siempre con los malos tratos físicos, pero también puede darse en casos en que los cuidados meramente físicos son buenos, ocasionando entonces el mismo daño a la personalidad en vías de desarrollo. Cuando el progenitor está constantemente ausente en el sentido emocional, el niño puede sufrir por causa de una privación que puede pasar perfectamente inadvertida.

El maltrato emocional, en ausencia de daños físicos, resulta difícil de demostrar, aunque sus efectos pueden ser invalidantes. Suelen ser diagnosticados por psiquiatras o psicólogos tan sólo años después, cuando los síntomas de la alteración emocional se hacen más evidentes.

**Maltratos sexuales:** implican la explotación de niños mediante actos tales como incesto, abusos y violación. Los abusos sexuales se definen como la implicación de niños y adolescentes dependientes e inmaduros en cuanto a su desarrollo, en actividades sexuales que no comprenden plenamente y para las cuales son incapaces de dar un consentimiento voluntario o que violan los tabúes sociales o los papeles familiares.

**Maltratos institucionales:** se pueden definir como cualquier legislación, programa, procedimiento, actuación u omisión procedente de los poderes públicos, o bien derivada de la actuación individual del profesional o funcionario de las mismas. Comporta abuso, negligencia y detrimento de la salud, la seguridad, el estado emocional, el bienestar físico, la correcta maduración o que viole los derechos básicos del niño y de la infancia.

**Maltrato** es toda acción que...

- Violenta y atenta un derecho.
- Amenaza y deteriora la integridad física, emocional y psicológica.
- Atenta e inhibe el desarrollo de la autonomía y el libre desarrollo de la personalidad.
- Atenta y deteriora la autoestima personal.
- Reprime y censura la diferencia y la singularidad.
- Valiéndose de cualquier medio saca provecho y beneficio a costa del otro.
- Puede o no estar basada en uso del poder y la fuerza para someter, subyugar, dominar al otro. (<http://www.psicopedagogia.com>)

“El maltrato en los niños implica diversas circunstancias, modos de crueldad e instrumentos. Representa la patología mental del autor, su insensibilidad y perturbación debido a que la agresión está dirigida a un niño, víctima absolutamente inocente de la agresión.

El maltrato es una conducta intencional, dolosa, sistemática, dirigida siempre a la misma víctima. Las características de la conducta, la indefensión de la víctima, los instrumentos empleados, señalan de manera notoria el sadismo de estos comportamientos. A menor edad del niño, mayor patología y sadismo del autor.”  
(Marchiori Hilda, 1999)

#### **1.4 ASPECTOS PSICOLÓGICOS REFERENTES AL MALTRATO INFANTIL:**

Para una mejor comprensión del tema abordado en este trabajo, iniciaré planteando nociones básicas acerca de la formación del vínculo familiar, ya que puede observarse al fenómeno del maltrato infantil como una expresión disfuncional del mismo. Por eso es importante comenzar a entender este proceso desde los comienzos del establecimiento de éste lazo tan importante en la vida del niño.

Vínculo es un término que deriva del latín "vinculum", de "vincere" que significa unión o atadura de una persona o cosa con otra. Esta concepción de atadura involucra la noción de estabilidad de esa unión, es decir que no es pasajero, sino que implica una durabilidad en el tiempo.

Un vínculo manifiesta características de ligadura inconciente, por ejemplo el vínculo que se establece entre un padre y su hijo da cuenta de una estructura que los envuelve y los inviste superando el yo de cada uno de ellos por separado, pasan a ser una combinación de ellos mismos.

Todo ser humano nace y se desarrolla en un mundo repleto de vínculos que lo constituyen y lo van moldeando. Ya desde el vientre de su madre se relaciona con otro ser con el cual comparte necesidades tanto físicas como afectivas. Necesita del otro para vivir.

En 1958 John Bowlby, partiendo de la teoría Psicoanalítica formulada por Freud y apoyándose en el estudio de la formación de vínculos en los animales, planteó su propia concepción: La Teoría del Apego, afirmando que la relación con los otros es una necesidad primaria, teniendo significativo valor para la supervivencia de los individuos.

Según la concepción de Bowlby, el individuo humano poseería un sistema de conductas que tiene como elemento predecible la aproximación y el mantenimiento del contacto con el individuo adulto que se ocupa de su cuidado: la figura materna.

En 1951 Bowlby publicó un trabajo bajo el nombre de "Cuidados maternos y salud mental" en el cual llegó a la conclusión de que "es esencial para la salud mental de todo niño experimentar una relación cálida, íntima y continuada con su madre (o sustituto materno permanente) en la que ambos hallen satisfacción y goce." (Delval, Juan, 1998)

La importancia del apego para la vida futura de todo individuo radica en el concepto de que en su relación con las figuras de apego, el sujeto construye un modelo del mundo y de él mismo, a partir del cual actúa, comprende la realidad, anticipa el futuro y construye sus planes.

Puede entenderse que en toda conducta de maltrato o abuso existe una disfunción patológica de este vínculo de apego y de todas sus respectivas manifestaciones, ya que se encuentran desdibujadas las actitudes de asistencia y protección que la figura parental debería ejercer.

En los casos de maltrato, se daría un tipo de apego ambivalente en el cual el niño tiende a resistir la interacción y el contacto con su cuidadora, aunque además presente también conductas de búsqueda de la proximidad y el contacto. (Delval, Juan, 1998)

La mayoría de las teorías que abordan la temática del maltrato infantil coinciden en presentarlo como una forma disfuncional de vinculación entre los miembros que componen la familia. La violencia emergería dentro de éste contexto social tan particular e importante para toda persona, que es fundante y determinante de su vida psicológica.

Se presenta a continuación dos visiones diferentes, que tratan de abordar el Maltrato Infantil: La Teoría Psicoanalítica y la Teoría sistémica.

### 1.4.1 PERSPECTIVA PSICOANALÍTICA:

El vínculo entre un padre y un hijo o entre un esposo y una esposa, da cuenta de una estructura que los envuelve y los inviste más allá de los roles incluidos en la misma. Es una experiencia emocional correspondiente a la ligadura entre dos o más personas en una familia, una persona y un grupo.

Estas relaciones son el conjunto de realizaciones donde se manifiesta la matriz inconsciente del vínculo.

La familia es definida como una organización vincular abierta (los sujetos intercambian vivencias e información) y compleja en la que se desarrollan niveles inconscientes que se despliegan en una trama sujeto – vínculo – cultura.

La familia es un conjunto de personas y sus relaciones, actuando y funcionando en un mismo plano y simultáneamente. Es una estructura de parentesco, entendiendo a la misma como un conjunto formado por elementos susceptibles de poseer ciertas propiedades, y de tener relaciones entre sí y con otros elementos.

La Estructura Familiar Inconsciente (EFI) es un modelo teórico que permite analizar el modo en que se despliegan los vínculos dentro de la trama familiar. No representa una estructura rígida ya que permite intercambios con el medio. En ella se describen una cadena de vínculos que ligan una serie de lugares ocupados por lo general por un yo, teniendo la misma denominación del lugar.

La EFI es un nivel profundo, inconsciente, simbólico, que le da significado a las relaciones familiares. Se inscribe en el psiquismo del sujeto como fundante y organizadora de sus vínculos.

La Estructura Familiar Inconsciente contiene el vínculo de pareja como originario y fundante, donde la familia está como una disposición a desplegarse.

Pueden observarse cuatro vínculos básicos:

- El vínculo de alianza que liga los lugares de esposo y esposa.
- El vínculo de filiación que liga los lugares de los padres con el de los hijos.
- El vínculo de consanguinidad que liga los lugares de hermano, de uno con otro en tanto hijos del mismo padre o madre.

- El vínculo avuncular que liga el lugar del dador de la madre y el lugar de la madre (y esposa) ocupado a su vez por el representante de la familia materna y el de la madre o esposa.

La EFI tiene dos funciones básicas que no deberían faltar jamás: la función de CORTE haciendo alusión a la demarcación de los límites, la transmisión de modelos, valores y normas, y la función de SOSTÉN que implica la tarea de libidinizar, amparar, contener y cuidar.

Pueden darse diferentes combinaciones vinculares: se es padre, hijo, marido, hermano, etc. Cada lugar implica un tipo particular de función:

LUGAR	FUNCIÓN
MADRE	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dar vida material y emocional al hijo.</li> <li>• Ayudarlo en las funciones de auto conservación.</li> <li>• Semantizar su cuerpo como diferente al propio.</li> <li>• Ser portavoz de los deseos parentales intrafamiliares.</li> </ul>
PADRE	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Indicar contextos para cada vínculo.</li> <li>• Cuidar los parámetros definitorios de cada relación de la organización familiar.</li> <li>• Ser portavoz de la cultura extrafamiliar.</li> </ul>
HIJO	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Incluirse como incluido-excluido de la pareja parental.</li> <li>• Ser portavoz de los ideales parentales, familiares y socioculturales.</li> </ul>
CUARTO TÉRMINO	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ser dador, ceder y renunciar.</li> <li>• Aceptar el lugar de exclusión y la disolución de su función de indicación.</li> </ul>

El maltrato hacia los menores puede ser analizado como una disfunción en el establecimiento de los vínculos de filiación. Es decir que no se han ejecutado correctamente las funciones parentales o se ha dado un exceso en la imposición de los mandatos.

Las familias tienen formas estables e inestables de comportamiento durante su desarrollo como tales. El maltrato infantil se comprende como un fenómeno vincular en donde se manifiesta una eclosión de la violencia modificando en forma permanente o transitoria el orden establecido hasta ese momento.

“El maltrato es el resultado de un desencuentro abrupto en el orden de lo vincular. Hay estructuras familiares en donde las erupciones de violencia son cíclicas, otras veces aisladas o por series. La violencia puede surgir en el seno de cada vínculo y su conmoción afectar la forma de superficie del conjunto. Surgirá toda vez que haya que anularse una diferencia que es inadmisibles, como por ejemplo cuando la madre semantiza e impone sus propios significados al bebé.” (Berenstein, Isidoro, 1996)

La familia es considerada como la unidad indispensable de toda organización social, aquel medio natural en el cual la vida de todo ser humano se concibe, desarrolla, organiza y mantiene. El bebé que nace dentro de ella, es un ser fundamentalmente biológico que se va a ir humanizando con el transcurso del tiempo en busca de lograr su autonomía, su individuación, su propia identidad, y sólo puede hacerlo a través del intercambio de gratificaciones y frustraciones. “Este niño, en ésta relación va a ir estructurando un vínculo afectivo cargado de significaciones.” (Yocco, Mirtha, 1992)

Lo que hace cuestionarse que clase de seguridad puede ir logrando un niño que es atacado por la misma persona que debería cuidarlo y protegerlo. Éste bebé está recibiendo permanente mensajes ambiguos y contradictorios de parte de sus padres.

El despliegue de la trama familiar va a ser la responsable del surgimiento de toda patología que aparezca en alguno de sus miembros. Cualquier alteración en alguna de las funciones que les corresponden a la familia y sus miembros va a generar la producción de desvíos emocionales o la alteración de su funcionamiento.

Se cree que la aparición del fenómeno del maltrato infantil, en cualquiera de sus formas, es tomada como una manifestación de disfunción familiar.

A los niños por sus condiciones físicas y psicológicas se los considera como naturalmente dependientes de las figuras adultas, por eso son tan vulnerables de ser víctimas del maltrato.

Estos fenómenos pueden ser explicados desde un punto de vista dinámico, es decir desde la teoría de las pulsiones.

Existen para el Psicoanálisis dos pulsiones básicas que conforman y mueven la personalidad. La pulsión de vida o libidinal, donde se originan las vivencias de amor, dan satisfacción, son las que otorgan al ser humano la capacidad de amarse, autoestimarse, amar a los demás y sublimar.

La pulsión de muerte, la cual proyectada, provoca los fenómenos de hostilidad, agresividad, violencia y los sentimientos de odio. Los sentimientos nacen y se desarrollan alrededor de las emociones básicas de amor y de agresividad. El ínter juego de estas pulsiones hace que los afectos sean siempre ambivalentes. Si hay una disfunción entre ellas, predominando las de odio, puede llegar a surgir el maltrato. (Yocco, Mirtha, 1992)

“El abuso perpetrado por un adulto hacia un niño es siempre una conducta perversa, relacionada a emociones infantiles violentas no reprimidas e indica algún grado de perturbación. Se pueden observar características comunes en la personalidad de los padres maltratadores: siempre hay indicios de inmadurez, escaso control sobre los impulsos, baja tolerancia a la frustración, dificultad para expresar los sentimientos adecuadamente. Tienen tendencia a intentar resolver sus conflictos por medios violentos que los dejan insatisfechos lo que los llevaría a reincidir en la violencia. Estos padres esperan que sus hijos resuelvan las necesidades, produciéndose en la estructura familiar una disfunción y alteración en el desempeño de los roles.” (Yocco, Mirtha, 1992)

En una relación padres maltratantes – hijos, los primeros son la parte dominante, siendo los menores receptores pasivos de las acciones tanto físicas como psicológicas, produciéndose relaciones insatisfactorias de vinculación entre ellos. Tales relaciones son patológicas porque son incorrectas en su despliegue.

### 1.4.2 PERSPECTIVA SISTÉMICA:

La familia es un sistema complejo, en interacción permanente con su medio ambiente. Presenta una estructura autoorganizada y jerarquizada.

Posee una organización autopoietica, es decir fabrica sus propios componentes partiendo de elementos que le provee el medio ambiente humano, teniendo la particularidad de modificar su estructura para adaptarse sin perder su identidad.

Un sistema se diferencia de otro por su identidad, determinada por su organización, es decir por la forma de relacionarse entre las partes existentes que la componen. (Barudy, Jorge, 1998)

La estructura de la familia muestra que a través de las diversas interacciones entre sus miembros se agrupan en subsistemas: parental, conyugal, etc.

Los sistemas se encuentran separados por fronteras simbólicas y cada uno contribuye al funcionamiento de la familia manteniendo su identidad a través del ejercicio de roles, de las funciones necesarias para la existencia del conjunto. (Minuchín, 1979, citado por Barudy, 1998)

Las interacciones que se presentan entre los miembros de la familia se estructuran a través del tiempo en rituales (conjunto de comportamientos que permiten, por su carácter interactivo y repetitivo, mantener o conservar los lazos entre sus miembros con el fin de producir armonía en la acción común), que mantienen el funcionamiento como un conjunto, procurando a la vez de un sentido de coherencia y pertenencia. (Barudy, Jorge, 1998)

Los rituales están destinados a asegurar zonas de intimidad y de diferencia. Afirman una jerarquía en la estructura familiar, garantizando la diferenciación de los roles.

La agresividad, la sexualidad, los modelos de crianza, la propiedad y la palabra son un conjunto de recursos esenciales al servicio de la vida familiar. Son numerosas las familias donde los adultos desvirtúan estos recursos, provocando diversos tipos de violencia, llevando a la desorganización familiar.

Una familia debe estar dotada de cierta plasticidad estructural, es decir conseguir adaptarse a ciertos cambios o adversidades que se les presenten. Al no poder hacerlo, se perturba el equilibrio del sistema.

En los casos de maltrato hacia los niños los adultos malversan sus responsabilidades y funciones de cuidado y contención.

Para el autor Jorge Barudy (1998) la violencia intrafamiliar traduce una importante disfunción del sistema familiar en el cual se genera. Los gestos de violencia expresan una situación de abuso de poder, pero también un claro sufrimiento en el abusado, en el que abusa y en aquellas otras personas que les son cercanas.

Quienes abusan de este poder tienen un sistema de creencias que les permite justificarse. Por lo general el maltratador se encuentra convencido de que sus percepciones acerca de sí mismo y de su hijo son objetivamente correctas.

Todo comportamiento violento y discurso maltratador se encuentra dotado de un valor comunicacional. En una familia “normal”, las personas que la componen poseen un manejo instrumental de la palabra y la representación que ésta invoca en sus mentes, facilitando el manejo de la agresividad. En familias disfuncionales esto no puede lograrse, tornándose en un obstáculo para la comunicación.

En la familia los rituales que regulan la agresividad permiten la sincronización de los subsistemas y de cada miembro en particular del grupo. Estos rituales organizan la atribución de los roles, tareas y funciones de cada uno para afrontar situaciones de conflicto. Al no funcionar correctamente estos mecanismos propios de regulación, la agresividad se torna inmanejable y aflora hacia algún miembro del sistema, atentando contra la subsistencia del equilibrio.

Para la teoría sistémica uno de los principales afluentes del maltrato infantil se encuentra en las perturbaciones que puedan darse durante el establecimiento del apego, entendiendo al mismo como una experiencia emocional fundante del vínculo familiar.

Un vínculo de apego no debe ser exclusivamente adecuado para que el niño se aferre a él. Bueno o malo, es el único que el niño conoce y es la forma de vinculación que posee. Para él, los lazos de apego son sinónimo de supervivencia.

“El modelo mental de las relaciones de apego estará basado en las experiencias vividas por el sujeto. Aquellas percibidas como negativas o incoherentes traerán al niño deficiencias o graves patologías a nivel de la capacidad para establecer lazos afectivos sanos. Otras veces aunque las experiencias de

apego han sido negativas, la representación de la relación no corresponde a lo vivido, representándose como positiva. Esto se explica por la dependencia biopsicosocial del niño hacia la figura de apego y por el estado de confusión creado por la vulnerabilidad, lo que provoca una distorsión de la representación con la negación de la vivencia angustiante y una idealización de la relación” (Miller, 1981 citado por Barudy, 1998).

En cuanto a los roles de la estructura familiar, se puede decir que el maltrato hacia los niños aparece cuando las funciones parentales no se encuentran garantizadas. Algún acontecimiento o desencadenante aparece haciendo que los recursos propios de las funciones de padre y madre se vean desviadas de su rumbo “normal”, utilizando a los niños como elementos en los cuales puedan descargar su perturbación.

En los sistemas familiares productores de maltrato infantil existen importantes trastornos de la organización jerárquica. El niño se encuentra ante un contexto confuso donde le resulta difícil diferenciar los roles de cada uno, ya que aquellos que deberían protegerlo y cuidarlo son sus propios atacantes.

## **2) SÍNDROME DE MÜNCHAUSEN:**

### **2.1 ORIGEN DEL NOMBRE Y DESCRIPCIÓN:**

Karl Friedrich Hieronymus Von Münchhausen, nació el 11 de mayo de 1720, en Bodenwerder, Alemania. De familia aristocrática, con el título de Barón, fue un oficial de caballería en el ejército ruso del siglo 18. Después de su retorno de la guerra entre Rusia y Turquía, el Barón entretenía a sus amigos y vecinos con historias acerca de sus grandes hazañas. Con el tiempo estas historias crecieron más y más hasta que finalmente se volvieron increíbles.

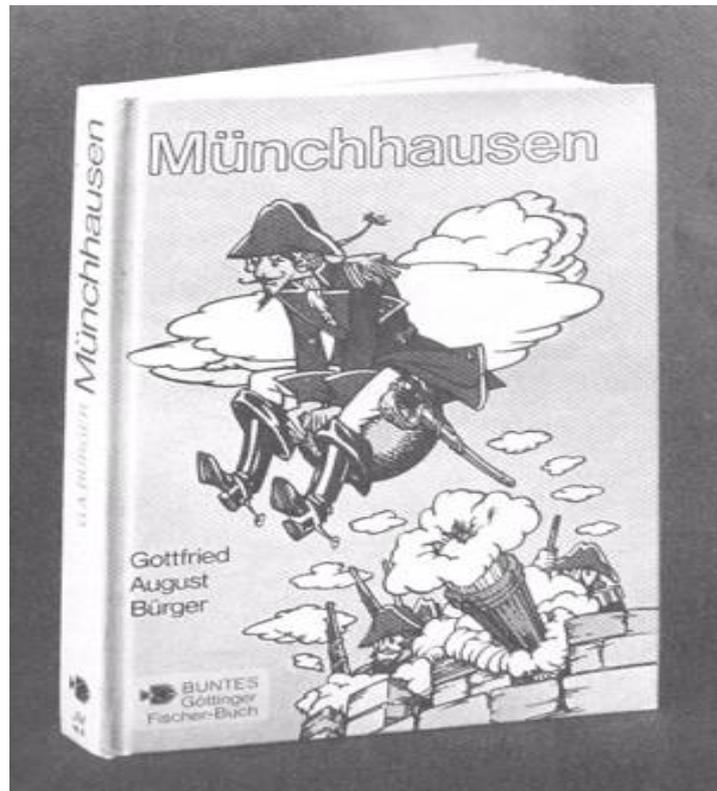
En 1983, se dijo que Münchhausen había tenido una hija llamada Polle que murió muy joven. Fue cuando aparecieron algunos artículos científicos denominando Síndrome de Polle a los casos que presentaban la patología del síndrome.

La historia que se contaba era que en 1794, a la edad de 74 años, Münchhausen contrajo matrimonio con Bernhardine Brunn, de 17 años en aquel entonces. Se dice que en la noche de su boda, el Barón se retiró temprano, y su esposa se pasó la noche entera bailando con otro hombre. En 1795, Bernhardine dió a luz a un niño. Luego del nacimiento, se predijo que la vida del hijo Münchhausen iba a ser corta. El niño, de nombre Polle, falleció a la edad de un año bajo circunstancias sospechosas de las cuales no se registran detalles.

Roy Meadow en una oportunidad aclaró: Polle, era un pueblo de Baja Sajonia, Alemania, donde nació, en 1795, María Wilhemina, hija de Bernhardine Von Brunn, segunda esposa del Barón de Münchhausen (1720-1797). El Barón no tuvo hijos en su primer matrimonio y demostró legalmente no ser el padre de María quien murió a los 10 meses de edad.

Karl Friedrich Hieronymus Von Münchhausen, murió en 1797. Sus historias se tornaron famosas, a partir de que fueron publicadas como libros infantiles de aventuras.

Esta es la portada de una de las tantas ediciones del libro de cuentos:



Casi un siglo más tarde, un modelo de comportamiento inusual entre jóvenes ganó reconocimiento en los escritos de Charcot. En 1877, describió a adultos que se provocaban daño a si mismos, o alteraban documentos médicos con el fin de ser hospitalizados y tratados con medicamentos. Charcot denominó a esta condición como Manía Operativa Pasiva. En 1951, Richard Asher describía un patrón similar de auto abuso, donde los individuos fabricaban historias de enfermedades. (<http://www.ashermeadow.com>, 1996-2003)

Recordando al Barón Von Münchhausen, Asher le dedicó este síndrome, citando el libro de R. E. Raspe (1785) "Los singulares viajes, campañas y aventuras del Barón Münchhausen". Las aventuras del Barón eran ya fantásticas en su narración original, y fueron sujetas a modificaciones aún más espectaculares conforme se producían nuevas ediciones del libro. Además existen varias versiones de películas que hacen referencia al Barón Münchhausen.

## 2.2 RECORRIENDO LA HISTORIA DEL SÍNDROME:

([http://www.afecto.org.co/docs/jose\\_francisco.ppt](http://www.afecto.org.co/docs/jose_francisco.ppt))

- Citas bíblicas: Rey David (1 Samuel 21:11-15).
- Siglo II: Galeno: Auto inducción de síntomas y falsificación.
- 1838: Héctor Gavin "On feigned and factitious diseases".
- 1853: Robert Carter: "Tertiary hysteria", en el libro Histeria.
- 1951: Richard Asher creó la denominación: Síndrome de Münchhausen.
- 1962: J.C. Barker:"pseudología fantástica".
- 1968: H. R. Spiro: Deprivación temprana como factor.
- 1976: John Money, June Werlwas: Münchhausen syndrome by Proxy.
- 1977: Roy Meadow: Münchhausen syndrome by Proxy.
- 1994: DSM-IV: "Factitious disorder y Factitious disorder by proxy".
- 1995: Otros trastornos de la personalidad y del comportamiento en adultos.

## 2.3 CONCEPTO DE SÍNDROME

El término síndrome (de la palabra griega syndrome "simultaneidad") se definió tradicionalmente como un estado patológico asociado a una serie de síntomas simultáneos, generalmente tres o más.

La utilización de la palabra solía tener un carácter provisional, con la esperanza de que una vez confirmado ese estado, se remplazaría por un término más preciso. (<http://www.bvs.sld.cu>)

La expresión síndrome se ha utilizado para designar aquellos trastornos caracterizados por series similares de síntomas, etiológicamente no específicos. El uso del término se mantuvo relativamente estable hasta mediados del siglo XX, cuando se amplió su significado para incluir también todos los estados patológicos caracterizados por una sintomatología compleja y de conclusión difusa. (Jablonski, Stanley, citado en <http://www.citebase.org>)

**SÍNTOMA:** es un fenómeno revelador de una enfermedad. Una señal o indicio de una cosa que está sucediendo o va a suceder.

## 2.4 CRITERIOS DIAGNÓSTICOS (DSM-IV):

Código 300.19 Trastorno Facticio con predominio de signos y síntomas físicos.

- Producción intencionada o fingimiento de signos y síntomas.
- La motivación para dicha conducta es asumir el papel de enfermo.
- Están ausentes incentivos externos, tales como ganancia económica o evitar una responsabilidad legal, como en la simulación.

Se puede conceptualizar al Síndrome de Münchhausen como un síndrome con implicaciones en todas las creencias médicas clínicas básicas o especializadas y que se caracteriza por:

- Un conjunto de trastornos típicos, somáticos u orgánicos, diversos y cambiantes habitualmente, que aún respondiendo a una patogenia o génesis voluntaria, implican siempre mecanismos subyacentes de defensa y de agresión, y que conllevan un cierto riesgo para la salud e incluso para la vida del enfermo con una incapacitación progresiva a todos los niveles.
- Desarrollo de una apetencia o dependencia hospitalaria, institucional o quirúrgica, médico general o médico especializado.
- Existencia de un trastorno profundo de la estructura de la personalidad, frecuentemente enmascarado por un equilibrio psíquico aparente.
- Hospitalizaciones múltiples.

Podemos describir una serie de características que permiten identificar a estos enfermos:

- Tienen una sumisión inusual a las hospitalizaciones, así como a las pruebas diagnósticas.
- Han pasado por múltiples hospitalizaciones.
- Es más frecuente en varones (en contraste con otros tipos de trastornos facticios).

- Explican su historia de forma dramática; son evasivos cuando explican sus ingresos hospitalarios y reacios a que se revisen sus historias clínicas.
- Son pacientes mentirosos y con frecuencia padecen un trastorno límite de personalidad. (<http://www.ashermeadow.com>, 1996-2003)

Sin embargo, el Síndrome de Münchausen es mucho más complejo que la simple invención y la simulación de síntomas. El trastorno se asocia con problemas emocionales graves.

Estas personas son, por lo general, inteligentes y llenas de recursos: no sólo saben cómo imitar enfermedades con bastante acierto, sino que también tienen un minucioso conocimiento sobre las prácticas médicas. Pueden llegar a manipular de tal modo que consigan su hospitalización y ser sometidas a tratamientos intensivos y análisis, incluyendo cirugías mayores. Sus engaños son conscientes, pero sus motivaciones y necesidades de atención son inconscientes. En este aspecto, entra en juego la enorme evolución del crecimiento de medios de información, ya que en la actualidad cualquier persona puede acceder a innumerables referencias médicas que son constantes, desde programas televisivos dedicados exclusivamente a mostrar la vida hospitalaria o simplemente ingresar a buscadores de Internet que detallan a la perfección todos los signos y síntomas que caracterizan un cuadro de enfermedad.

La sintomatología esencial es la producción intencionada de síntomas físicos que generalmente son presentados por el paciente de forma dramática, involucran a cualquier sistema orgánico y son cambiantes. Los síntomas pueden ser totalmente inventados, auto infringidos, exageraciones de un síntoma real o una combinación de todos ellos. Es común que el paciente se deje llevar por una tendencia incontrolable y patológica a mentir (Pseudología Fantástica), una conducta disruptiva y demandante, y frecuentes quejas de dolor con demandas de medicación analgésica. En ocasiones el paciente puede llegar a hacer viajes locales e incluso internacionales de hospital en hospital, con el fin de conseguir su objetivo de adoptar el rol de enfermo. Puede mostrar deseos o incluso ansias de someterse a

procedimientos quirúrgicos o diagnósticos invasivos dolorosos. En ocasiones puede asociarse un abuso de sustancias psicoactivas.

Como se ha planteado anteriormente, el Síndrome de Münchausen (conocido también como Münchausen Adulto o Desorden Facticio Adulto) ha sido considerado como un subtipo del ya establecido Trastorno Facticio; diagnóstico formal reconocido por el DSM-IV, entendiendo al mismo como la producción, invención o exageración voluntaria de síntomas físicos o psíquicos en ellos mismos, con el propósito de ganar de algún modo gratificación interna, como puede ser atención hacia ellos mismos.

El Trastorno facticio con síntomas psicológicos o físicos se caracteriza por la necesidad patológica de asumir el papel de enfermo.

Mientras que la **Simulación** puede considerarse adaptativa, en determinados contextos (el soldado que en tiempos de guerra simula una enfermedad para intentar escapar), el **Trastorno Facticio** implica siempre una psicopatología, incluso a veces, un importante trastorno de la personalidad.

La diferencia está en que las personas que padecen el Síndrome de Münchausen simulan de modo consciente los síntomas de un trastorno físico. Inventan repetidamente enfermedades y suelen ir de médico en médico en busca de tratamiento.

## 2.5 SEMEJANZAS Y DIFERENCIAS ENTRE SIMULACIÓN, SÍNDROME DE MÜNCHAUSEN E HISTERIA. (<http://www.jubilatas.com>)

	Producción de síntomas de la enfermedad.	Motivación para la producción de síntomas.
<b>Simulación</b>	Consciente	Consciente
<b>Síndrome de Münchausen</b>	Consciente	Inconsciente
<b>Histeria</b>	Inconsciente	Inconsciente

En los enfermos de histeria tanto la producción como la motivación de los síntomas escapan a su voluntad y son, por tanto, inconscientes.

En los cuadros de simulación, es importante tomar ciertas medidas de precaución a la hora de emitir un diagnóstico, pero habitualmente sus causas y sus beneficios, son bastante evidentes para un médico con mediana experiencia. Las circunstancias en las que se da la simulación son las determinantes, no la psicología particular de los individuos. En la simulación, todo el proceso de motivación y producción de síntomas transcurre de modo consciente.

Por último, queda el grupo de las enfermedades facticias, en el que se incluye, con características propias, el mencionado Síndrome de Münchausen, con el que el enfermo se traslada de institución en institución sin poder solucionar sus problemas de salud. Las motivaciones subyacentes que existen en estos casos son a menudo difíciles de determinar y pueden ser relacionadas con hechos particulares de su vida pasada. Se ha planteado la existencia de rasgos morbosos en la personalidad de estos enfermos, de masoquismo, de fobias, necesidad de afecto, de ser atendidos, por ser protegidos, de ser el centro de preocupaciones de personas importantes, como los médicos, de ser motivo de confrontaciones y discrepancias entre profesionales. Están conscientes del hecho de que se están autoprovocando síntomas, pero se encuentran necesitados de hacerlo. No manifiestan una clara razón de porqué lo hacen, lo que establece probablemente uno de los rasgos más distintivos del Síndrome de Münchausen. (Espinosa Brito, Alfredo; 2000).

### 3) SÍNDROME DE MÜNCHAUSEN EN LA INFANCIA:

Burman fue el primer autor en referirse con el nombre de "Síndrome de Polle" a la forma de presentación infantil del Síndrome de Münchausen. Se trataría de una forma muy particular de abuso o maltrato dirigido contra los niños, que generalmente proviene de sus propios padres, (con mayor frecuencia la madre) y las motivaciones son similares a las del Síndrome de Münchausen, buscando que los niños sean hospitalizados y atendidos. Meadow lo denominó Síndrome de Münchausen inducido, por poderes o por delegación.

A través de los años, se han sugerido denominaciones alternativas para esta patología, como por ejemplo: Síndrome de Meadow, Síndrome de Münchausen por delegación, Síndrome de Münchausen por proximidad, Síndrome de visitante de hospitales, Síndrome de adicción a hospitales, Síndrome de Polle, pero sin embargo estos términos nunca han ganado popularidad.

La posición de la Licenciada Mirtha Yocco quien es una de las autoridades principales del Centro de Asistencia a la Víctima del Delito de la Ciudad de Córdoba, frente al Síndrome de Münchausen por Poder es que se lo considera como una forma peculiar y poco difundida de maltrato infantil en la cual al ser tomada como un síndrome no se puede establecer con precisión su etiología y su evolución.

#### 3.1 FORMAS CLÍNICAS DEL SINDROME DE MÜNCHAUSEN EN NIÑOS:

**Espectro del síndrome:** se han descrito 2 formas primarias de este síndrome:

- **Enfermedad inducida o producida:** la madre realiza esfuerzos activos para crear síntomas de enfermedades, a veces serias (sofocación, envenenamiento intencional).
- **Enfermedad simulada:** la madre o suministra información falsa en relación a síntomas existentes o contamina muestras de laboratorios.

Los porcentajes que se manejan acerca de la predominancia de una u otra forma son: en el 50% de los casos se producía la patología por inducción, el 25%

por simulación y el otro 25% por una combinación de ambos.  
(<http://www.api.org.ar/munchausen.htm>)

En la edad pediátrica existen dos formas: (Reyes Gómez, Ulises, 2002)

- **El Síndrome de Münchausen Infantil (SMI):** El propio niño elabora y fabrica la enfermedad. Ésta puede darse en pre adolescente y adolescente entre los 10 y 15 años de edad con frecuentes manifestaciones urinarias o dermatitis ficticias.
- **El Síndrome de Münchausen por Poderes (SMPP o SMP):** El niño es víctima de la simulación o motivación de la enfermedad por parte de los padres. En esta forma el menor juega un papel pasivo y es, generalmente, la madre quien manipula. Ocasionalmente el padre. Se observa en menores de 10 años.

Este trabajo hace referencia principalmente a ésta última forma en que se manifiesta la patología.

### 3.2 SINDROME DE MÜNCHAUSEN POR PODER:

También reconocido como Trastorno Facticio por Poder. Es un cuadro poco frecuente, siendo comunicado el primer caso por Meadow en 1977.

Es un modelo de comportamiento en el cuál él o los cuidadores de un niño, deliberadamente exageran, fabrican o inducen problemas físicos y/o psicológicos atentando contra la salud de otras personas.

Este modelo de comportamiento constituye una clase diferente de maltrato infantil que manifiesta un abuso físico, sexual, emocional, negligencia, o una combinación de ellos. El propósito primario de este comportamiento es ganar, de algún modo, una gratificación interna, como atención, para el perpetrador.

#### 3.2.1 CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DSM-IV: TRASTORNO FACTICIO POR PODERES

El DSM-IV propone los siguientes criterios de investigación:

- Producción o simulación intencionada de signos o síntomas físicos o psicológicos en otra persona que se encuentra bajo el cuidado del perpetrador.
- La motivación que define al perpetrador es el deseo de asumir el papel de paciente a través de otra persona.
- No existen incentivos externos que justifiquen este comportamiento (Ej. económico)
- El comportamiento no se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental.

Si en el Síndrome de Münchausen (SM) se describe un cuadro de simulación de síntomas y signos para los adultos que fabrican o inventan enfermedades en ellos mismos, en el Síndrome de Münchausen por Poderes (SMPP) se describe un tipo de maltrato infantil en el cual los progenitores fingen signos y síntomas y, por tanto, enfermedades, y las atribuyen a sus hijos. Los hijos sirven así de intermediarios de los problemas de los padres, de aquí el nombre "por poderes".

Existen algunas diferencias entre los casos de Síndrome de Münchausen por Poder y otros tipos o clases de Maltrato infantil. Las mismas se basan principalmente en los siguientes aspectos:

- La variedad de formas de abuso que pueden presentarse.
- Las características peculiares del perpetrador.
- La inusual dinámica que se lleva a cabo entre el perpetrador y la víctima.
- Los indicadores de los cuales se puede sospechar.
- Los métodos y actividades anteriores y posteriores de investigación.
- La evaluación del riesgo que presenta la víctima.
- La decisión de colocar fuera del hogar a la víctima. Se presenta el peligro de situar a la víctima en casa de familiares y la necesidad de evaluaciones a cargo de especialistas.
- El trabajo de seleccionar y trabajar con padres adoptivos.
- Visitas y supervisiones a la víctima.
- Protección y apoyo a corto y largo plazo para la víctima. (Lasher, Louisa, 2004)

### **3.2.2 EPIDEMIOLOGÍA:**

En 41 casos revisados entre 1974 y 1984, la edad media fue de 4 años sin observarse diferencias en cuanto al sexo. La madre fue la responsable de los síntomas en más del 78% de los casos y con una elevada frecuencia eran conceptuados como patológicos desde el punto de vista psiquiátrico (Síndrome de Münchausen, Depresiones, Trastorno de personalidad, etc.). Las desavenencias conyugales en el seno familiar fueron frecuentes. (<http://www.medlineplus.com>)

En el año 1990 se reportó un solo caso de SMPP donde el perpetrador era el padre. (Reyes Gómez Ulises, 2002)

Investigaciones previas (Smith Alexander, 1990 citado en <http://www.ashermeadow.com>) documentan la preocupante naturaleza de éste Síndrome. En un estudio de cinco familias, con un total de 18 hijos, el 72% de los niños sabían que eran víctimas de algún tipo de abuso. En cada familia, solo un niño estaba sometido en todo momento, y un total de cinco niños parecían no estar

afectados. El 31% de ellos había fallecido. Sólo en una instancia se presenció la existencia de otra forma de abuso.

Las características de las madres perpetradoras en este estudio indicaron lo siguiente:

- El 80 % poseía experiencia o conocimiento acerca de profesiones relacionadas con el ámbito de la salud.
- El 80 % sufría el Síndrome de Münchausen en ellas mismas (fabulaban o se provocaban daño realmente).
- El 80 % había recibido tratamiento psiquiátrico previo al diagnóstico.
- El 60 % de las madres había intentado suicidarse. El repudio hacia ellas mismas persiste en varios casos.

La investigación permitió vislumbrar, que aquellos individuos que inicialmente sufrían el síndrome en ellos mismos, eventualmente terminaban practicando la patología sobre otra persona. (<http://www.ashermeadow.com>, 1996-2003)

Podría decirse que puede llegar a existir un modo de perpetuación de mecanismos patológicos de vinculación. Probablemente el individuo crea o considere que esa es una forma viable de comunicarse con las personas que quiere, en el caso del Síndrome de Münchausen por Poder, con su hijo/a.

Parecería que el padre/madre se comunica, provocándole un síntoma a su hijo, creyendo que es el único modo para materializar o aliviar su pesar. No existe una comunicación sana o normal del malestar interior.

### **3.2.3 FRECUENCIAS ESTIMADAS:**

([http://www.afecto.org.co/docs/jose\\_francisco.ppt](http://www.afecto.org.co/docs/jose_francisco.ppt))

En los Estados Unidos: Aunque no se conocen cifras exactas, ocurren aproximadamente 1200 casos por año.

En Venezuela:

- 15 casos menores de 1 año
- 10 casos en niños de 1 a 4 años

En Colombia:

- 24 casos menores de 1 año.

- 16 casos en niños de 1 a 4 años.

En el Reino Unido:

- 97 casos en dos años (1992-1994)
- 18 muertes (18,5%), en 15 de 83 familias

En el resto del mundo: la verdadera cifra permanece desconocida.

Mortalidad/Morbilidad: la variedad de casos detectados presentan síntomas desde infecciones de origen desconocido hasta muertes inexplicables. La tasa de mortalidad de esta patología es de aproximadamente el 10 %.

Etnias: no se ha podido determinar ninguna tendencia étnica o racial para esta condición, pero la mayoría de las madres son blancas.

El 75% de los daños son producidos por los médicos al creer en las mentiras de las madres.

El 70% de la morbilidad ocurre en hospitales.

Generalmente pasan más de 6 meses de hospitalizaciones, exámenes y exploraciones antes de que se diagnostique un caso de Síndrome de Münchausen por Poder.

Cerca del 50% de los pacientes que se dan de alta contra opinión médica llenaron al menos 3 de 6 características diagnósticas de SMPP. ([http://www.afecto.org.co/docs/jose\\_francisco.ppt](http://www.afecto.org.co/docs/jose_francisco.ppt))

### **3.2.4 CLÍNICA:**

Como ya se ha comentado previamente, los padres, (generalmente la madre) aducen y elaboran signos y síntomas falsos para que parezca que el niño sufre una enfermedad real.

Los métodos utilizados para la fabricación de la sintomatología son tan diversos como sorprendentes y los sistemas de producción y los cuadros clínicos pueden considerarse casi ilimitados, siendo la mayor o menor accesibilidad a los aparatos, y la imaginación de las madres lo que determina la frecuencia de presentación.

En cuanto a los métodos, la más directa, es la simple alegación y/o exageración de síntomas insustanciales o inexistentes, y junto a ésta la producción

directa de lesiones, traumatismos, intoxicaciones, etc. En ocasiones las madres utilizan métodos más elaborados como manipulación de muestras de laboratorio.

Los diferentes modos de operar según Louisa Lasher (2004) utilizados por el perpetrador son los siguientes:

- **Exageración:** el perpetrador deliberadamente añade detalles a un problema genuino.
- **Fabricación:** el perpetrador deliberadamente inventa la historia de un problema o hace parecer como si el problema realmente existiera.
- **Inducción:** el perpetrador deliberadamente causa el problema en el cuerpo de la víctima.

Los casos de exageración y fabricación deben ser considerados como potencialmente letales, como en los casos en los cuales la inducción es sospechada o confirmada.

El encargado del cuidado del niño, puede llevar a cabo el maltrato a través de uno de los mecanismos mencionados anteriormente, o por medio de una combinación de ellos. El perpetrador puede cambiar el método de abuso a través del desarrollo del caso.

### **3.2.5 PERPETRADORES:** (<http://www.ashermeadow.com>, 1996-2003)

#### **LA MADRE BIOLÓGICA:**

En la relación más frecuente entre agresor y víctima, la sospecha recae en la madre biológica. De hecho la extensa mayoría de casos de Síndrome de Münchausen resueltos a través de investigaciones han implicado a la madre de la víctima como única agresora.

Sin embargo los investigadores deben tener cuidado con éste asunto, ya que se han reportado casos en los cuales existían otros perpetradores, ambos dentro y fuera de la estructura familiar de la víctima en cuestión. Padres, abuelas, tías e incluso niñeras han sido reconocidas como autores de la agresión. No importa su relación con la víctima, todos los perpetradores tienen una cosa en común: cada uno de ellos se desempeñaban como el cuidador principal de la víctima.

**EL PADRE DE LA VÍCTIMA:**

Meadow no encontró ningún padre en los primeros 10 años de investigación. En la segunda década de búsqueda (1987-1997), publicó 15 casos de padres victimarios y efectuó éstas conclusiones:

- Existe un mayor riesgo de lesiones graves.
- Más posibilidades de muerte (73%), en comparación al 10% en el caso de que sea la madre.
- Más casos de sofocación, apnea, convulsiones.
- No se pudo precisar si se efectuaba una invención o una fabricación de las crisis.
- Trece de quince (87%), vivían con su pareja.
- Seis de quince padres tenían trastornos de somatización.
- Cinco de quince padres habían sido víctimas de Münchausen por Poder.

**LOS PROFESIONALES MÉDICOS:**

En muy raras oportunidades, los profesionales médicos pueden verse incluidos en la lista de potenciales sospechosos. Mientras que parece que solo los miembros de la familia recibirían gratificación por la atención, aumentaría su autoestima y falso sentido de pertenencia a causa del Síndrome de Münchausen. Por similares motivaciones los médicos cruzarían la barrera del abuso infantil.

Se cree que provocándole la enfermedad al niño y luego salvándolo, estos médicos recibirían no solo más atención, sino el reconocimiento de sus colegas. Afortunadamente, la ocurrencia de casos en los cuales se encuentran presentes los profesionales del cuidado de la salud como perpetradores son muy poco frecuentes, pero la posibilidad existe. (<http://www.ashermeadow.com>, 1996 – 2003)

**3.2.5.1 TIPOS DE PERPETRADORES:**

Libow y Schreier (1986) describen tres grandes tipos de perpetradores en el Síndrome de Münchausen: Help Seekers, Active Inducers, and Doctor Addicts.

**Help Seekers:** son aquellas madres que buscan atención médica para sus hijos con el fin de comunicar su propia ansiedad, depresión, cansancio o franca incapacidad de cuidarlos. Ejemplos de casos como estos son amas de casa violentadas, problemas maritales, madres solteras, embarazos no deseados.

**Active Inducers:** inducen enfermedades en sus hijos por medio de métodos dramáticos. Estas madres son ansiosas, depresivas, y presentan grados extremos de agresión, disociación de afecto y proyección paranoica. La ganancia secundaria para éstas madres incluye el control de la relación con el profesional que esta tratando al niño y reconocimiento del personal médico ya que las ven como madres sobresalientes que se preocupan por sus hijos.

**Doctor Addicts:** se encuentran obsesionados por obtener tratamiento médico por una enfermedad inexistente en sus hijos. Las falsificaciones consisten en un reporte impreciso de la historia de los síntomas. Dichas madres creen que sus hijos están enfermos, se rehúsan a aceptar evidencia médica que demuestre lo contrario y luego elaboran un tratamiento propio para sus hijos. Los hijos usualmente son mayores de seis años de edad, y sus madres son sospechosas, contradictorias y paranoicas. Estas madres tienden a ser desconfiadas y enojadizas. (<http://www.ashermeadow.com>, 1996-2003)

### 3.2.5.2 CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL PERPETRADOR

#### INDICADORES COMPORTAMENTALES Y ACTITUDES QUE PUEDEN OBSERVARSE EN LOS PADRES/CUIDADORES DE UN NIÑO:

(<http://www.mbpexpert.com>)

- Es más frecuente que sea la madre biológica de la víctima, pero los potenciales agresores no se limitan solo a ellas; padres y personas fuera del grupo familiar han sido también identificadas.
- Madre con un rol de cabeza de familia.
- Madre inteligente y atenta, que mantiene buena relación con el personal sanitario.

- Madre excesivamente protectora que no quiere abandonar a su hijo en el hospital.
- Son frecuentemente personas de clase media alta, y de buena educación.
- Permanecen alarmantemente calmadas ante la perplejidad de los síntomas en la víctima.
- Dan la bienvenida a exámenes médicos dolorosos para el niño.
- Alaban excesivamente al personal médico.
- Aparentan mucho conocimiento acerca de la enfermedad de la víctima.
- Madre con fondo paramédico (suele tener conocimientos y/o antecedentes de profesiones sanitarias usualmente frustradas).
- Madre con historia personal de enfermedad parecida a la del hijo o con antecedente de síndrome de Münchausen (10-25% de los casos).
- Permiten que solo un grupo selecto de personas se acerque al niño.
- Mantienen un alto grado de dedicación al cuidado de la víctima.
- Parecen encontrar satisfacción emocional cuando el niño es hospitalizado, ya que el personal médico alaba su aparente habilidad de ser una madre superior en cuanto al cuidado y atención.
- Madre con reacción paradójica respecto a la enfermedad de su hijo: por defecto (la madre está menos preocupada por la enfermedad del hijo que el personal que le atiende) o por exceso (la madre se queja de que se está haciendo poco por diagnosticar la enfermedad del niño).
- Madre con frecuentes trastornos de personalidad o conductuales. Con menor frecuencia presentan una enfermedad mental severa.
- Padre ausente o que apenas aparece en el hospital. En los pocos casos en que el padre es el perpetrador, no presentan el perfil atento y protector de las madres, sino que son descritos como desinteresados, descomprometidos y pasivos, a pesar de la enfermedad de su hijo, así como emocionalmente lábiles y mentalmente inestables.
- El perpetrador relata unos síntomas/signos que discrepan con la historia clínica, el examen físico y los resultados de los exámenes complementarios.
- Los síntomas/signos de la supuesta enfermedad no se presentan cuando el perpetrador está ausente.

- El perpetrador reporta dramáticos y negativos hechos, como incendios, robos con allanamientos, accidentes de tránsito, que afectan a ellos y a sus familias mientras el niño se encuentra bajo tratamiento.
- El perpetrador involucra a múltiples médicos, frecuentemente en diferentes hospitales y en diferentes ciudades.
- Antecedente de historia de maltrato físico, enfermedad rara o muerte en hermanos (en el 8,5% de los casos existe el antecedente de Síndrome de Muerte Súbita del Lactante en hermanos).

### **3.2.5.3 CARACTERÍSTICAS DEL AGRESOR:** (Reyes Gómez, Ulises, 2002)

Es la madre en un 98% de los casos. La edad fluctúa entre los 27 y 32 años de edad. Un 80% de ellas, profesionales relacionadas con la salud, han sufrido el mismo síndrome o han recibido tratamiento psiquiátrico previo al Síndrome de Münchausen por Poder.

Se conoce que estas madres son habilidosas mentirosas, manipuladoras, extremadamente creíbles, convincentes y poseen una excelente destreza para proporcionar razones de su comportamiento.

Este tipo de perpetradoras son conscientes de lo que están haciendo, no son simplemente madres ansiosas o sobreprotectoras.

El 60% ha presentado intentos de suicidio y la mayoría de los padres se mantienen al margen con un comportamiento pasivo. El rechazo al niño se inicia desde la fase de la gestación, pudiéndose, en esta etapa, sospechar que se tratará de un niño maltratado por la madre potencialmente propensa a este comportamiento negativo ya que no se ha podido establecer un saludable proceso de apego.

Se supone que al no poder deshacerse de él o no aceptarlo en las primeras etapas de vida, intentará hacerlo posteriormente, inventándole enfermedades e involucrando al personal de salud.

Lo más probable es que no detengan el abuso aún sabiendo que se sospecha de ellas. Es frecuente que traten de cambiar de médico y trasladar al niño hacia otro centro de salud.

Cuando son identificadas como las agresoras, muestran un gran rechazo e irregularidad para acudir a las consultas psicológicas y psiquiátricas. Generalmente

son madres amables, preocupadas por la enfermedad del niño, dispuestas a colaborar en la curación, muestran conocimientos de medicina y la mayoría de ellas tienen un coeficiente intelectual alto, aunque presentan desorganización y dificultad para adaptarse en diferentes fuentes de trabajo. Exigen que sus hijos sean sometidos a los últimos avances de la ciencia médica. La mayoría son mujeres divorciadas o tienen problemas conyugales importantes. En estos casos el niño maltratado vendría a representar una formación sintomal de los problemas de la pareja que no pueden ser puestos en palabra.

Una clara diferencia entre una madre con el síndrome y una madre normal es que la primera, al ser cuestionada por el personal médico, relata una muy convincente historia acerca de lo sucedido, mientras que la madre inocente difícilmente se encuentra en condiciones de contar una historia coherente ante la situación, debido a que en ese momento se encuentra sumergida en una combinación de aflicción, tristeza, incredulidad, aturdimiento y culpa, todos estos signos aumentados por el trauma de la enfermedad de su hijo. (Lasher, Louisa, 2004)

Los factores motivacionales que pueden provocar ésta clase de maltrato pueden ser: (<http://www.ashermeadow.com>; 1996-2003)

- Ganar atención del personal médico (la más frecuente).
- Con el paso del tiempo se potencia la agresividad inicial.
- Algunos, en teoría, sienten gratificación engañando y haciendo pasar por tontos a los médicos. Disfrutan sabiendo que es lo que está pasando con el niño, mientras que el médico se encuentra desconcertado
- Otros temen volver a sus hogares y tener que ajustarse a la rutina diaria, dejando de ser el centro de atención.
- El miedo a ser dejado solo o a que le den de alta al niño del hospital, pueden ser disparadores de nuevas agresiones hacia el menor.

### **3.2.6 CARACTERÍSTICAS DEL PADRE DE LA VÍCTIMA:**

Por lo general se trata de hombres con un yo débil, poco diferenciado, dependientes de su pareja, y hasta se pueden definir como una figura parental ausente, con poca participación en la crianza y cuidado de sus hijos, por lo tanto es

probable que no se percate del abuso generado en el niño o que directamente sea un testigo pasivo que no se involucra.

En lo poco que se involucra durante las hospitalizaciones del niño puede verse un hombre que apoya a su esposa en todo sin cuestionar ni preguntar nada, siendo incapaz de proteger a su hijo. (<http://www.emedicine.com>, 2004)

### **3.2.7 VÍCTIMAS:**

La víctima es aquella persona que padece un sufrimiento físico, emocional o social a consecuencia de la violencia o de una conducta agresiva antisocial. (Marchiori, Hilda, 1999)

La víctima más común es aquella que por su condición la torna vulnerable, aquella que por su estado mental o emocional no puede percibir el peligro y no puede tomar precauciones.

Tanto varones como niñas son igualmente afectados. La información que circula es que aproximadamente la mitad de los hermanos de aquellos niños que son abusados, sufren de maltratos similares o de otras formas.

La mayoría son pequeños en edad preescolar (menores de cinco años). El abuso usualmente comienza en el primer año de vida, a menudo alrededor del primer mes. No se suele ver después de los cinco años porque probablemente incluye un cierto grado de encubrimiento o complicidad por parte de niños mayores para no contradecir los dichos de su madre/padre.

Algunos de estos niños creen que están muy enfermos y que presentan un desorden misterioso que los médicos no pueden detectar. En otros casos, el niño es consciente de que la explicación del perpetrador es improbable pero no lo dicen, temiendo su venganza o que nadie le creerá.

La posibilidad de que el niño sepa que el perpetrador le ha provocado una enfermedad depende de su edad psicológica y de las habilidades del agresor de ocultar la acción. Mientras más tiempo continúe el abuso, y más crezca el niño, es más probable que la víctima se dé cuenta de lo que le están haciendo. (<http://www.ashermeadow.com>, 1996-2003)

Si el abuso ha estado presente durante toda la vida del niño, es posible que crea que cualquier acción hecha para provocarle la enfermedad sea un

comportamiento normal, ya que es la única forma de comunicación entre su progenitor y él.

Los niños mayores víctimas de este síndrome, frecuentemente toleran y cooperan con el perpetrador en su propio abuso, confabulando con su madre/padre para confirmar sus historias médicas e incluso fabricando ellos mismos sus "enfermedades", a veces por miedo de contradecir a su progenitor y otras veces, debido a la persuasión de éste en el tiempo.

El impacto de este síndrome, a largo plazo, puede dar lugar a desórdenes psicológicos, emocionales, comportamentales y/o conductuales.

Generalmente, el abuso sobre el niño en esta patología se resuelve en una de estas tres formas:

- El niño muere.
- La policía atrapa al perpetrador.
- El niño crece y esto provoca que el perpetrador busque a otra posible víctima de menor edad. Por lo general se elige a un hermano más pequeño de la víctima inicial. En raras oportunidades el perpetrador abusa simultáneamente de los dos niños. Como el perpetrador goza de la atención que recibe por tener a su hijo enfermo, es raro que utilice a ambos a la vez. (<http://www.ashermeadow.com>, 1996-2003)

### 3.2.8 TEORÍAS ACERCA DEL SÍNDROME DE MÜNCHAUSEN POR PODER:

Muchas teorías existen acerca de porqué una mujer puede llegar a fabricar o provocar enfermedades en sus hijos. Común a muchas otras de ellas, es una pérdida traumática temprana en la vida de la madre. Dicha pérdida puede llegar a provocar el rechazo maternal y la carencia de afecto y atención siendo niña. También puede ser representativa la pérdida de un padre o del amor de un padre durante un trato abusivo o negligente. (Bach, 1991 citado en <http://www.ashermeadow.com>).

Los casos de Help Seekers están dispuestos a realizar un pedido de ayuda, a diferencia de los típicos casos de Münchausen, que huyen de terapia y se rehúsan a ubicar a su hijo en un recinto de protección al menor. Estas madres aceptan ambas de éstas medidas para recibir ayuda.

En cambio los casos de Active Inducers y Doctor Addicts usan la relación con el profesional para intentar reparar pérdidas traumáticas tempranas (Libow y Schrier, 1986 citado en <http://www.ashermeadow.com>). Éstas madres expresan la furia originada por la pérdida temprana engañando al grupo de profesionales. Devaluando al médico, crean para ellas mismas protección, reconocimiento y seguridad. En otras palabras, usan a su hijo “enfermo” para crear una relación, basada en el engaño, con el profesional. “Sin embargo, es ésta misma relación la que la alimenta y protege de la desesperación”. (Schreier, 1992 citado en <http://www.ashermeadow.com>).

En definitiva ninguna investigación ha demostrado la existencia de una causa en particular que provoque la eclosión de esta patología, pero si se mencionan la posible existencia de algunos desencadenantes, siempre teniendo en cuenta que las experiencias previas que tuvieron estos padres no deben ser omitidas o subestimadas a la hora de buscar la etiopatogenia de la misma, ya que de acuerdo a sus diferentes intensidades, formas de vivirse y asimilarse pueden haberse interiorizado de manera no saludable, determinando una vivencia subjetiva incorrecta de relacionarse y comportarse como padres. Algunos de estos acontecimientos pueden ser:

- Historia de abuso durante la infancia del perpetrador.
- Rechazo hacia el hijo.

- Utilización del hijo como forma de poseer y mantener el control.
- Relación patológica con el hijo.
- Recompensa psicológica recibida de parte de la comunidad médica.  
(<http://www.emedicine.com>, 2004)

### 3.2.9 ETIOPATOGENIA:

En el caso específico del Síndrome de Münchausen Por Poder, si bien la psicopatología exacta es desconocida, se han publicado algunas concepciones que tratan de explicarlo.

La forma de vinculación entre la madre y su hijo tiene dos caras contradictorias: la visible socialmente que por sus acciones manifiestas se presenta como una excelente y preocupada cuidadora, y la invisible que consiste en una agresora despiadada con su hijo.

La mayoría de las publicaciones se inclinan por la literatura psicodinámica, que enfatiza la reacción hacia una pérdida, un modo de obtener atención y de sentirse poderosa.

“Este síndrome es predominantemente un desorden femenino en el cuál una personalidad inmadura con tendencias narcisistas, baja autoestima y un yo frágil posee una extrema necesidad de ser el centro de atención.” (Lasher, Louisa 2004)

Una característica particular de los perpetradores en esta patología es que presentan bajos niveles de autoestima y confianza en si mismos y por eso se sienten inseguros. Para contrarrestar estos sentimientos de inseguridad pasan largo tiempo de sus vidas tratando de crear situaciones en las cuales ellos sean tomados como el centro de atención. La necesidad de atención es inversamente proporcional a su madurez emocional.

En casos de personas que demandan atención de forma enfermiza como es el caso del Síndrome de Münchausen por Poder, el perpetrador crea oportunidades causando intencionalmente daño a otros para luego ser sus “salvadores”, mostrándose consternados y compasivos.

En éstas situaciones de enfermedad – rescate de la persona creadas artificialmente, se crean relaciones basadas en la dependencia entre el perpetrador y la víctima.

Como muchas otras patologías, el narcisismo se presenta en diversos grados y se revela de diferentes maneras.

El hecho de tener la necesidad extrema de ser el centro de atención lleva la mirada hacia la consideración de que el SMPP presenta un trastorno en la personalidad de orden narcisista, en el cual el perpetrador llena su sensación de vacío emocional adoptando el rol de madre dedicada a su hijo.

La necesidad de atraer la atención de otros, es un parámetro a considerar en aquellas personas que presentan un desorden narcisista, y es claro que hará lo que sea que esté a su alcance para lograr obtenerla.

Además estos adultos presentan una dependencia marcada volcada hacia el vínculo con su hijo, creándose una especie de simbiosis que se refuerza cada vez que se produce el abuso.

Se forma un vínculo entre madre e hijo mutuamente ansioso y sobreprotector. La madre despliega sobre el niño sus necesidades. El niño en estos casos, de alguna manera ayuda a sus padres a lidiar con sus propias preocupaciones psicológicas y médicas. (Waller, 1983 citado por Conway, D, 1990)

Algunos investigadores ofrecen la explicación de la existencia de una inespecífica disfunción cerebral. La madre puede haber experimentado abuso de niña o simplemente estar rechazando a su hijo por una razón desconocida. (<http://www.ashermeadow.com>, 1996- 2003)

Una de las explicaciones mas frecuentes cuando se habla del maltrato es la existencia de un tipo de negligencia biológica en uno de los padres que impide o imposibilita la adecuación de apegase sanamente a sus hijos. Entre los principales problemas detectados en las madres como fuentes de trastorno del apego biológico están los traumatismos, la depresión y alguna enfermedad mental.

Este síndrome puede ser explicado como una relación patológica con el niño, en la cual éste último se encuentra prisionero de su figura primaria de apego presentando graves perturbaciones a nivel de la diferenciación de su yo y del establecimiento de una relación objetal sana. Se produciría una especie de "intoxicación maternante". (Stierling, 1979 citado por Barudy, 1998)

Este tipo de progenitor no da lugar al niño para asegurarle una individuación integrada. Estos padres presentan un trastorno narcisista caracterizado por una

identidad profundamente egocéntrica, en el que se sienten con el derecho de invadir y controlar a sus hijos para reafirmar una imagen todopoderosa de ellos mismos. El otro miembro de la pareja parental está incluido en su cónyuge o totalmente ausente. (Barudy, 1998).

“El Síndrome de Münchhausen por Poder presenta la originalidad de ser la única forma de abuso infantil que se encuentra dada por la mediatización del maltrato, es decir que la madre utiliza la técnica y el cuerpo teórico médico para ejercer daño sobre el cuerpo de su hijo, accionar que invierte el orden natural tanto de la función materna como médica. El goce en la madre está sostenido en el provocar que terceros manipulen y dañen el cuerpo de su hijo convirtiendo esta forma de maltrato en un verdadero acertijo maquiavélico: es requisito inconsciente en la madre que sea la misma disciplina médica sostenida en la curación y alivio del sufrimiento físico quien ocasione el maltrato en el cuerpo del niño. No es menos enigmático que además el niño sea insistentemente llevado por la madre al lugar donde finalmente será desenmascarada su fabulación.” (Armus Marcela, 2002)

Queda resaltado que en este cuadro se presenta una forma de configuración triangular donde interjuegan la particular estructura psicopatológica de la madre, una vincularidad disfuncional con el hijo y la manipulación del tercer término que está dada por el médico (instrumento involuntario procurador del maltrato). Es decir que ésta es una forma específica de maltratar el cuerpo del niño a través de un tercer miembro: el médico y los instrumentos diagnósticos que este posee.

La estructura triangular puede ser evidenciada en el preciso momento en que el médico logra arribar al diagnóstico correcto. Por lo general los médicos pediatras ante estas situaciones en las que dudan del papel que juegan las madres sienten la necesidad de acudir a algún otro colega o psicólogo del servicio para comparar la sensación de malestar contratransferencial que les despierta un determinado caso. Es en ese momento, en que el médico terceriza su relato. El niño se encuentra capturado por la subjetividad materna. Este cuadro involucra una falta en la función paterna y muestra un niño librado a los efectos del maltrato.

En el Síndrome de Münchhausen, además se encuentra presente el mecanismo inconsciente de desmentida, condicionando y rigiendo los movimientos de los protagonistas del cuadro: el niño, la madre y el médico tratante. En cada uno

de ellos los efectos de la desmentida operan de la siguiente forma: en el niño interviene en la estructuración de su aparato psíquico. Se han publicado algunos relatos autobiográficos de niños que padecieron el Síndrome de Münchausen por Poder en los cuales describen el sufrimiento psíquico que padecieron para superar la idea de que sus propias madres eran las que les daban un discurso contradictorio en forma permanente, ya que en la realidad se estaba ejerciendo maltrato sobre ellos.

En la madre opera en la posibilidad de llevar al acto el goce encubierto en el maltrato, al lugar donde seguramente este maltrato será desenmascarado. Esta operación inconsciente se cristaliza en el acto concreto de llevar a un niño sano devenido enfermo por su discurso o por su acto desmintiendo lo que es en realidad una mera producción de su fabulación. Es tal la convicción materna de su poder de subversión del orden médico, que la lleva a eludir la realidad de que es en ese mismo lugar donde existe el riesgo de que puedan descubrirla. Parecería que tuviera una necesidad de ser castigada por algún sentimiento inconsciente de culpa.

En el médico el fenómeno de desmentida opera anulando su capacidad de reconocer una situación de violencia que después por sus características peculiares le resulta obvia: los síntomas físicos a los que hace referencia la madre no pueden ser corroborados por ningún estudio simplemente porque no existen. Fue la madre quien los fabricó para desviar su atención sobre la verdad encubierta del maltrato materno. El profesional se enfrenta con una descripción sintomatológica que parte de un discurso materno que no concuerda con lo que el mismo observa. A pesar de esto, entra en confusión, desmintiendo lo que en realidad sabe. De hecho cuando finalmente arriba al diagnóstico correcto tiene la sensación de haber sido engañado. (Armus Marcela, 2002)

Al darse cuenta de lo que esta pasando en realidad se quiebra esa alianza inconsciente en la que el médico participa involuntariamente.

El profesional de la salud comienza a vivir sensaciones de enojo, violencia y pérdida de dirección en la cura. Estos sentimientos contratransferenciales lo acercan a la verdad de los sentimientos hostiles maternos hacia el hijo. No es raro que comenten sentirse desautorizados y que sufran la misma serie de repetición que el niño: confundido, abusado, maltratado y violentado.

La etiopatogenia es compleja, implicando la existencia de una patología dual, a la vez que individual. En efecto, mientras que el niño puede considerarse objeto pasivo de esta forma de enfermar, la madre es el auténtico sujeto actuante o latente de la patología. El niño en su posición de vulnerabilidad, suele convertirse en el depositario del problema, como por ejemplo en situaciones de matrimonios con graves conflictos conyugales, o madres inmaduras, con personalidades patológicas, o con relaciones simbióticas y dependientes con sus hijos, llegan a elaborar síntomas o estados patológicos en éstos. De esta manera se entra en una dinámica contradictoria entre la preocupación por la salud del hijo y la necesidad de que esté enfermo, como modo compensatorio de sus propios conflictos. (<http://www.emedicine.com>, 2004)

Las motivaciones de la madre parecen representar la necesidad de ser parte de una relación perversa con el doctor o con el personal médico, en la cual la madre es muy dependiente de ellos, mientras que simultáneamente y a propósito causa gran daño y confusión. “La relación perversa es utilizada aquí como un trastorno de carácter. Produce una conciente violación de las normas sociales y un regocijo de sentirse capaz de engañar. Poseen la habilidad de llevar a cabo concientemente dos procesos simultáneos y contradictorios. Estas madres se sienten buenas cuidadoras, al mismo tiempo que están causando un perjuicio a sus hijos. Su pensamiento conceptual es pobre, pero sus habilidades perceptuales son muy notables, al menos en el área de la medicina.” (<http://www.emedicine.com>)

Estas madres se presentan por sus acciones como hambrientas de atención y con una necesidad importante de ser confirmadas como capaces de cuidar a sus hijos. Pareciera que esperaran que colmen de manera total algún tipo de carencia suscitada en su infancia, utilizándolos como “objetos de reparación” de sus faltas internas.

Spitz (1969) hace referencia a un número reducido de casos, difíciles de percibir ya que la actitud maternal es poco destacada y porque la edad en la que ocurre en los niños es muy temprana, pudiendo ser descubierta sólo por aquellos observadores sumamente experimentados. Denomina este cuadro como hostilidad materna compensada conscientemente.

La conducta maternal en estos casos es el resultado de un conflicto consciente. Para tales madres el hijo sirve de desahogo para sus satisfacciones narcisísticas y exhibicionistas, no como objeto amoroso. Una madre así se da cuenta de que su actitud es impropia y por eso conscientemente compensa con exceso su actitud mediante una enorme supuesta dulzura. Esta actitud materna se encuentra principalmente en los círculos intelectuales y profesionales

Pueden estar presentes algunas de las siguientes patologías de orden psicológico en el perpetrador: (<http://www.emedicine.com>, 2004)

- Síndrome de Münchausen.
- Personalidad narcisista.
- Borderline.
- Desorden somatoforme.
- Disociación pseudológica fantástica.

“Comúnmente, existe una historia precoz de abuso emocional y psíquico. Los pacientes parecen tener problemas de identidad, sentimientos intensos, control de impulsos inadecuado, un deficiente sentido de la realidad, episodios psicóticos breves y relaciones interpersonales inestables. La necesidad de que se les preste atención es pareja a la incapacidad de confiar en figuras autoritarias, que son manipuladas y continuamente provocadas o puestas a prueba. Son manifiestos los sentimientos de culpa y la necesidad de castigo.” (<http://www.ashermeadow.com>, 1996-2003)

**3.2.10 DIAGNÓSTICO:**

Debido a las consecuencias que provoca en el niño, es importante la confirmación ante un caso de sospecha de SMPP.

Meadow (1982) sugirió las siguientes pautas para la realización del diagnóstico:

- Estudiar la historia para determinar cuales eventos pertenecen a la realidad y cuales son inventados.
- Observar las asociaciones temporales entre la presencia de la madre y la aparición de la enfermedad.
- Investigar la historia personal, social y familiar que ha dado la madre.
- Contactar otros miembros del grupo familiar.
- Contactar al médico de cabecera de la madre para conocer si tiene antecedentes personales de padecer esta patología.
- Asegurarse que el laboratorio del hospital archive muestras de sangre, etc. del niño para posibles futuras investigaciones.
- Tratar de monitorear al niño y a la madre, en lo posible por video vigilancia.
- Considerar revisar las pertenencias de la madre en busca de posibles venenos o sustancias.

Lo más importante es, excluir a la madre por un día o dos para ver si los síntomas desaparecen.

El "Tratado de Pediatría " de Nelson destaca una serie de indicadores para el diagnóstico de esta forma de abuso infantil: ( Armus, Marcela, 2002)

1) La aparición de una enfermedad persistente o recurrente en el niño que no puede ser explicada desde el saber médico,

2) los estudios médicos varían de acuerdo al estado general de la salud del niño y no de acuerdo a los síntomas relatados por los padres,

3) los síntomas y signos observados por los médicos los llevan a dudar de su saber ya que no pueden ubicarlos en ninguna enfermedad conocida,

4) los síntomas desaparecen cuando se logra que los padres permanezcan alejados de sus hijos,

- 5) los padres son reticentes a alejarse ni siquiera por un breve lapso de tiempo de ellos,
- 6) los tratamientos médicos dan escasos resultados,
- 7) el médico considera el cuadro orgánico del niño como una enfermedad extraña y poco común,
- 8) los padres presentan menos signos de preocupación que el staff médico tratante y finalmente,
- 9) los médicos llegan a la conclusión de encontrarse ante un síndrome clínico que no responde al tratamiento adecuado suministrado.

En la actualidad los estudios con cámara de vigilancia oculta están siendo propuestos en los Estados Unidos, para todos los centros pediátricos de atención terciaria, puesto que el 53% de los casos diagnosticados se logran probar sólo de esta manera, y en un 22% se logra corroborar el diagnóstico. (<http://www.ashermeadow.com>, 2003)

El diagnóstico de este síndrome plantea serias dificultades. La presencia de una madre particularmente interesada por los procedimientos médicos o que busca segundas opiniones, en la mayoría de los casos obedece al legítimo interés por la salud de su hijo. La posibilidad de consultar a diferentes centros de salud, le permite al perpetrador pasar inicialmente desapercibido.

Complica aun más, el hecho de que, en un 10% de todas las consultas no se encuentra inicialmente una correlación científica, clara y bien establecida entre los síntomas y signos expuestos por el paciente y los estudios y abordaje inicial, aunque posteriormente se encuentra en una causa orgánica precisa.

Los casos son diagnosticados generalmente cuando se ha establecido un patrón de conducta de consulta, inconsistencias, repetidos resultados de estudios negativos y fallidas pruebas terapéuticas, y la presencia de un especialista que propone estrategias finalmente dirigidas a probar esta patología, como por ejemplo los videos con cámaras ocultas.

La presentación clínica puede ser variada, con síntomas inespecíficos relativamente agudos como dolor, sangrados o crónicos bien encasillados dentro de una enfermedad conocida, como convulsiones epilépticas. La mortalidad reportada

es de un 10%, y no es infrecuente que se diagnostiquen casos luego de que varios hermanos del paciente hayan fallecido por causas poco claras o en circunstancias inusuales. (<http://www.enplenitud.com>)

El Síndrome, que puede empezar con la fabricación de signos y síntomas leves y esporádicos, puede conducir a un cuadro gravísimo, incluso puede llevar a la muerte del niño, sobre todo cuando se configura como una situación persistente y se utilizan sustancias o productos químicos para la simulación.

Uno de los peligros que tienen estos niños de ser receptores de este tipo de ataques es que con el transcurrir del tiempo, se incrementa la posibilidad de ser sometidos a innumerables pruebas agresivas y exámenes médicos invasivos, para llegar a un falso diagnóstico de una enfermedad inexistente.

El adulto inventa o crea los síntomas del niño, confundiendo al médico que lo trata, con lo cuál se le somete a costosas, peligrosas y traumáticas maniobras diagnósticas y terapéuticas.

Los mecanismos pueden ser:

- Refiriendo una historia errónea de los hechos.
  - Proporcionando al niño sustancias (grandes cantidades de agua, sodio, aspirina, barbitúricos, laxantes, etc.).
  - Disminuyendo, interrumpiendo o modificando medicaciones indicadas.
  - Agregando sustancias a las muestras enviadas a laboratorio (orina contaminada con sangre menstrual o materia fecal, azúcar, sal, etc.).
- (<http://www.mbpexpert.com>, 2004)

Los cuadros clínicos observados en el niño pueden ser muy variados: problemas neurológicos, urológicos, digestivos, respiratorios, cuadros febriles, diabetes, hipoglucemias, traumatismos, infecciones, deshidratación, salpullidos cutáneos, etc. Los niños son sometidos a múltiples estudios, hospitalizaciones y tratamientos que con frecuencia originan un deterioro en su desarrollo psicofísico, riesgos graves e incluso la muerte.

**3.2.10.1 SIGNOS DE ALARMA:**

Incluyen uno o varios de estos ítems:

- Repetidas hospitalizaciones y extensos exámenes médicos que fallan en establecer un diagnóstico del cuadro.
- Persistente fracaso de la víctima para responder a la terapia.
- Madre que no parece preocupada por la enfermedad de su hijo pero que esta constantemente al lado del mismo durante la internación.
- Prolongada, inusual y multisistemática enfermedad con síntomas incongruentes.
- Los signos y síntomas desaparecen ante la ausencia del perpetrador.
- Un progenitor (generalmente el padre) esta ausente durante las hospitalizaciones.
- El estado general de salud del paciente no concuerda con los resultados de las pruebas de laboratorio.
- Existe un historial de Síndrome de muerte súbita en algún hermano del paciente.
- Madre quiere convencer al médico de que su hijo todavía se encuentra enfermo.
- Aparentan ser un modelo de familia perfecta.
- El niño presenta ansiedad excesiva de separación y exceso de sobreprotección.
- El niño no presenta comportamiento adecuado a su edad cronológica posiblemente ante la separación el niño muestre miedo, ansiedad, negativismo y luego progresa hasta un estado pasivo e indefenso. (<http://www.ashermeadow.com>, 1996-2003)

**3.2.10.2 INDICADORES FÍSICOS QUE PUEDEN OBSERVARSE:**

- Habitualmente se trata de un niño en la edad de lactante-preescolar (edad media de 4 años).
- Los síntomas y/o signos clínicos son persistentes (la duración de la "enfermedad" oscila entre unos pocos días a 20 años, con una media de 14 meses).

- Los síntomas y signos físicos más frecuentemente relatados, y generalmente de comienzo agudo, son: fiebre, alergias (a múltiples alimentos o medicamentos), apnea, convulsiones, envenenamientos, depresión de sistema nervioso central, dolor abdominal, pérdida de peso, vómitos, diarrea, hemorragias, erupciones, alteraciones en la orina, alteraciones en los resultados del laboratorio y abuso sexual.
- Además de los síntomas físicos, también puede presentar síntomas psicológicos y emocionales.
- Existe discordancia entre el aparente buen estado de salud del niño y la historia de graves síntomas clínicos y/o la alteración de las pruebas de laboratorio.
- Existe el antecedente de ingresos múltiples, en distintos hospitales, y abundantes exploraciones complementarias.
- Existe una enfermedad confirmada de causa inexplicable de algún hermano (la morbilidad de este síndrome es de alrededor de un 8% de los casos).
- Se ha producido una muerte de causa inexplicable (la mortalidad de este síndrome oscila entre un 10-20%, siendo mayor el riesgo en los niños menores de 3 años).
- El personal sanitario piensa en la posibilidad de hallarse frente a un caso nuevo insólito.

### 3.2.10.3 FORMAS CLÍNICAS DE PRESENTACIÓN Y MECANISMOS DE ENGAÑO: (Francisco, José, 2003 citado en <http://www.afecto.org.co>)

CARACTERÍSTICAS	PRODUCCIÓN	SIMULACIÓN
<b>HEMORRAGIAS</b>	Cumadina, warfarina, heridas	Sangre exógena. Colorantes
<b>CONVULSIONES</b>	Sofocación, agua, sal	Mentir
<b>FIEBRE</b>	Administración de sustancias.	Frotar o calentar termómetro. Adulterar registros
<b>DIARREA/DISENTERIA</b>	Laxantes, purgantes,	Mentir, agregar agua o

	bacterias	sangre
<b>VÓMITOS</b>	Ipecacuana, mecánica	Mentir
<b>AFECCIONES PIEL</b>	Sustancias irritantes, cáusticos, mecánica	Colorantes
<b>INTOXICACIONES</b>	Diversas sustancias	Mentir
<b>MODIFICACIÓN DE EXAMENES DE LABORATORIO</b>	Agregar sangre, azúcar, vómito, abrir líneas intravenosas	Adulterar resultados
<b>APNEA. PARO RESPIRATORIO</b>	Sofocación, drogas, envenenamiento	Mentir
<b>ABUSO SEXUAL</b>	Heridas en genitales	Mentir. Inducir a mentir
<b>DEPRESIÓN SNC</b>	Sedantes, gas doméstico	Mentir
<b>HIPOGLICEMIA</b>	Insulina, hipoglicemiantes orales	Ayuno
<b>INFECCIONES</b>	Administrar bacterias, pus, tierra, heces, saliva etc.	Adulterar resultados

#### 3.2.10.4 MÉTODOS DIAGNÓSTICOS: (Dorantes Clara Eugenia, 2000)

Se ha intentado formar una unificación de criterios para la identificación del Síndrome de Münchausen Por Poder, para lo cual se desarrollaron algunas pautas basadas en la experiencia y las recomendaciones de psicólogos. Las mismas están basadas en rasgos específicos identificados en la víctima, la madre, y la familia.

Las pautas se resumen en:

- Obtener y verificar las historias médicas y sociales pertinentes de la familia, hospitalizaciones anteriores, y los archivos médicos.
- Entrevistar al padre y a cualquier otro miembro de la familia solo cuando la madre no está presente con el fin de validar las historias de la madre.
- Internar al niño en el hospital para observar la interacción madre-hijo, vigilancia cercana de la madre, para obtener una relación temporal entre los síntomas y la presencia de la madre.

- Separar al niño de la madre en caso de ser necesario para proteger a la víctima y confirmar la cesación de los síntomas del niño durante la ausencia de la misma.
- Durante la hospitalización y bajo la observación directa, es importante obtener muestras fluidas del cuerpo del niño. Si un equipo multidisciplinario está de acuerdo con el procedimiento, pueden usarse las cámaras ocultas para grabar las interacciones del niño y la madre en la escena del hospital.
- Obtener la evaluación psicológica, y psiquiátrica del niño y la madre.
- Reunir un equipo para examinar los archivos objetivamente ante la madre y confrontarla.
- Informar a las autoridades que tengan a su cargo la protección del niño antes de confrontar a la madre.
- Asegurar la separación del niño y otros hermanos después de que la madre este informada del diagnóstico. Para una protección adecuada, es pertinente ubicar al niño en un lugar al que la madre no pueda acceder.
- Comenzar un tratamiento psicológico y psiquiátrico a corto y a largo plazo para la madre.
- Supervisar a largo plazo y de manera cercana para garantizar la seguridad del niño.

#### **3.2.10.5 SIGNOS Y EXÁMENES:** (<http://www.nlm.nih/cgi/medlineplus>)

- Los síntomas del niño no se ajustan a ningún cuadro de enfermedad clásica o no concuerdan entre sí.
- Los síntomas del niño mejoran en el hospital pero recurren al regresar al hogar.
- La sangre en las muestras de laboratorio no concuerda con el tipo de sangre del paciente.
- Evidencias inexplicables de drogas o sustancias químicas en el suero, en las heces o en la orina.
- Comportamiento excesivamente atento y "voluntarioso" de la madre o el padre, lo cual puede levantar sospechas a la luz de otros hallazgos.

- A menudo, la persona está involucrada en un campo de la salud, como la enfermería.

Algunas situaciones pueden ser sospechosas de SMPP pero en realidad no lo son, como por ejemplo éstas:

- Mentir sobre abuso sexual infantil por parte del padre para lograr decisiones legales en casos de divorcio.
- Fingir (niño) enfermedad para no ir a colegio o deportes.
- Fingir enfermedad para lograr beneficios, permisos, etc. (niño que engaña a la madre).
- Solicitar nuevas opiniones por creer que su hijo no está bien diagnosticado o tratado (Doctor Shop).
- Ansiedad, desconfianza del médico.
- Hiper reactivas por problema reciente. (Francisco, José, 2003 citado en <http://www.afecto.org.co>)

### **3.2.10.6 POSIBLES OBSTÁCULOS A LA HORA DE ESTABLECER UN DIAGNÓSTICO:** (Dorantes, Clara Eugenia, 2000)

Varios elementos pueden retardar a menudo el descubrimiento y la confirmación de un diagnóstico de Síndrome de Münchausen por Poder. Pueden presentarse los siguientes aspectos:

- El fracaso para considerar el Síndrome de Münchausen en el diagnóstico diferencial.
- Falta de familiaridad con el Síndrome de Münchausen por pediatras y otros miembros del cuerpo médico.
- Falta de certeza diferenciando ansiedad paternal y/o preocupaciones de la patología, por la tendencia del médico a creer la historia médica proporcionada por la madre.
- La habilidad de la madre para presentar un muy persuasivo y complicado historial médico, a menudo de diferentes hospitales y a veces de varias ciudades.
- Temor a una acusación falsa y a las repercusiones legales subsecuentes.

- La resistencia que existe para separar al niño de la familia, para evaluar la condición médica del niño sin la cercanía de la madre.

### **3.2.10.7 EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO:**

Se considera un equipo interdisciplinario al grupo de profesionales involucrados en estos fenómenos de abuso y maltrato contra menores, que deberían estar dispuestos a perseguir el objetivo de lograr reales planes asistenciales integrales de atención del niño y su familia, priorizando los criterios de un trabajo armónico, en los que cada uno tenga un pleno conocimiento de la ciencia que practican, haciendo recortes de la realidad desde su saber. Es decir aportar conocimientos sin perder la propia identidad de su disciplina.

Deben ser profesionales especializados ya que como en todo fenómeno humano se pueden dar una multiplicidad de causas de origen en la etiología del maltrato.

Puede arribarse a un diagnóstico oportuno si se logra que el niño sea atendido por un equipo compuesto por psicólogos, médicos, asistentes sociales, abogados actuando a favor del bienestar del menor.

- El papel del psicólogo es evaluar la relación madre-hijo, la condición psicológica de la madre, y el entorno psico - social de la familia.
- El papel del profesional de la medicina se encuentra orientado hacia la protección del niño y a buscar la seguridad inmediata y a largo plazo del niño.
- El papel de las instituciones de protección al menor debe ser proteger al niño haciendo un compromiso fuerte a la vigilancia a largo plazo e intervención de la familia la cual no podrá negarse. (Dorantes Clara Eugenia, 2000)

“Se trata de que cada uno se sitúe en un conjunto de manera que a través de un compromiso solidario y concertado, se garantice el intercambio de información y creatividad de todos los participantes. El elemento fundamental que debe animar estos procesos colectivos es la creatividad individual asociada a una dinámica colectiva.” (Barudy, Jorge, 1998)

### 3.2.11 TRATAMIENTO:

Una vez reconocido el síndrome, es necesario proteger al niño y retirarlo del cuidado directo de la madre o padre, a quien se le debe ofrecer ayuda más que acusarlo.

El objetivo primordial es proteger al menor víctima del maltrato, pero además es lograr que la familia afectada vuelva a cumplir su función primordial: ser medio de protección, contención y desarrollo de sus integrantes.

Cuando ha sido confirmado el caso, debe ser reportado a las autoridades policiales y a servicios sociales para que tomen cartas en el asunto ya que es una forma de abuso infantil en la cuál, la vida de niño se encuentra en peligro.

Lo más probable es que se recomiende terapia psiquiátrica para el padre o madre involucrada. “La psicoterapia debería ayudar al paciente a identificar y articular sus experiencias emocionales, para logra llevar una relación con su hijo que no este basada en la producción o simulación de enfermedades y para que pueda desarrollar un auténtico y consolidado sentido de sí misma”.  
(<http://www.nlm.nih/cgi/medlineplus>)

La psicoterapia será efectiva supuestamente en aquellas madres que se encuentran realmente motivadas en tratar de afrontar sus dificultades, si poseen un nivel promedio de inteligencia y si no se encuentra rodeada de problemas sociales o familiares, es decir es positivo que cuente con un ambiente favorecedor del cambio.  
(<http://www.nlm.nih/cgi/medlineplus>)

Sin embargo, dado que éste es un trastorno del cual poco se conoce, no hay estadísticas acerca del nivel de efectividad del tratamiento.

Implica la actuación de diversas disciplinas, desde los profesionales pediátricos y médico-generales a los de enfermería y cuidados sociales y de protección civil y sanitaria, pero muy especialmente de las disciplinas psicológicas como colaboradoras en la detección, atención del niño y de los padres, con la intención de modificar situaciones y actitudes patológicas.  
(<http://www.nlm.nih/cgi/medlineplus>)

“En los pacientes afectos del Síndrome de Münchausen con psicopatología de proporciones psicóticas incluidas en un trastorno caracterológico raras veces el tratamiento tiene éxito. Acceder a las manipulaciones del paciente aliviará su

tensión, pero sus proporciones aumentan, sobrepasando en última instancia lo que los pacientes pueden o desean hacer. El rechazo a cumplir las demandas terapéuticas o la confrontación resulta en reacciones de enfado y, en general, al traslado del paciente a otro hospital. Habitualmente se rechaza o se evita el tratamiento psiquiátrico, pero pueden aceptarse la consulta y las visitas de seguimiento, al menos para ayudar a resolver una crisis. No obstante, el tratamiento suele limitarse al reconocimiento precoz de la enfermedad y a evitar los procedimientos que impliquen algún riesgo, así como la medicación excesiva o no justificada". (<http://www.ashermeadow.com>)

### **3.2.12 PRONÓSTICO:**

De lo que acontezca con el niño depende, en gran medida, de la reacción de la madre ante la confrontación. Si la madre accede a someterse a un tratamiento terapéutico, se recomienda que el niño permanezca temporalmente al cuidado de una agencia de protección infantil. Si se niega, se tendrá que recurrir a tomar acciones legales para separar al niño de la madre. En otros casos la madre se niega al tratamiento y se desplaza hacia otra localidad para pasar desapercibida y poder continuar con el abuso.

Hay que tener extremo cuidado a la hora de devolver la custodia a la madre biológica. Se debe realizar un exhaustivo análisis de la situación y de los avances logrados en la terapia.

Este es un trastorno difícil de tratar en los padres y del cuál se tiene poca información sobre los mejores tipos de cuidados y sus resultados. Generalmente, requiere años de apoyo psiquiátrico.

Los niños pueden requerir atención médica para tratar las lesiones recibidas y atención psiquiátrica para manejar condiciones como depresión o ansiedad que puedan ser provocados por el abuso. Algunos niños pueden morir de infecciones o de otras lesiones infligidas por los padres que sufren este síndrome.

En padres con buen pronóstico se presentan las siguientes características:

- Asumen la responsabilidad de su comportamiento.
- Pueden mejorar sus habilidades como padres.
- Pueden poner las necesidades de sus hijos antes que las de ellos.

Aquellos padres que presentan un pronóstico pobre, exhiben altos grados de agresión y negación. (<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus>)

### 3.2.13 COMPLICACIONES:

El niño puede presentar complicaciones de lesiones, infecciones, medicamentos, cirugías o exámenes. El riesgo de complicaciones psicológicas como depresión, ansiedad, trastorno de estrés postraumático y otros aumentan en los sobrevivientes del maltrato infantil.

### 3.2.14 PREVENCIÓN:

Se debe entender como prevención a “aquellas acciones que se disponen y ejecutan con anticipación para evitar que un hecho suceda o, de haberse producido, para evitar que el daño que causa el mismo continúe” (DNA, 1999, citada en <http://www.monografias.com>).

Desde un comienzo el concepto de prevención se refería a procesos aparentemente unicausales, es decir que el origen de la enfermedad se remitía a un solo factor, sin embargo y a medida que se profundizó en el conocimiento de estos procesos y de otras causas de pérdida del estado de salud, se confirmó la complejidad en la causalidad, haciéndose necesario delimitar otros niveles de prevención y, por tanto, de intervención.

Se plantean tres niveles de prevención dependiendo del nivel de profundidad de su actuación:

La **prevención primaria** pretende disminuir el número de casos o su aparición. Se refiere a aquellos métodos aplicados a la población general.

Este nivel en la prevención incluye la intervención sobre la multicausalidad siendo, un marco global que va a tener impacto sobre el bienestar del sujeto y también en la disminución de la incidencia de un problema de salud específico.

La prevención primaria, aplicado a la situación del maltrato infantil, remite a intervenciones que influyan sobre el bienestar de la infancia, mediante medidas de carácter legislativo, de promoción de formas adecuadas de crianza y educación, de mejora de la imagen social de la infancia.

La **prevención secundaria** pretende reducir la prevalencia y reducir al máximo las manifestaciones tras el contacto con los agentes desencadenantes. Se refiere a los esfuerzos dirigidos hacia quienes se hallan o pudieran estar en una situación de alto riesgo de sufrir un trastorno determinado.

La prevención secundaria remite a situaciones en las que existiendo factores de riesgo, más o menos específicos para una enfermedad o síndrome, el proceso no se manifiesta de forma activa (período silente o presintomático, como por ejemplo el maltrato o abandono emocional) o bien se encuentra enmascarado por otras manifestaciones, aparentemente más relevantes, que no hacen referencia a las causas o al proceso en curso (retraso de crecimiento de causa "no orgánica", el Síndrome de Münchausen por Poder).

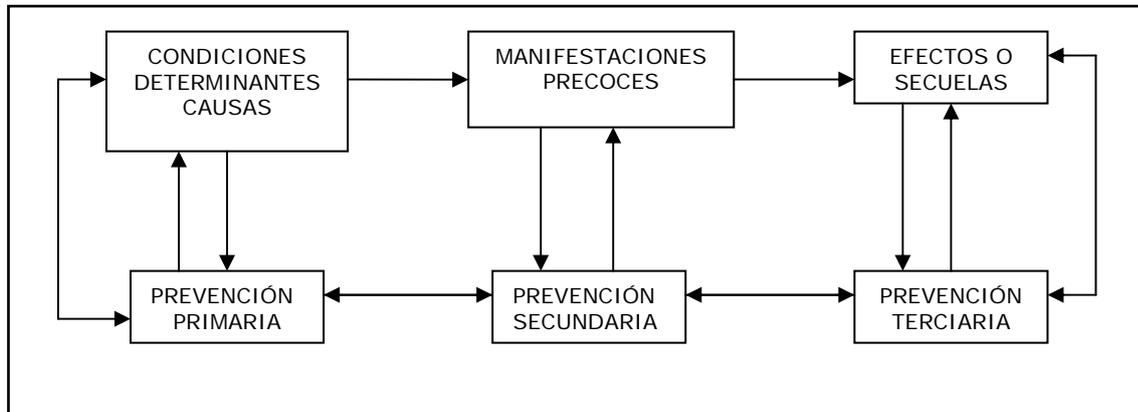
Los instrumentos operativos de este nivel de prevención incluyen la vigilancia epidemiológica de los factores de riesgo, que nos lleva a delimitarlos y a su detección y diagnóstico precoz y, por lo tanto, al manejo y solución de forma temprana y con anterioridad a la presentación de consecuencias nocivas derivadas de la acción de estos factores, es decir la intervención va dirigida a actuar sobre el proceso silente y presintomático.

La **prevención terciaria** pretende disminuir la prevalencia de las secuelas e incapacidades después de que la enfermedad ha aparecido, mejorar la calidad de vida de las personas afectadas y evitar su recaída. Son aquellas intervenciones que se dan tras la previa identificación de la enfermedad.

Incluye el diagnóstico y la actuación sobre la enfermedad establecida y sus secuelas, intentando modificar el curso del problema de salud, persiguiendo la participación del sujeto en la atenuación de las consecuencias del problema y mejorar sus capacidades para afrontarlo, evitando la exposición a los factores de riesgo, tanto específicos como inespecíficos, que originarían nuevas complicaciones.

En los casos de maltrato infantil, este nivel de prevención hace referencia a aquellos instrumentos que identifican los síntomas y signos de dicho maltrato, tanto en actividad como en evolución, así como la intervención sobre las consecuencias en el niño. Incluye la intervención sobre el contexto maltratante, de modo que la misma situación no se repita, sea cual fuere su forma de presentación. (<http://www.margen.org/investig/curso3/apunt88.html>)

Jorge Barudy (1998) presenta el siguiente modelo integral de prevención en el cuál cada nivel posee influencias en los demás de manera circular.



La detección del Síndrome de Münchausen en una relación padres-hijos puede evitar la continuidad del abuso y los exámenes médicos innecesarios, costosos y potencialmente peligrosos.

El Síndrome de Münchausen es conocido como una de las formas en que se manifiesta la violencia intrafamiliar. Sus complejas particularidades revelan cuán compleja es la trama vincular de la que emergen lo que, ofrece una orientación acerca de la naturaleza de las políticas sociales que hoy se exigen, tanto para la prevención como para el tratamiento, aún cuando predomine la codificación médica de la problemática. (Marcón, O, 2004)

Para que cualquier medida preventiva surta efecto, hay que dejar un poco de lado la milenaria concepción de que toda familia es centro de cuidados tiernos y afectuosos hacia los niños, existen disfunciones en los vínculos familiares que afectan la vida tanto física como psicológica de los menores, que si no son tomadas en cuenta pueden perjudicarlos de por vida si es que subsisten a los malos tratos.

Pueden efectuarse algunas medidas para la prevención como por ejemplo crear un registro nacional de padres que se sospeche o se tenga la confirmación de que padecen de Síndrome de Münchausen por Poder o Síndrome de Münchausen, entrenamiento para pediatras, psicólogos y psiquiatras acerca de este síndrome, alentar a los preceptores y maestras de las escuelas a identificar niños que posean un número significativo de ausencias por enfermedad.

Hay que tener siempre presente que cualquier intento de contribución a la prevención no debería ser visto como un gasto, sino como una inversión en tributo a la infancia.

# **CAPÍTULO N° 3**

# **METODOLOGÍA**

En una primera etapa, éste trabajo consistió primordialmente en una búsqueda exploratoria de información, particularmente teórica, acerca de en qué consiste el Síndrome de Münchausen por Poder, y cuales son sus principales elementos diagnósticos, para responder al propósito de incrementar el conocimiento respecto de la patología planteada.

En una segunda etapa, más cercana a la descripción de la situación en la que se encuentra la institución con respecto al estado de conocimiento que poseen los profesionales acerca del Síndrome de Münchausen por Poder, se hizo uso de una metodología de tipo cualitativa con el fin de realizar un análisis descriptivo de los datos recogidos por medio de la técnica de la entrevista y el cuestionario auto administrado.

## **1) INSTRUMENTO:**

El instrumento que se utilizó en este proyecto para la recolección de información y datos relevantes de la situación en primera instancia fue el empleo de una entrevista, entendiendo a la misma como una forma específica de interacción social que tiene por objeto recolectar datos para una indagación.

El investigador formula preguntas a las personas capaces de aportarle datos de interés, estableciendo un diálogo, donde una de las partes busca recoger informaciones y la otra es la fuente de esas informaciones.

La ventaja esencial de la entrevista reside en que son los mismos actores sociales quienes proporcionan los datos relativos a sus conductas, opiniones, deseos, actitudes y expectativas. (<http://www.server.southlink.com.ar>)

Se toma un modelo de entrevista semi estructurada, entendiendo por la misma a un encuentro entre dos personas, con la finalidad de que una interroga a la otra sobre un asunto específico que se encuentre investigando. Al ser semidirigida, las preguntas ya están preformuladas de antemano, con la particularidad, de que el entrevistador dispone de una cierta libertad en el interrogatorio, debiendo cumplir, con otras normas que deben permanecer invariables.

Como segundo instrumento se utilizó un cuestionario auto administrado, entendiendo al mismo como un conjunto de preguntas respecto a una o más

variables a medir, para obtener información de manera clara y precisa, que fue completado por los psicólogos integrantes del área de Salud mental del Hospital de Niños.

Se utilizaron preguntas cerradas, es decir conteniendo categorías delimitadas con anterioridad, entre las cuales el respondiente debe elegir la opción que mas describa su respuesta. (Hernández Sampieri, Roberto, 1998)

Existe un formato estandarizado de preguntas, donde el informante reporta sus respuestas en forma individual. Se lo eligió como principal instrumento de recolección de información, debido a que, en una previa exploración del Área de Salud mental, se pudo notar que el empleo de una entrevista iba a requerir demasiado tiempo, situación que por las características del hospital y el número de integrantes del Área, no iba a ser un recurso viable. El empleo de un cuestionario auto administrado significó un ahorro de tiempo significativo.

Las preguntas tanto de la entrevista como del cuestionario han sido confeccionadas, con el fin de realizar una exploración acerca del nivel de conocimiento que se tiene del Síndrome de Münchhausen por Poder, a nivel hospitalario desde el servicio de Salud Mental del Hospital de Niños de la Ciudad de Córdoba.

## **2) MUESTRA:**

El modelo de entrevista planteado fue administrado al Presidente de la Sociedad de Pediatría de Córdoba, el Doctor Enrique Ortega quien es también el director del Hospital Tránsito Cáceres de Allende de la Ciudad de Córdoba.

El cuestionario presentado se entregó a los Psicólogos que integran el área de Salud Mental del Hospital de Niños de la Ciudad de Córdoba.

## **3) ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN Y DATOS RELEVANTES:**

Los resultados obtenidos por medio de las entrevistas fueron analizados de modo descriptivo, buscando establecer el nivel promedio de conocimiento que se tiene de esta patología y cuanta importancia se le da a la implementación de programas de capacitación tendientes a contribuir a la prevención.

Se ha elegido este enfoque de análisis ya que lo que se busca primordialmente en este proyecto es establecer el estado de conocimiento que se tiene actualmente en el servicio de Salud mental del hospital de niños acerca del Síndrome de Münchhausen por Poder y si consideran importante la capacitación de los profesionales acerca del mismo con fines educativos y preventivos.

#### **4) DESCRIPCIÓN SITUACIONAL DE LA INSTITUCIÓN:**

De la entrevista realizada al Doctor Enrique Ortega se puede visualizar que el concepto del Síndrome de Münchausen se conoce parcialmente, no teniendo muy claros los indicadores pertinentes que hacen al diagnóstico del mismo, lo que hace pensar que al momento de poder estar frente a un caso potencial de esta patología no se tendría al Síndrome de Münchausen incluido en un diagnóstico diferencial.

El Doctor no ha sido testigo, según manifiesta, de ningún caso puntual del fenómeno estudiado en este trabajo.

También manifiesta los cambios que los sistemas de salud han ido sufriendo a lo largo del tiempo, no siempre para una mejor atención, ya que se trata, por lo general de resolver los casos de forma transitoria, sin realizar un diagnóstico profundo de los mismos. Debido a esto se han ido perdiendo figuras importantes como el médico de cabecera que facilitaría el seguimiento o la evolución de las enfermedades de cada niño, contando con la historia clínica como recurso fundamental para su estudio.

Remarca que debido a las condiciones tanto institucionales como propias de la personalidad de cada médico, se tiende a presurizar las consultas, tratando de despachar un número cada vez mas grande de pacientes por día, sobretodo en los hospitales públicos donde la demanda de atención se ha acrecentado enormemente.

Hace mención, que el Síndrome de Münchausen, dentro de los cuadros de maltrato, es el más complejo de diagnosticar y el más completo en cuanto a sus manifestaciones.

En los últimos tiempos los casos de abuso y maltrato han aumentado en un 300%, según comenta, lo que ha hecho que los centros de salud especializados en la atención de niños se encuentren en permanente contacto con los signos y síntomas acordes a cada situación, abordándolos de ser posible de forma multidisciplinaria, dándole exclusiva prioridad a la atención física propia del maltrato y a los componentes psicológicos que intervienen en el mismo.

El servicio de Salud Mental del Hospital de niños funciona desde los comienzos de la institución, cuenta con los siguientes profesionales: Una Jefa de Área, cinco (5) psicólogos, cuatro (4) psiquiatras, una (1) psicomotricista, una (1) psicopedagoga y un (1) secretario.

El funcionamiento de esta área consiste en la recepción de pacientes de alta complejidad por consultorios externos, incluyendo casos de patologías graves como psicosis, intentos de suicidio y abusos.

También tienen pacientes derivados de las interconsultas que incluyen todas las patologías, niños de las salas de internación, UTI (Unidad de Terapia Intensiva), UCI (Unidad de Cuidados Intensivos) y pacientes oncológicos quirúrgicos.

El servicio cuenta con programas sostenidos por una sola persona como son el de Estimulación Temprana, Talleres acerca de Diabetes, SIDA, Abuso sexual, Oncología y cuentan con una sala de juegos para pacientes internados de la cual se ocupan pasantes de la Universidad de Córdoba.

A partir del diagnóstico puede apreciarse que con el correr del tiempo, los casos de maltrato infantil en sus diversas formas se han incrementado notablemente, teniendo todos los días situaciones de abuso en la consulta pediátrica.

En la actualidad se abordan éste tipo de problemáticas, en forma interdisciplinaria, interviniendo las siguientes áreas: Salud Mental (Psicólogos, psiquiatras, psicomotricistas), Medicina Pediátrica, Medicina Forense, Asistencia social y Enfermería.

Ante la pregunta de si ante la sospecha de un caso de maltrato infantil, ellos como profesionales tenían la posibilidad de acceder a historias clínicas de otros centros de salud, las opiniones estuvieron divididas, pero en realidad coincidieron en el hecho de que no pueden acceder a los antecedentes directamente, sino por vía telefónica a través de Servicio Social.

Una vez identificado un caso de maltrato se realiza un seguimiento desde Salud mental a través de entrevistas varias con los padres y/o familia, psicodiagnóstico del niño, seguimientos desde Servicio Social, e inclusive la intervención del Juzgado de menores en caso de que fuera necesario.

En cuanto al conocimiento acerca del Síndrome de Münchausen por Poder, cinco de ellos respondieron que si habían escuchado acerca del mismo. Las respuestas a cuales eran los indicadores que caracterizan al Síndrome fueron las siguientes:

- “Enfermedades e internaciones a repetición sin causa orgánica comprobable o detectable”.
- “Niños que ingresan por diferentes enfermedades orgánicas o dificultades en una patología que no responden a causas médicas sino a maniobras de alguno de sus cuidadores, en general la madre”.
- “El niño/a es sometido por parte de la madre y/o padre a múltiples maniobras relacionadas con enfermedades”.
- “Incomprensión del relato y los síntomas físicos, madres poli consultoras a raíz de recurrentes adjudicaciones de sintomatologías y enfermedades”.

Puede observarse que conocen su definición, pero no acerca de los indicadores comportamentales que caracterizan a la patología en cuestión.

Respecto a si consideran necesaria la implementación de programas de capacitación en los hospitales para los profesionales la respuesta fue afirmativa unánimemente. Los motivos fueron:

- “Para profundizar sobre las implicancias de esta problemática (Síndrome de Münchausen por Poder) a nivel público”.
- “Porque es un síndrome complejo”.
- “Es necesaria la actualización en la formación de los profesionales y el intercambio interdisciplinario en la formación”.
- “Para detectar y prevenir”.

En la actualidad, según el Diagnóstico Situacional de la Institución, cuatro psicólogas dicen que funcionan cursos de Post grado interdisciplinario teórico asistencial para los profesionales y supervisiones periódicas de los casos. Dos dicen que no existe capacitación para los miembros del equipo de Salud Mental.

Se hizo mención que dentro del comité de maltrato del hospital se realizo un manual de procedimientos y pautas diagnósticas para el abordaje de las patologías, dentro del cual hay dos capítulos destinados a maltrato y abuso sexual.

## **5) PROPUESTA DE TRABAJO A DESARROLLAR:**

### **PLAN DE ACCIONES:**

El Plan de acciones es el conjunto detallado de actividades que se propone para el logro de los objetivos específicos y generales.

A continuación se detalla un plan de actividades con el fin de capacitar a los profesionales del Área de Salud mental del Hospital de Niños de la Ciudad de Córdoba, en cuanto al Síndrome de Münchausen por Poder.

Se considera oportuno y factible la idea de comenzar con un grupo pequeño de profesionales (Área de Salud mental) para luego poder expandir los conocimientos adquiridos en el proyecto hacia otros espacios profesionales como puede ser el ámbito de Medicina pediátrica, Enfermería, Psiquiatría, etc.; siempre articulado desde el servicio de Salud Mental, pero integrando disciplinas, para que la adquisición del conocimiento se produzca de forma gradual.

En el proyecto se incorpora la idea de Taller como modalidad de trabajo, entendiendo el mismo como un instrumento de trabajo grupal, otorgando cierta cuota de flexibilidad debido al número reducido de participantes y permitiendo articular elementos teóricos y prácticos para la adquisición del conocimiento e información necesaria.

Los talleres se llevarán a cabo en tres encuentros, una vez por semana, de aproximadamente tres horas cada uno, en los cuales se desarrollarán una serie de actividades pautadas previamente.

Este proyecto deberá aplicarse en dos tandas, para que los profesionales que componen el área de Salud mental puedan concurrir sin descuidar el Servicio que brindan. El horario en que se llevará a cabo será convenido, previa implementación del proyecto.

Los beneficiarios directos de este proyecto son los profesionales del área de Salud mental del Hospital de Niños, en cuanto a los beneficiarios indirectos serán los demás profesionales del hospital y los mismos niños que son y serán atendidos en la institución, ya que el mismo, tiende a la prevención de la actuación de esta patología y a la mejora de la calidad de atención de los menores.

## **5.1 JORNADA DE CAPACITACIÓN: SINDROME DE MÜNCHAUSEN POR PODER**

### **TALLER 1: INTRODUCCIÓN: APROXIMACIÓN AL CONCEPTO DE MALTRATO INFANTIL.**

#### **1º ACTIVIDAD: PRESENTACIÓN Y FORMULACIÓN DEL ENCUADRE DE TRABAJO.**

Tiempo de ejecución: Quince minutos.

Responsables de la ejecución: Psicólogo a cargo del proyecto y profesionales del Área de Salud Mental del Hospital de Niños.

Objetivo: Lograr un clima favorable de trabajo mediante la presentación de los integrantes del grupo y del psicólogo a cargo de la ejecución del proyecto.

Delimitar el encuadre con el cual se va a trabajar a lo largo de los diferentes encuentros.

Técnica a utilizar: cada uno se presenta a si mismo diciendo su nombre, cargo y expectativas acerca del Taller.

El psicólogo formula el encuadre de trabajo que incluye los objetivos del taller, los días en que se llevará a cabo, la duración, horarios y un resumen del plan de actividades que se llevara a cabo durante el mismo.

Lugar de realización: Sala ubicada en el Hospital de Niños, contigua a los consultorios de atención de pacientes.

#### **2º ACTIVIDAD: LLUVIA DE IDEAS.**

Tiempo de ejecución: Treinta minutos.

Responsables de la ejecución: Psicólogo a cargo del proyecto y profesionales del Área de Salud Mental del Hospital de Niños.

Objetivo: Lograr una primera aproximación en cuanto a las características que conforman el fenómeno del maltrato infantil para articularlas a las primeras nociones del Síndrome de Münchausen por Poder.

Técnica a utilizar: Como el grupo que compone el área de Salud Mental del Hospital de Niños de la Ciudad de Córdoba se enfrenta permanentemente con casos

de maltrato a menores, considero importante partir de aquellos conocimientos previos y experiencias personales que poseen los profesionales.

En una primera instancia el psicólogo a cargo del proyecto abre el encuentro pidiendo que cada uno de los profesionales comente lo que sabe o ha escuchado acerca del tema del maltrato infantil: se delimitarán áreas específicas de discusión para que no se extienda demasiado la actividad. Los temas puntuales serán:

- Definición de maltrato y abuso infantil.
- Clasificación de los tipos de maltrato infantil.
- Comentario de los principales modos de maltrato que se ven en el Hospital.
- Comentarios acerca del modo de abordaje que utilizan en el Hospital de Niños ante casos de maltrato infantil.

En una segunda instancia de ésta actividad se continuará con la misma técnica pero abordando un tema específico: Síndrome de Münchausen por Poder. El objetivo de esta segunda etapa dentro de la actividad es poner en común el conjunto de ideas y conocimientos que cada uno tiene sobre el tema para sondear más allá del diagnóstico realizado previamente acerca de que es lo que conocen relacionado a ésta patología.

Se parte del previo conocimiento de aquellas nociones o datos que los profesionales puedan llegar a tener, relacionados con la patología en cuestión (SMPP), como un recurso didáctico de primer abordaje, para que no se produzca un exceso de información teórica en una primera instancia otorgada por aquella persona que tenga a su cargo la ejecución del proyecto (Psicólogo). Además éste trabajo tiende a estimular la participación de los profesionales que van a ser capacitados durante el mismo, alentando la expresión libre pero pertinente de aspectos que puedan contribuir al incremento de conocimiento y a la comprensión del funcionamiento del Síndrome de Münchausen por Poder.

Lugar de realización: Sala ubicada en el Hospital, contigua a los consultorios de atención de pacientes.

**(Descanso de diez minutos)**

### **3º ACTIVIDAD: PROYECCIÓN DE FRAGMENTOS DE UNA PELÍCULA.**

Tiempo de ejecución: Cuarenta minutos.

Responsables de la ejecución: Psicólogo a cargo del proyecto y profesionales del Área de Salud mental del Hospital de Niños.

Objetivo: Mostrar visualmente aquellos modos particulares de actuar de las personas que sufren la patología planteada.

Técnica a utilizar: El psicólogo a cargo de la actividad proyecta fragmentos de una película pertinente a la problemática titulada Cuidado Intensivo (Título original: A child's cry for help) dirigida por Sandor Stern. Previamente a comenzar con la proyección se da la consigna a los profesionales de que observen atentamente los indicadores comportamentales que pueden extraer de la misma, pidiéndoles que los anoten en una hoja que será provista por el psicólogo coordinador de la actividad.

Lugar de realización: Sala ubicada en el Hospital de Niños, contigua a los consultorios de atención de pacientes.

Recursos materiales y tecnológicos: televisor, video reproductor, hojas blancas y lapiceras.

### **4º ACTIVIDAD: INTERCAMBIO ACERCA DE LO OBSERVADO EN LA PELÍCULA.**

Tiempo de ejecución: Cuarenta minutos.

Responsables de la ejecución: Profesionales del Área de Salud mental del Hospital de Niños y el psicólogo a modo de coordinador del grupo.

Objetivo: Lograr un apoyo visual que acompañe la teoría.

Técnica a utilizar: El psicólogo a cargo del proyecto pide que los integrantes del grupo comenten lo que observaron, e intercambien opiniones acerca del mismo a modo de debate. Paralelamente se irán anotando las ideas principales en un tablero.

Lugar de realización: Sala ubicada en el Hospital de Niños, contigua a los consultorios de atención de pacientes.

Recursos materiales y tecnológicos: tablero y marcador.

## **TALLER 2: PRESENTACIÓN DE ASPECTOS TEÓRICOS.**

### **1º ACTIVIDAD: TRANSMISIÓN DE CONCEPTOS FUNDAMENTALES ACERCA DEL SÍNDROME DE MÜNCHAUSEN POR PODER.**

Tiempo de ejecución: sesenta minutos.

Responsables de la ejecución: Psicólogo a cargo de la ejecución del proyecto.

Objetivo: Brindar conceptos teóricos pertinentes a los integrantes del taller acerca del Síndrome de Münchausen por Poder.

Técnica a utilizar: El psicólogo a cargo del proyecto realizará una exposición teórica, apoyándose en medios visuales como por ejemplo cuadros sinópticos, esquemas, etc. Los integrantes del grupo tendrán la posibilidad de aportar elementos que consideren pertinentes.

Se entregará a los integrantes del grupo un apunte impreso con los principales elementos conceptuales y diagnósticos de la patología para que puedan tener una guía durante la exposición.

Lugar de realización: Sala ubicada en el hospital, contigua a los consultorios de atención de pacientes.

Recursos materiales y tecnológicos: Afiches, cartulinas, tablero y marcador, apuntes impresos.

### **2º ACTIVIDAD: PRESENTACIÓN DE DUDAS.**

Tiempo de ejecución: Treinta minutos.

Responsables de la ejecución: Psicólogo a cargo de la ejecución del proyecto e integrantes del grupo.

Objetivo: Aclarar todos aquellos interrogantes que puedan haber surgido durante la exposición teórica.

Técnica a utilizar: El Psicólogo a cargo de la ejecución del proyecto preguntará al finalizar la exposición teórica si ha quedado alguna duda o interrogante que los integrantes del grupo quieran compartir.

Lugar de realización: Sala ubicada en el hospital, contigua a los consultorios de atención de pacientes.

Recursos materiales y tecnológicos: Afiches, cartulinas, tablero y marcador, apuntes impresos.

**(Descanso de quince minutos)**

**3º ACTIVIDAD: PRESENTACIÓN Y DISCUSIÓN DE UN CASO CLÍNICO.**

Tiempo de ejecución: Cuarenta minutos.

Responsables de la ejecución: Psicólogo a cargo de la ejecución del proyecto e integrantes del grupo de profesionales.

Objetivo: Llevar las nociones teóricas brindadas previamente a la realidad concreta de un caso clínico.

Técnica a utilizar: El Psicólogo a cargo de la ejecución del proyecto facilitará a los integrantes del grupo copias de un caso clínico extraído de Internet. Deberá ser leído y comentado por los miembros del grupo.

Lugar de realización: Sala ubicada en el hospital, contigua a los consultorios de atención de pacientes.

Recursos materiales y tecnológicos: Hojas impresas con el caso clínico.

**4º ACTIVIDAD: PRESENTACIÓN DE DUDAS Y COMENTARIOS ACERCA DEL CASO.**

Tiempo de ejecución: Treinta minutos.

Responsables de la ejecución: Psicólogo a cargo de la ejecución del proyecto como coordinador de la charla e integrantes del grupo de profesionales.

Objetivo: Intentar resolver los interrogantes que presenten los integrantes del taller luego de la presentación teórica.

Técnica a utilizar: El Psicólogo a cargo de la ejecución del proyecto coordinará la presentación del caso. Los integrantes del grupo comentarán el caso leído, dando sus opiniones y exponiendo aquello que les llamó la atención en un formato de debate.

Se pondrá énfasis en los siguientes puntos:

- ¿Cuál creen que fueron los principales elementos diagnósticos presentes en el caso?

- ¿Cuáles fueron los errores cometidos en el accionar de los profesionales en ese caso puntual?
- ¿Cuál consideran que sería el procedimiento adecuado a seguir en una situación similar?

Lugar de realización: Sala ubicada en el hospital, contigua a los consultorios de atención de pacientes.

Recursos materiales y tecnológicos: Hojas impresas con el caso clínico.

### **TALLER 3: CONCLUSIONES Y CIERRE DEL TALLER.**

#### **1º ACTIVIDAD: CHARLAS INFORMATIVAS**

Tiempo de ejecución: Cuarenta minutos.

Responsables de la ejecución: Psicólogo a cargo de la ejecución del proyecto. Puede contemplarse invitar a algún profesional experto en temas de salud (puede ser del mismo hospital de Niños fomentando la inclusión de otras disciplinas).

Objetivo: Ampliar el campo de información incluyendo otras áreas pertinentes de información.

Técnica a utilizar: El Psicólogo a cargo de la ejecución del proyecto o el experto, realizará una exposición teórica acerca de temas puntuales como por ejemplo:

- La importancia de la prevención en el ámbito de la salud tanto física como psicológica de una persona.
- Temas puntuales de maltrato infantil y como prevenirlo.
- La vulnerabilidad de los niños.
- Aspectos de la victimología.

Lugar de realización: Sala ubicada en el Hospital de Niños, contigua a los consultorios de atención de pacientes.

Recursos materiales y tecnológicos: Hojas impresas con conceptos claves del tema en cuestión, por ejemplo: La prevención: concepto, niveles, etc.

**(Descanso de diez minutos)**

#### **2º ACTIVIDAD: EXPOSICIÓN DE CONCLUSIONES.**

Tiempo de ejecución: Veinte minutos.

Responsables de la ejecución: Psicólogo a cargo de la ejecución del proyecto.

Objetivo: Dar un cierre al tema abordado en los talleres previos.

Técnica a utilizar: El Psicólogo a cargo de la ejecución del proyecto expondrá las principales conclusiones acerca del tema planteado: Síndrome de Münchhausen por Poder.

Lugar de realización: Sala ubicada en el hospital, contigua a los consultorios de atención de pacientes.

### **3º ACTIVIDAD: EVALUACIÓN DE LA TOTALIDAD DE LOS TALLERES.**

Tiempo de ejecución: Veinte minutos.

Responsables de la ejecución: Integrantes del grupo de Salud Mental del Hospital de Niños de Córdoba.

Objetivo: Conocer si se han cumplido las expectativas previas de los profesionales que asistieron a los Talleres y la eficacia en la transmisión de la información por parte del Psicólogo encargado de la ejecución del proyecto.

Técnica a utilizar: El Psicólogo a cargo de la ejecución del proyecto hará entrega de una encuesta con el fin de evaluar el taller realizado

Lugar de realización: Sala ubicada en el Hospital de Niños, contigua a los consultorios de atención de pacientes.

Recursos materiales y tecnológicos: Hojas impresas con la encuesta de evaluación.

### **4º ACTIVIDAD: CIERRE DE LAS ACTIVIDADES.**

Tiempo de ejecución: Diez minutos.

Responsables de la ejecución: Psicólogo encargado del proyecto.

Objetivo: Concluir la Jornada planteada.

Técnica a utilizar: El Psicólogo a cargo de la ejecución del proyecto determinará el cierre de actividades de los talleres planteados, agradeciendo la colaboración de los participantes y de las autoridades de la Institución.

Lugar de realización: Sala ubicada en el hospital, contigua a los consultorios de atención de pacientes.

**5.2 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES:**

	PRIMER MES		
TALLER 1	SEMANA 1	SEMANA 2	SEMANA3
Act 1	X		
Act 2	X		
Act 3	X		
Act 4	X		
TALLER 2			
Act 1		X	
Act 2		X	
Act 3		X	
Act 4		X	
TALLER 3			
Act 1			X
Act 2			X
Act 3			X
Act 4			X

**5.3 PRESUPUESTO:**

El presupuesto para la ejecución de este proyecto es de aproximadamente \$100. El dinero necesario será aportado por el Licenciado/a en Psicología que se hará cargo del mismo. No incluye remuneración al profesional, ya que lo llevará a cabo como trabajo de capacitación en calidad de voluntario, con el doble objetivo de hacer un aporte a la comunidad y además adquirir práctica profesional.

## 6) EVALUACIÓN DEL PROYECTO:

Mario Espinoza Vergara (1985) hace mención acerca de la evaluación de un proyecto diciendo que “constituye un proceso que tiene raíces desde el instante en que se inicia su fase diagnóstica y concluye en el momento en que, terminada su ejecución, se realiza una medición final de sus logros, se analizan esos logros y se extraen conclusiones finales”.

### MODELO DE ENCUESTA PARA EVALUAR EL PROYECTO:

Es muy importante conocer su opinión acerca de lo planteado y expuesto durante el desarrollo del taller. Sus respuestas y sugerencias serán tomadas en cuenta para mejorar la calidad del mismo.

Marque con una X la opción elegida:

1. Clasifique la claridad y explicación de lo expuesto en los talleres:
  - Excelente
  - Muy bueno
  - Bueno
  - Regular
  - Malo
2. Clasifique la importancia del tema planteado:
  - Excelente
  - Muy bueno
  - Bueno
  - Regular
  - Malo
3. El taller cumplió sus expectativas iniciales:
  - Si
  - No
  - Regular
4. ¿Le quedó alguna duda sin resolver?
  - Si ¿Cuál?
  - No

5. ¿Considera que el taller fue demasiado breve?
  - Si
  - No
6. ¿Cómo calificaría la dinámica de trabajo?
  - Excelente
  - Muy bueno
  - Bueno
  - Regular
  - Malo
7. Clasifique la participación del grupo
  - Excelente
  - Muy bueno
  - Bueno
  - Regular
  - Malo
8. Clasifique su participación:
  - Excelente
  - Muy bueno
  - Bueno
  - Regular
  - Malo
9. ¿Participaría de otro taller de estructura similar?
  - Si
  - No

Sugerencias: -----

-----

----

Muchas gracias por su colaboración.

## 7) PROPUESTA DE INTERVENCIÓN:

El siguiente protocolo ha sido confeccionado para ser administrado por el personal de Enfermería con el objetivo de agilizar el proceso de detección e intervención, ante la sospecha de un potencial caso de esta patología.

### PROTOCOLO DE DETECCIÓN DE INDICADORES DEL SÍNDROME DE MÜNCHAUSEN:

- Nombre del niño/a:
- Edad:
- Dirección:
- Nombre del padre:
- Nombre de la madre:
- Profesional a cargo:

Criterios de clasificación:

1. Nunca      2. A veces      3. Siempre

	Aspectos a considerar:	1	2	3
1	Presenta enfermedad recurrente sin explicación			
2	Presenta síntomas inapropiados o incongruentes			
3	Tratamiento es ineficaz o mal tolerado			
4	Se indica alérgico a varios medicamentos			
5	Alta incidencia de enfermedades en la familia			
6	Madre especialmente pendiente del hijo cuando hay personal del hospital cerca			
7	Madre exige los últimos avances médicos en cuanto a diagnóstico y tratamiento			

8	Madre presenta "muy buena relación" con el personal médico			
9	Madre no quiere alejarse nunca del lado del hijo			
10	Madre se la ve feliz de estar en el hospital			
11	Madre presenta una tranquilidad inusual			
12	Madre posee experiencia previa o estudios en medicina o enfermería			
13	Los síntomas del niño desaparecen en ausencia de la madre			
14	Hay antecedentes familiares de muertes inexplicables o de secuelas graves en otros hijos			
15	Madre presenta enfermedades sociales como drogadicción, alcoholismo, otras. (Especificar)			

## **8) CONSIDERACIONES FINALES:**

Toda etapa de la vida que comienza debe terminar en algún momento, y éste trabajo representa la culminación de un período de mi vida totalmente distinto, ya que durante su transcurso estuvo plagado de inseguridades, desafíos y responsabilidades que me hicieron madurar tanto en lo personal como en lo profesional.

Este trabajo perseguía principalmente la transmisión de conocimientos referidos al Síndrome de Münchausen Por Poder a los profesionales del Área de Salud Mental del Hospital de Niños, porque considero que el manejo de información proporciona las herramientas necesarias para actuar en determinadas circunstancias, y que a veces el permitirse dudar de ciertos elementos diagnósticos que parecieran evidentes puede salvar la vida de un niño.

Sería importante que la población comience a pensar en la prevención como una inversión a corto y largo plazo de la cual cada uno de nosotros se vería beneficiado en algún momento.

Todo lo que se haga en favor de la niñez contribuirá a formar una patria grande, algunos lo haremos por vocación, otros en defensa propia, porque los niños mal tratados o mal queridos de hoy, manejarán nuestro mundo mañana.

¿Qué les podremos pedir mañana si cuando fueron niños no supimos defenderlos? ¡Todo un tema que debería desvelarnos!

Gracias a los familiares, amigos y profesores que me apoyaron haciéndome sentir que había elegido un buen camino y a aquellos que me acompañaron en todo momento no dejándome que me rinda ante alguna adversidad.

Virginia Soria Güidone.

## 9) BIBLIOGRAFÍA Y FUENTES DE INFORMACIÓN:

- Armus, M. (2002) *Una aproximación a los fenómenos intersubjetivos en juego en Síndrome de Münchausen por poder*. Revista Méx. Puer Ped, páginas 90-95.
- Barudy, J (1998): *El dolor invisible de la infancia. Una lectura ecosistémica del maltrato infantil*. España: Editorial Paidós Terapia Familiar.
- Berenstein, I (1996): *Psicoanalizar una familia*, Argentina: Editorial Paidós.
- Delval, J (1998) *El desarrollo humano*. España: Editores Siglo 21.
- Dussich, J, (1999): *Abuso de poder*, Revista de Victimología nº 19, Pág. 53, Argentina: Editorial Advocatus.
- Eminson, M; Jureidini, J. (2003) *Concerns about research and prevention strategies in Münchausen Syndrom by Proxy (MSBP) abuse*. Child Abuse & Neglect, Volume 27, Issue 4 , Páginas 413-420.
- Espinoza Vergara, M. (1985) *Evaluación de proyectos sociales*. Buenos Aires, Argentina: Ed. Humanitas
- Hernández Sampieri, R; Fernández Collado, C; Baptista Lucio, P; (1998): *Metodología de la investigación*, México: Ed. Mc Graw Hill, segunda edición, páginas 276-278.
- Maida S., A, Molina P., M y Carrasco CH., X. (1999): *Síndrome de Münchausen-por-poder: un diagnóstico a considerar*. Rev. child. pediatric., vol.70, no.3, p.215-220.
- Marchiori, H (1999): *Criminología, Introducción*, Córdoba, República Argentina: Marcos Lerner Editora.
- Minuchín, S (1999): *Familias y Terapia Familiar*, Barcelona: Editorial Gedisa.
- Rosenberg, D. (2003): *Münchausen Syndrome by Proxy: medical diagnostic criteria*. Child Abuse & Neglect, Volumen 27, páginas 421 – 430.
- Spitz, R (1969) *El primer año de vida del niño*. México: Fondo de cultura económica.
- Yocco, M (1992): *El niño víctima de su grupo familiar* Revista de Victimología Nº 2, pág. 57- 66, Argentina: Ed Advocatus.

**ARTÍCULOS EXTRAÍDOS DE PÁGINAS EN INTERNET:**

- American academy of child and adolescent psychiatry. (2004) *El maltrato infantil: los golpes ocultos*, N° 5. Recuperado el 14/10/05 de <http://www.aacap.org>
- Conway, D (1990): *Münchhausen Syndrome by Proxy: Integration of Classic and Contemporary Types*. Recuperado el 11/11/05 de [http://www.ipt-forensics.com/journal/volume2/j2\\_2\\_4.htm](http://www.ipt-forensics.com/journal/volume2/j2_2_4.htm).
- Dorantes, C (2000): *Madres que asesinan a sus hijos*. Recuperado el 14/10/05 de <http://www.enplenitud.com>.
- Espinosa Brito, A y su equipo (2000). *Síndrome de Münchhausen. Un reto para el clínico*. Rev cubana med, v.39 n.4. Recuperado el 12/10/05 de <http://www.scielo.sld.cu>
- Feldman, M; Brown, R. (2002): *Münchhausen by Proxy in an international context*. Child Abuse & Neglect, Volumen 26, Páginas 509-524. Recuperado el 13/06/05 de <http://www.sciencedirect.com>.
- Jablonski, S. (1991) *Síndrome: un concepto en evolución*. Recuperado el 27/04/06 de [http://www.bvs.sld.cu/revistas/aci/vol3\\_1\\_95/aci06195.htm](http://www.bvs.sld.cu/revistas/aci/vol3_1_95/aci06195.htm)
- Lasher, L (2004) Recuperado el 05/03/06 de <http://www.mbpexpert.com>.
- La voz del Interior. (2001): *Accidentes: primera causa de muerte en niños*. Córdoba, Argentina, Sección: Sociedad. Recuperado el 20/08/05 de <http://www.lavozdelinterior.com.ar>.
- Marcón, O. (2004): *Síndrome de Münchhausen, violencia intrafamiliar*. Recuperado el 11/11/05 de <http://www.elcronistaregional.com/vida>.
- Reyes Gómez, U. (2002): *Formas raras de maltrato infantil: el síndrome de Münchhausen por poder*. México. Recuperado el 29/03/06 de <http://www.psicococonsul.com>.
- Smith Alexander, R, (1990): *Serial Münchhausen's Syndrome by Proxy*, vol. 86,581-585. Recuperado el 29/03/06 de <http://www.ashermeadow.com>.
- Toledo, R (1998): *El maltrato infantil: un problema mundial*. Salud Pública México. Recuperado el 29/03/06 de [http://www.gob.mx/wb2/egobierno/egob\\_Maltrato\\_infantil](http://www.gob.mx/wb2/egobierno/egob_Maltrato_infantil).

## **PÁGINAS EN INTERNET CONSULTADAS:**

- <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/001555.htm>, recuperada el 12/06/05.
- [www.aepap.org](http://www.aepap.org), recuperada el 12/06/05.
- <http://www.api.org.ar/munchausen.htm>, recuperada el 20/08/05.
- [http://www.gob.mx/wb2/egobierno/egob\\_Violencia\\_Intrafamiliar](http://www.gob.mx/wb2/egobierno/egob_Violencia_Intrafamiliar), recuperada el 29/03/06.
- <http://www.monografias.com>, recuperada el 29/03/06.
- <http://www.jubilatas.com/canal/ver.php3?id=1488>, recuperada recuperada el 20/08/05.
- <http://www.ashermeadow.com>, 1996-2003, recuperada el 29/03/06.
- [http://www.spp.org.py/guia\\_abuso.htm#Munchausen](http://www.spp.org.py/guia_abuso.htm#Munchausen), recuperada el 13/07/05.
- <http://www.munchausen.com>, recuperada el 29/03/06.
- <http://www.sap.org.ar>, recuperada el 29/03/06.
- <http://www.emedicine.com>, recuperada el 20/08/05.
- <http://www.sciencedirect.com>, recuperada el 13/06/05.
- <http://www.psycoconsul.com>, recuperada el 29/03/06.
- [http://www.afecto.org.co/docs/jose\\_francisco.ppt](http://www.afecto.org.co/docs/jose_francisco.ppt), recuperada el 29/03/06.
- <http://www.margen.org>, recuperada el 09/02/06.
- <http://www.server.southlink.com.ar/vap/recoleccióndelosdatos.htm>, recuperada el 09/02/06.
- [http://www.bvs.sld.cu/revistas/aci/vol3\\_1\\_95/aci06195.htm](http://www.bvs.sld.cu/revistas/aci/vol3_1_95/aci06195.htm), recuperada el 29/03/06.
- <http://www.psicopedagogía.com>, recuperada el 14/10/05.
- <http://www.medlineplus.com>, recuperada el 29/03/06.
- <http://www.insp.mx/salud>, recuperada el 29/03/06.
- <http://www.enplenitud.com>, recuperada el 14/10/05

# **CAPÍTULO N° 4**

## **ANEXOS**

### **1) MODELOS DE LOS INSTRUMENTOS IMPLEMENTADOS EN LA DESCRIPCIÓN SITUACIONAL DE LA INSTITUCIÓN:**

## ENTREVISTA:

Las preguntas que forman parte de la misma son las siguientes:

- Nombre y apellido:
- Cargo que desempeña en la institución:

Preguntas:

1. ¿Es frecuente en la consulta Pediátrica detectar situaciones de maltrato infantil, en cualquiera de sus formas?
2. ¿Qué signos o síntomas de maltrato son mas frecuentes de observar?
3. ¿Ha tenido oportunidad de presenciar casos en los cuales se presentan síntomas recurrentes o inexplicables en el niño y que no responden a una causa física comprobable?
4. Ante un caso de maltrato infantil, ¿Cuál es el procedimiento a seguir dentro del hospital?
5. En la actualidad, ¿Se abordan de forma interdisciplinaria estos tipos de problemática?
6. Una vez identificado un caso, ¿se realiza algún tipo de seguimiento del mismo?, ¿Cómo?
7. Usted como profesional, ante la sospecha de un caso de esta índole, ¿tiene la posibilidad de acceder a historias clínicas de otros centros de Salud?
8. ¿Está usted obligado a denunciar judicialmente una situación de maltrato infantil?
9. ¿se utilizan gabinetes específicos para la atención del niño y su familia?
10. ¿Conoce una patología denominada Síndrome de Münchausen por Poder?
11. ¿Esta informado acerca de los indicadores que caracterizan el Síndrome de Münchausen por Poder?

**CUESTIONARIO ÁREA DE SALUD MENTAL DEL HOSPITAL DE NIÑOS:**

- Cargo que desempeña en la institución:

Marque con una cruz la opción que corresponda:

1. ¿Es frecuente en la consulta pediátrica detectar situaciones de maltrato infantil en cualquiera de sus formas?

- SI
- NO
- AVECES

2. En la actualidad ¿se abordan de forma interdisciplinaria éste tipo de problemática?

(En caso que su respuesta sea afirmativa, indique que disciplinas intervienen en la consulta)

- SI ¿Cuáles?-----
- NO
- AVECES

3. Usted como profesional, ante la sospecha de un caso de maltrato, ¿tiene la posibilidad de acceder a historias clínicas de otros centros de salud?

- SI
- NO

4. Una vez identificado un caso de maltrato ¿se realiza algún tipo de seguimiento del mismo?

- SI ¿Cómo?-----
- NO

5. ¿Conoce una patología denominada Síndrome de Münchausen por Poder?

----- SI

----- NO

6. ¿Esta informado acerca de los indicadores que caracterizan el Síndrome de Münchausen por Poder? (En caso de que su respuesta sea afirmativa, especifique cuales conoce)

----- SI ¿Cuáles?-----

----- NO

7. ¿Ha presenciado o escuchado de algún caso del cuál se sospechara que correspondiera a ésta patología?

----- SI

----- NO

8. ¿Considera necesaria la implementación de programas de capacitación en los hospitales para los profesionales?

----- SI ¿Por qué?-----

----- NO

9. ¿Funciona actualmente algún tipo de programa de capacitación en el área de salud mental para los profesionales?

----- SI ¿Cuál?-----

----- NO

Muchas gracias por su tiempo y colaboración.

## 2) CASO CLÍNICO:

## **SÍNDROME DE MUNCHAUSEN-POR-PODER: UN DIAGNÓSTICO A CONSIDERAR**

Ana Margarita Maida S.; María Elisa Molina P.; Ximena Carrasco Ch.

Ester, de 28 días de vida, ingresó al servicio de Urgencia del Hospital Calvo Mackenna en agosto de 1998, presentando un cuadro respiratorio obstructivo y sangramiento de la boca y fosas nasales. Los médicos que la vieron decidieron hospitalizarla, no sólo por la gravedad del cuadro que presentaba, sino también por los alarmantes antecedentes que la madre refería. La niña era su quinta hija, y la única viva. Sus cuatro hijos mayores habían muerto, decía la madre, por cuadros de "muerte súbita".

Fue internada de inmediato ante la posibilidad de un episodio de ALTE. La radiografía obtenida al momento de su ingreso revelaba abundantes imágenes pulmonares sugerentes de bronconeumonía.

Al día siguiente, Ester estaba curiosamente bien: activa, con llanto vigoroso y con hambre. No parecía en absoluto la lactante gravemente enferma de la noche anterior. Una nueva radiografía confirmaba tan notable mejoría. Las imágenes de condensación casi habían desaparecido y la batería de exámenes tomados al ingreso resultó normal, a excepción de una anemia marcada. Estos elementos clínicos y su evolución hicieron pensar en una hemorragia pulmonar y en condiciones que la causaran. Con ese fin, los médicos propusieron un completo plan de estudio para descartar tanto patologías causantes de hemorragia pulmonar como alguna enfermedad familiar responsable de la enfermedad de ella y de la muerte de sus hermanos. Algunos hechos, sin embargo, llamaron la atención del médico que conversó con la madre al momento del ingreso. En primer lugar, que todos estos niños eran medio hermanos entre sí, ya que ella había tenido cinco hijos y un aborto con cuatro parejas distintas. La posibilidad de una enfermedad congénita, o metabólica, se hacía remota. En segundo lugar, que no recordara con claridad ni las fechas de nacimiento ni de defunción de sus otros niños, más aún, no recordaba siquiera el nombre de su primer hijo.

La madre de Ester, Lucía, de 33 años, vivía con Julio, su cuarto conviviente y padre de la niña. Los niños muertos eran fruto de uniones anteriores. Julio, por su parte, tenía otros dos hijos, de 6 y 8 años, que vivían con él. De hecho la pareja se

había conocido cuando Julio había buscado una persona para que cuidara a sus hijos mayores. Con ellos vivían también la madre de Julio, un hermano de 36 años y dos sobrinas de 18 y 13 años.

El equipo médico, además de rastrear enfermedades congénitas o metabólicas, requirió información referente a los otros niños y a las circunstancias de su muerte. De hecho, el médico que ingresó a Ester al hospital, además de los diagnósticos de bronconeumonía viral y apnea en estudio, planteó también un síndrome de Münchhausen-por-poder.

Los exámenes realizados a Ester permitieron ir descartando malformaciones vasculares de la vía aérea y del pulmón, hemosiderosis pulmonar primaria, hemosiderosis pulmonar secundaria a alergia a proteínas de la leche de vaca. Se estudió también causas de apnea en el lactante como enfermedades metabólicas, malformaciones del sistema nervioso central, infecciones virales y reflujo gastroesofágico.

Condiciones médicas descartadas durante la hospitalización de Ester:

- Trastornos de la coagulación
- Bronconeumonía viral, bacteriana
- Cardiopatía congénita
- Fractura de cráneo y huesos largos
- Síndrome convulsivo
- Crisis de apnea
- Hemosiderosis pulmonar primaria
- Hemosiderosis pulmonar secundaria a alergia a la proteína de leche de vaca
- Reflujo gastroesofágico
- Errores congénitos del metabolismo de los aminoácidos
- Errores congénitos del ciclo de la urea
- Errores congénitos del metabolismo que cursan con ácido láctico o pirúvico elevado
- Condiciones médicas comprobadas durante hospitalización:

- Anemia interpretada por hematólogos como secundaria a hemorragia de la vía aérea.

Un hecho que llamó la atención a los médicos fue que, habiendo ingresado por una apnea, y por ello monitorizada, la paciente no presentó ningún episodio sugerente durante su estadía en el hospital. Por el contrario, se alimentaba y progresaba de peso espléndidamente. En los 56 días de su hospitalización sólo hubo un episodio alarmante que se produjo cuando la niña estaba a solas con su madre, la cual habría dicho a la auxiliar de enfermería que Ester había presentado una apnea pues el monitor había sonado. Al observar que la niña respiraba tranquila, esta atribuyó la alarma a una falla del aparato y no una apnea. Más tarde, la madre dijo que había observado otros cuatro episodios de apnea ante los cuales no pidió auxilio ni llamó a otras personas. Por el contrario, se fue a almorzar y sólo después de almuerzo relató lo que había observado. Estos sucesos provocaron nuevas baterías de exámenes y nuevas evaluaciones de los especialistas.

La probabilidad que lo que había ocurrido a Ester y también a sus hermanos fuese algo provocado por la madre, empezó a cobrar mayor fuerza, un intento de sofocación puede causar una hemorragia de la vía aérea e imágenes pulmonares como las que mostraba la radiografía de Ester a su ingreso. Pero esta hipótesis resultaba difícil de creer a los médicos al ver siempre a Lucía muy preocupada por su hija. ¿Cómo pensar así de una mujer que ya había perdido a cuatro pequeños hijos? En este sentido es interesante revisar la ficha médica de Ester. La evolución diaria realizada por su médico permite seguir su línea de pensamiento, en la que oscila entre creer en esta sospecha y buscar activamente razones que le permitan plantear otros posibles diagnósticos.

El equipo médico contactó a la Fundación de Prevención de Violencia Intrafamiliar (PREVIF), de la Unidad de Psiquiatría del Hospital Luís Calvo Mackenna, para colaborar con la investigación de un posible Münchausen-por-poder. Se realizó una reunión clínica multidisciplinaria donde participaron una asistente social, psicoterapeutas y un abogado. Se decidió que las medidas urgentes eran evaluar psicológicamente a la madre y recopilar la información de las historias médicas de los hermanos.

Los antecedentes entregados por los distintos hospitales donde habían estado internados, los informes de las autopsias y los certificados de defunción, fueron haciendo cada vez más plausible que la patología de Ester era provocada, observándose en cada uno de los hermanos los siguientes antecedentes:

El hermano mayor, nacido en octubre de 1986, fue hospitalizado a los cuatro meses por diarrea aguda y síndrome convulsivo. Se trató con fenobarbital, reingresando por convulsiones tres días después. Alta con diagnóstico de reflujo gastroesofágico. Dos días después reingresa por "ahogo", agitación, temblor generalizado, y pérdida de conciencia. Permanece dos días en el hospital, asintomático. Alta en buenas condiciones. Trece días después fallece en su casa a los cinco meses de edad. El certificado de defunción: extraviado.

El segundo hermano, nació en julio de 1988 de pretérmino. Primera hospitalización a los dos meses por crisis de apnea. Se atribuyó a ductus arterioso persistente. Reingresa cuatro días después por presentar nueva crisis de apnea. Se descarta equivalente convulsivo, ductus en vías de cierre, se descarta como factor etiológico de apnea. Nueva hospitalización dos semanas después por episodios de cianosis relatados por la madre. Se estudian causas sin llegar a diagnóstico. Catorce días después reingresa por bronconeumonía posiblemente viral. Evoluciona bien. Tres días después reingresa por "ahogos". Los exámenes realizados son negativos. Sexta hospitalización, de un mes de duración, se diagnostica reflujo gastroesofágico y se opera. Evoluciona bien. La siguiente hospitalización es nuevamente por apnea. Es monitorizado, sin presentar crisis, tiene una diarrea de evolución tórpida, pero al alta está en buenas condiciones. Tres días después el niño fallece en su casa, a los ocho meses de edad. El certificado de defunción dice: "neumopatía aguda bilateral. Distrofia".

El tercer hermano nace en agosto de 1993, prematuro. A los 20 días control en cardiología por antecedente de "hermanos muertos de muerte súbita", se diagnostica ductus, sin compromiso hemodinámico. Diez días después: "Sano. No requiere control por especialidad". Fallece a los tres meses. Certificado de autopsia: "Encefalopatía hipóxica. Asfixia".

El cuarto hermano nace en diciembre de 1994, de pretérmino. Alta de maternidad con monitor de apnea por antecedente de hermanos muertos. Atendido

durante primera hospitalización por crisis de cianosis "detectada por la madre". Se diagnosticó reflujo gastroesofágico y comunicación interauricular. Previo al alta la madre es vista en Psiquiatría y considerada "en condiciones de cuidar a su hijo". Dieciocho días después consulta en otro hospital por apnea, palidez, hipotonía. Alta en buenas condiciones con monitor de apnea e indicación de control en Cardiología y Neurología. En catorce días muere, a los cuatro meses de vida. Informe de autopsia: "Asfixia por sofocación por aspiración de vómitos".

La evaluación psicológica de la madre efectuada a través de un test de Rorschach se resume como sigue: Alteración en enjuiciamiento de la realidad. Dificultad de manejo y control de impulsos agresivos. Tendencia a mentira consciente, al encubrimiento y simulación. Pérdida de límites de tiempo, de espacio y persona bajo situación de tensión. Rechazo inconsciente de papel femenino y funciones biológicas.

Con todos estos antecedentes se convocó a una reunión conjunta de PREVIF y el equipo médico. En esta reunión se planteó la posibilidad de solicitar una medida de protección para Ester para que no regresara a su hogar, ya que la información reunida hacía presumir que su vida corría allí un serio riesgo. La abogada que participó expuso las dificultades legales que suponía solicitar esta medida sin tener una evidencia clara de una agresión directa a la menor. La medida tendría que basarse en el riesgo que corría Ester, sustentándolo en una sospecha frente a la que no existían evidencias que la muerte de sus hermanos podría haber sido causada "por terceros" y que la patología de ingreso de Ester podía haber sido una hemorragia pulmonar causada por sofocación ya que un exhaustivo estudio médico había prácticamente descartado otras enfermedades.

Implementar legalmente la medida de protección no fue la única dificultad que hubo que sortear. Otro problema lo generó el propio equipo médico que dudaba entre creer en la hipótesis de una enfermedad provocada o descartarla. El pediatra tratante quería encontrar una causa que explicara la patología de Ester y la serie de muertes, pero, al mismo tiempo, no quería exponer a la niña. Para evitar riesgos era necesario tramitar la medida de protección con la máxima discreción y rapidez, sin levantar sospechas en la madre que pudieran hacerla exigir el alta de Ester. Con poco tiempo para proceder, pues ya no existían motivos médicos para retener a

Ester en el hospital, los abogados de PREVIF necesitaban construir en buena forma su caso, lo cual significó variadas dificultades de manejo, las que, afortunadamente se resolvieron con éxito y el tribunal otorgó la medida de protección para Ester. El tribunal se comprometió a tal extremo en el caso que se hizo parte para continuar la investigación (entre los datos más relevantes recopilados por el tribunal están los antecedentes de una hospitalización de la madre por un cuadro psicótico y que cada una de las muertes de los niños había coincidido con el abandono de sus parejas).

### **3) ENTREVISTAS Y CUESTIONARIOS**

## **ENTREVISTA A ENRIQUE ORTEGA:**

**\* PRESIDENTE DE LA SOCIEDAD DE PEDIATRÍA DE CÓRDOBA.**

**\* DIRECTOR DEL HOSPITAL TRÁNSITO CÁCERES DE ALLENDE.**

Dr.: En el Münchausen, la madre busca ansiosamente, no se sabe si es descargar culpa,... entonces inventa síntomas. En el chico es muy complicado porque te estas manejando con lo que dice la mamá son los chicos que vienen por ejemplo todas las semanas a la consulta o porque están resfriados o porque tienen fiebre o porque tienen diarrea porque dijo que le dolía la panza y esta generado muchas veces en gente que arrastra miedos o por la perdida de un hijo o de algún pariente cercano, en realidad es mas el trastorno de ansiedad materna para que su hijo no se le enferme... y después que a ningún padre le gusta tener el hijo enfermo, los padre quieren tener hijos altos, rubios de ojos celestes que sean exitosos, con mucho dinero y que sean profesionales. Eso se transmite en casi todas las madres. Igual las madres en el entorno de un paciente crónico, llámale asmático, reumático, diabético, lo que fuere es igual, todos esos entornos son iguales. La búsqueda afanosa por ver el hijo sano y no asumir una enfermedad; en Münchausen habitualmente no hay de esto, el paciente no es el crónico, es el paciente sano. El tema es que vos te das cuenta, bueno, normalmente la pediatría bien aplicada uno no debería atosigar al niño con estudios y con cosas, pero evidentemente, viene suponete una mamá que dice que el hijo tiene fiebre, la semana que viene dice que le duele la panza también de origen inexplicable, vos no podes no hacer algún estudio pero eso no te va a demostrar que el chico no haya tenido algo.

V: o a lo mejor la tuvo a la fiebre pero se la provocó la madre.

Dr.: no se la puede provocar la madre. Se la puede inventar, decir que estaba caliente o que el chico estaba decaído o que no quiso comer y por ahí solamente el chico no tenia ganas de comer. Entonces el diagnóstico se hace muy difícil inicialmente o sea en forma precoz, hay que estar atento por eso es importante el médico de cabecera, el seguimiento porque sino te vas a encontrar con chicos que tienen estos problemas y que no se los detectan nunca y van de guardia en guardia

V: ¿Puede darse que inicialmente se lo tome como maltrato infantil clásico, empiece la duda por ese lado?

Dr.: Con esto de los servicios domiciliarios, se va perdiendo la consulta al médico de cabecera, el médico de guardia le resuelve el problema transitoriamente y el médico ya pierde ese contacto, eso ha girado notablemente, es lo que hace a la atención primaria, ¿entendés? por ejemplo a lo mejor ese chico ha hecho diez consultas en mes y medio y ha ido a guardias. Los servicios de emergencia ya están chequeando, preguntando lo que hacen es obligarla a ir a un médico de su obra social.

V: en las guardias ¿anotan los ingresos en la historia clínica de cada chico?

Dr.: No. habitualmente hay una sobrecarga de trabajo o hay médicos que no se preocupan. Porque si el tipo es un poco preguntón nomás, se da cuenta que esta mujer tiene algo raro, pasa mucho con los asmáticos por ejemplo, corticoides, corticoides y el médico de guardia resuelve el problema con corticoides o con una nebulización y lo manda a la casa; pero no son a veces de preguntar si tienen medicamentos de base o donde se tratan. Se trata de presurizar la consulta.

V: por falta de tiempo o simplemente por desinterés.

Dr.: exactamente. Se pasan cada cosa te digo que son insólitas. Una vez en el consultorio vi una chiquita que era así, en realidad yo estaba encargado de piso y el médico de guardia estaba muy ocupado y me pide que la vea y la revisé, hablaba re bien la nena y al final tenía ocho años y yo le dije ¿como ocho años? Y yo le dije a la señora ¡pero es muy baja! Y me dice si Dr. Pero nadie me hace caso a mí, la derive al pediatra y era una hipotiroidea. Nunca le dieron bolilla, pasa.

Pero en el Münchausen es una cuestión muy difícil de corroborar en la pediatría.

V: en la pediatría últimamente ¿se están viendo más casos de maltrato infantil?

Dr.: no es parejo, si se ha dado un poco mas de difusión; yo te aseguro que desde la última década el hospital de niños ha crecido un 300% los ingresos por maltrato, algunos groseros.

V: ¿Quién trae a consulta por lo general al niño?

Dr.: ha pasado que la misma familia al verlo tan mal. Se mueren. Porque el hospital de niños en ese aspecto con el tema puntual de maltrata están muy finos, están muy cancheros, hasta los de la misma guardia están cancheros. Esta muy

hablado el tema en el hospital y entonces están muy con los ojos abiertos, entonces entra un chico por ejemplo con anginas y fiebre y detectan alguna lesión que puede ser de cigarrillo que es lo mas habitual y hay veces que empiezan a ahondar a profundizar y así han descubierto algunos. Pero ha crecido en forma impresionante.

V: ¿generalmente es abuso físico?

Dr.: si abuso físico. Fracturas, fracturas de fémur en un lactante de ocho meses, esta mañana que el padre mato a los cuatro hijos, a mi me impresiono la cara del paramédico, estaba mal y mira que esos tipos ven cada cosa

El Münchhausen dentro de los maltratos es el más complejo.

V: en Córdoba o en argentina ¿se ha reportado algún caso de Münchhausen?

Dr.: honestamente no se, habría que ver si hay algún registro en el hospital de niños. Sería interesante preguntarle a alguien del departamento de salud mental.

V en un caso de maltrato ¿qué otros profesionales intervienen? ¿Se deriva a salud mental?

Dr.: si a salud mental y a, depende del daño producido, si hay daño físico específico va a involucrarse un especialista específico un traumatólogo, un neurocirujano, generalmente siempre comandado por un medico clínico, pero salud mental siempre.

V: ¿se aborda multidisciplinariamente?

Dr.: si, es lo que se trata, esto de los abordajes multidisciplinarios se da mucho en los hospitales y bastante menos en otros ámbitos, sobre todo en el ámbito privado, como seguramente hay subdiagnóstico de estas cosas

V: ¿se hace la denuncia judicial ahí mismo en el hospital?

Dr.: si en el Münchhausen... no se si hay denuncia policial.

V: tendría que haberla.

Dr.: te explico, la experiencia que tengo de Münchhausen es haberlo leído, no me toco nunca por lo menos yo detectar o sospechar de un caso. He conocido madres ansiosas, obsesas pero que con el tiempo se han ido corrigiendo. Yo por ejemplo tengo un vecino de cinco años que sospecho de maltrato por falta de tratamiento por ignorancia, o por cultura. Uno le dice este chico esta tosiendo mucho porque no lo llevas al centro medico y no lo llevan. Y eso también es otra forma de maltratar a un niño, no haciendo el tratamiento que corresponde. Por eso es mas

fácilmente detectable, la madre lo confiesa a eso, no lo oculta a eso, no se calla, sobre todo la mujer de clase media.

La otra es terrible la que viene todas las semanas con un problema, te vuelven loco. Acá atendemos muchas madres crónicas. Primerizas, madres grandes. Cuando vos tenes un bebe que empieza a llorar a las doce de la noche y es la una y esta llorando se pone loco el padre. Hay gente más ansiosa y otra que es mas calma y si el padre es medico es peor, todo es grave y todo se va a morir. En la consulta esta demostrado que cuando la mamá va al medico, la mamá va pensando que ese chico se va a morir.

V: las madres en este síndrome por lo general tienen conocimientos de medicina o de enfermería

Dr.: esa es la forma. Ahora hay mucha información, hay un exceso de información de lo que son las patologías. Primero por las campañas que se hacen de prevención, por ejemplo esto de los mosquitos, dengue o sino agarras cualquier revista y ahí tenés de todo. No hay armas legales para impedir que se publiquen artículos nefastos de enfermedades en revistas.

Los médicos hoy tenemos un exceso de información con la cual vos no podes llegar a nutrirte de toda la información que hay, no te alcanzan las 24 horas del día para leer.

## **CUESTIONARIO ÁREA DE SALUD MENTAL DEL HOSPITAL DE NIÑOS**

- Cargo que desempeña en la institución: PSICOLOGA

Marque con una cruz la opción que corresponda:

1. ¿Es frecuente en la consulta pediátrica detectar situaciones de maltrato infantil en cualquiera de sus formas?

--X--- SI

----- NO

----- AVECES

2. En la actualidad ¿se abordan de forma interdisciplinaria éste tipo de problemática?

(En caso que su respuesta sea afirmativa, indique que disciplinas intervienen en la consulta)

--X--- SI ¿Cuáles? Salud mental, Servicio social, Médico (forense).

----- NO

----- AVECES

3. Usted como profesional, ante la sospecha de un caso de maltrato, ¿tiene la posibilidad de acceder a historias clínicas de otros centros de salud?

--X--- SI (Vía telefónica a través de S. social)

----- NO

4. Una vez identificado un caso de maltrato ¿se realiza algún tipo de seguimiento del mismo?

--X--- SI ¿Cómo? Tratamiento psicológico.

----- NO

5. ¿Conoce una patología denominada Síndrome de Münchausen por Poder?

--X--- SI

----- NO

6. ¿Esta informado acerca de los indicadores que caracterizan el Síndrome de Münchausen por Poder? (En caso de que su respuesta sea afirmativa, especifique cuales conoce)

--X--- SI ¿Cuáles? Enfermedades o internaciones a repetición sin causa orgánica detectable

----- NO

7. ¿Ha presenciado o escuchado de algún caso del cuál se sospechara que correspondiera a ésta patología?

--X--- SI

----- NO

8. ¿Considera necesaria la implementación de programas de capacitación en los hospitales para los profesionales?

--X---- SI ¿Por qué? Para detectar, prevenir.

----- NO

9. ¿Funciona actualmente algún tipo de programa de capacitación en el área de salud mental para los profesionales?

----- SI ¿Cuál? Curso de post grado alumnas del servicio.

--X--- NO

Muchas gracias por su tiempo y colaboración.

## **CUESTIONARIO ÁREA DE SALUD MENTAL DEL HOSPITAL DE NIÑOS**

- Cargo que desempeña en la institución: LIC. EN PSICOLOGIA, ALUMNA DE POST GRADO EN EL SERVICIO DE SALUD MENTAL

Marque con una cruz la opción que corresponda:

1. ¿Es frecuente en la consulta pediátrica detectar situaciones de maltrato infantil en cualquiera de sus formas?

--X--- SI

----- NO

----- AVECES

2. En la actualidad ¿se abordan de forma interdisciplinaria éste tipo de problemática?

(En caso que su respuesta sea afirmativa, indique que disciplinas intervienen en la consulta)

--X--- SI ¿Cuáles? Medicina pediátrica, Salud mental, Endocrinología, Servicio social.

----- NO

----- AVECES

3. Usted como profesional, ante la sospecha de un caso de maltrato, ¿tiene la posibilidad de acceder a historias clínicas de otros centros de salud?

--X--- SI

----- NO

4. Una vez identificado un caso de maltrato ¿se realiza algún tipo de seguimiento del mismo?

--X--- SI ¿Cómo? Desde Salud mental a través de entrevistas varias con los padres y la familia extensa; psicodiagnóstico del niño, seguimiento de Servicio social, intervención del juzgado de menores si fuera necesario.

----- NO

5. ¿Conoce una patología denominada Síndrome de Münchausen por Poder?

--X--- SI

----- NO

6. ¿Esta informado acerca de los indicadores que caracterizan el Síndrome de Münchausen por Poder? (En caso de que su respuesta sea afirmativa, especifique cuales conoce)

--X---- SI ¿Cuáles? El niño es sometido por parte de la madre y/o padre a múltiples maniobras relacionadas con enfermedades.

----- NO

7. ¿Ha presenciado o escuchado de algún caso del cuál se sospechara que correspondiera a ésta patología?

--X--- SI

----- NO

8. ¿Considera necesaria la implementación de programas de capacitación en los hospitales para los profesionales?

--X---- SI ¿Por qué? Es necesaria la actualización en la formación de los profesionales y el intercambio interdisciplinario en la formación

----- NO

9. ¿Funciona actualmente algún tipo de programa de capacitación en el área de salud mental para los profesionales?

--X--- SI ¿Cuál? Post grado Teórico asistencial- supervisiones periódicas.

----- NO

Muchas gracias por su tiempo y colaboración.

## **CUESTIONARIO ÁREA DE SALUD MENTAL DEL HOSPITAL DE NIÑOS**

- Cargo que desempeña en la institución: PSICOLOGA

Marque con una cruz la opción que corresponda:

1. ¿Es frecuente en la consulta pediátrica detectar situaciones de maltrato infantil en cualquiera de sus formas?

--X-- SI

----- NO

----- AVECES

2. En la actualidad ¿se abordan de forma interdisciplinaria éste tipo de problemática?

(En caso que su respuesta sea afirmativa, indique que disciplinas intervienen en la consulta)

--X-- SI ¿Cuáles? Trabajo social, Medicina, Psicomotricidad, Psicopedagogía, Psiquiatría.

----- NO

----- AVECES

3. Usted como profesional, ante la sospecha de un caso de maltrato, ¿tiene la posibilidad de acceder a historias clínicas de otros centros de salud?

----- SI

--X-- NO

4 Una vez identificado un caso de maltrato ¿se realiza algún tipo de seguimiento del mismo?

--X-- SI ¿Cómo? Telefónicamente a los centros de salud periféricos o locales.

----- NO

5 ¿Conoce una patología denominada Síndrome de Münchausen por Poder?

--X-- SI

----- NO

6 ¿Esta informado acerca de los indicadores que caracterizan el Síndrome de Münchausen por Poder? (En caso de que su respuesta sea afirmativa, especifique cuales conoce)

--X--- SI ¿Cuáles? Incongruencia del relato y los síntomas físicos- madres poli consultivas a raíz de recurrentes adjudicaciones de sintomatologías y enfermedades.

----- NO

7 ¿Ha presenciado o escuchado de algún caso del cuál se sospechara que correspondiera a ésta patología?

--X--- SI

----- NO

8 ¿Considera necesaria la implementación de programas de capacitación en los hospitales para los profesionales?

--X--- SI ¿Por qué? Para profundizar sobre las implicancias de ésta problemática a nivel público.

----- NO

9 ¿Funciona actualmente algún tipo de programa de capacitación en el área de salud mental para los profesionales?

--X--- SI ¿Cuál? Post grado interdisciplinario.-----

----- NO

Muchas gracias por su tiempo y colaboración.

## **CUESTIONARIO ÁREA DE SALUD MENTAL DEL HOSPITAL DE NIÑOS**

- Cargo que desempeña en la institución: PSICOLOGA

Marque con una cruz la opción que corresponda:

1. ¿Es frecuente en la consulta pediátrica detectar situaciones de maltrato infantil en cualquiera de sus formas?

--x--- SI

----- NO

----- AVECES

2. En la actualidad ¿se abordan de forma interdisciplinaria éste tipo de problemática?

(En caso que su respuesta sea afirmativa, indique que disciplinas intervienen en la consulta)

--x--- SI ¿Cuáles? Médico, Psicólogo, Asistente social, enfermera.

----- NO

----- AVECES

3. Usted como profesional, ante la sospecha de un caso de maltrato, ¿tiene la posibilidad de acceder a historias clínicas de otros centros de salud?

----- SI

--X--- NO

4. Una vez identificado un caso de maltrato ¿se realiza algún tipo de seguimiento del mismo?

--X--- SI ¿Cómo? Se notifica al juez de menores quien establece la estrategia.

----- NO

5. ¿Conoce una patología denominada Síndrome de Münchausen por Poder?

--X--- SI

----- NO

6. ¿Esta informado acerca de los indicadores que caracterizan el Síndrome de Münchausen por Poder? (En caso de que su respuesta sea afirmativa, especifique cuales conoce)

----- SI ¿Cuáles?-----

--X--- NO

7. ¿Ha presenciado o escuchado de algún caso del cuál se sospechara que correspondiera a ésta patología?

--X--- SI

----- NO

8. ¿Considera necesaria la implementación de programas de capacitación en los hospitales para los profesionales?

--X--- SI ¿Por qué? Porque es un síndrome complejo.

----- NO

9. ¿Funciona actualmente algún tipo de programa de capacitación en el área de salud mental para los profesionales?

----- SI ¿Cuál?-----

--X--- NO

Muchas gracias por su tiempo y colaboración.

## **CUESTIONARIO ÁREA DE SALUD MENTAL DEL HOSPITAL DE NIÑOS**

- Cargo que desempeña en la institución: PSICOLOGA

Marque con una cruz la opción que corresponda:

1. ¿Es frecuente en la consulta pediátrica detectar situaciones de maltrato infantil en cualquiera de sus formas?

--X--- SI

----- NO

----- AVECES

2. En la actualidad ¿se abordan de forma interdisciplinaria éste tipo de problemática?

(En caso que su respuesta sea afirmativa, indique que disciplinas intervienen en la consulta)

--X--- SI ¿Cuáles? Salud mental (Psiquiatra, Psicóloga, Psicomotricista), Servicio social, Médicos.

----- NO

----- AVECES

3. Usted como profesional, ante la sospecha de un caso de maltrato, ¿tiene la posibilidad de acceder a historias clínicas de otros centros de salud?

--X---- SI (Antecedentes vía telefónica a través de Servicio Social)

----- NO

4. Una vez identificado un caso de maltrato ¿se realiza algún tipo de seguimiento del mismo?

--X--- SI ¿Cómo? Algunos casos ingresan a tratamiento en el servicio o son derivados y otros a través de Centros de salud.

----- NO

5. ¿Conoce una patología denominada Síndrome de Münchausen por Poder?

--X--- SI

----- NO

6. ¿Esta informado acerca de los indicadores que caracterizan el Síndrome de Münchausen por Poder? (En caso de que su respuesta sea afirmativa, especifique cuales conoce)

--X-- SI ¿Cuáles? Enfermedades e internaciones a repetición sin causa orgánica comprobable, etc.

----- NO

7. ¿Ha presenciado o escuchado de algún caso del cuál se sospechara que correspondiera a ésta patología?

--X-- SI

----- NO

8. ¿Considera necesaria la implementación de programas de capacitación en los hospitales para los profesionales?

--X-- SI ¿Por qué?-----

----- NO

9. ¿Funciona actualmente algún tipo de programa de capacitación en el área de salud mental para los profesionales?

--X-- SI ¿Cuál? Cursos de Post grado, no para el Servicio de I equipo de Salud mental.

----- NO

Muchas gracias por su tiempo y colaboración.

## **CUESTIONARIO ÁREA DE SALUD MENTAL DEL HOSPITAL DE NIÑOS**

- Cargo que desempeña en la institución: PSICOLOGA

Marque con una cruz la opción que corresponda:

1. ¿Es frecuente en la consulta pediátrica detectar situaciones de maltrato infantil en cualquiera de sus formas?

--X-- SI

----- NO

----- AVECES

2. En la actualidad ¿se abordan de forma interdisciplinaria éste tipo de problemática?

(En caso que su respuesta sea afirmativa, indique que disciplinas intervienen en la consulta)

--X-- SI ¿Cuáles? Trabajo social, Pediatra, Médico forense.

----- NO

----- AVECES (Enfermería)

3. Usted como profesional, ante la sospecha de un caso de maltrato, ¿tiene la posibilidad de acceder a historias clínicas de otros centros de salud?

----- SI Para conocer datos de utilidad a través de informes o contactos con otros profesionales

--X--NO (directamente)

4. Una vez identificado un caso de maltrato ¿se realiza algún tipo de seguimiento del mismo?

--X-- SI ¿Cómo? Tratamiento Psicológico.

----- NO

5. ¿Conoce una patología denominada Síndrome de Münchausen por Poder?

--X-- SI

----- NO

6. ¿Esta informado acerca de los indicadores que caracterizan el Síndrome de Münchausen por Poder? (En caso de que su respuesta sea afirmativa, especifique cuales conoce)

--X-- SI ¿Cuáles? Los niños ingresan por diferentes enfermedades orgánicas, o dificultades en una patología que no responden a causas médicas sino a maniobras de alguno de sus cuidadores, en general la madre.

----- NO

7. ¿Ha presenciado o escuchado de algún caso del cuál se sospechara que correspondiera a ésta patología?

--X-- SI

----- NO

8. ¿Considera necesaria la implementación de programas de capacitación en los hospitales para los profesionales?

--X-- SI ¿Por qué?-----

----- NO

9. ¿Funciona actualmente algún tipo de programa de capacitación en el área de salud mental para los profesionales?

--X-- SI ¿Cuál? Dentro de la formación del post grado y el Comité de maltrato del hospital, en el cual se encuentran psicólogas, realizó un manual de procedimientos para todo el hospital. Asimismo existe un libro de pautas diagnósticas para el abordaje de las patologías y hay dos capítulos destinados a maltrato y a abuso sexual.

----- NO

Muchas gracias por su tiempo y colaboración.